

Revista

FARMÁCIA & TERAPÊUTICA

EM FOCO



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Coordenação de Educação e Terapêutica

3^a edição
Setembro / 2013

EPAF

F & T em foco – Destaques:

Protocolos Clínicos

Normas Técnicas

Doença & tratamento

Educação e Saúde



Entrevista

Lupa de Ouro

Entretenimento

Farmácia & Terapêutica

Porque a “vida é arte do encontro”, o superintendente da Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Dr. José de Arimatea Rocha Filho, apoderou-se do termo e de sua força sintática e filosófica para transformá-lo em pedra de toque de sua administração em área tão humanamente rica da saúde em nosso Estado. Humanizou-a – redimensionando a SAF – justamente, a partir de encontros regulares, setoriais e inter-setoriais; praticando o bom exercício da comunicação, discutindo projetos, democratizando decisões.

Da prática diária, para os grandes “encontros”, não se precisou de muito tempo. Já no primeiro ano da administração (2007), foram realizados o I II Encontros Pernambucanos da Assistência Farmacêutica (EPAF's), respectivamente em 18 e 19 de maio, no PROCAPE; e 13 e 14 de dezembro, no Hotel Jangadeiro, Boa Viagem. O III foi a Caruaru e aconteceu no Caruaru Park Hotel, em 5 e 6 de junho de 2008. No Centro de Convenções de Pernambuco (Olinda), realizou-se o IV EPAF, dias 25 e 26 de maio/09. Verdadeiro “triumfo”, fomos à sertaneja e serrana cidade de Triunfo, para o V Encontro, no aconchegante e, arquitetonicamente monumental Colégio *Stella Maris*, atual Centro Pastoral da Diocese de Afogados da Ingazeira, 17 e 18 de junho de 2010. Nos dois anos seguintes, voltamos ao Centro de Convenções, para o VI e VII EPAF's., também marcados por intensa atividade científica. No de 2012, foi lançado o livro **Tempo da Farmácia**, do editorialista, apresentado pelo médico Humberto Antunes, secretário municipal de Saúde, do Recife, ex-diretor executivo da Secretaria Estadual, ao tempo do Secretário Jorge Gomes.

Outra vez no mesmo acolhedor espaço, realizaremos o VIII EPAF, assinalando a oportunidade e comemorando a festa social (pela oportunidade que enseja de aproximação e confraternização da classe) e científica, com o lançamento do 3º número da Revista

Farmácia & Terapêutica em foco.

Outro dos pontos altos deste número da Revista é a presença – na seção “Doença & Tratamento” – da médica Maria Inez Pordeus Gadelha, diretora substituta do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da

Saúde, que veio ao Recife, a convite da Coordenação Estadual de Farmácia e Terapêutica da SAF/SES (Dra. Amanda Figueiredo), parceria com a Coordenação Estadual de Oncologia (por sua titular, Dra. Tânia Leal); para falar das políticas de novas terapêuticas na especialidade. Mais especificamente, de Trastuzumabe, que lhe inspirou a aula que transcrevemos. Valeu Dra. Inez.

“Last but not least”, a entrevista é com nosso Superintendente José de Arimatea Rocha Filho, autor das reformas e conquistas a que nos vimos referindo.

A “Lupa de ouro” do trimestre vai para o farmacêutico Rodrigo Fernandes Alexandre, Coordenador do Componente Especializado, da Diretoria de Assistência Farmacêutica, do MS; consultor e amigo das Assistências Farmacêuticas brasileiras. Bem haja Dr. Rodrigo!



Equipe de Edição

Amanda Figueiredo Barbosa
Dagoberto Carvalho Jr
Fitz Gerald Tenório
José de Arimatea Rocha Filho
Mônica de Souza Silva
Renatha Sobreira

Colaboradores
Anna Beatriz Pereira Silva
Ederson José de Arruda

Índice



4- Entrevista

6- Doença e Tratamento

9- Matéria de capa

10- Protocolo Clínico
Artrite Reumatóide

11- Norma Técnica
Osteoporose

12- Homenagem – Lupa de ouro

13- Memórias – Tempo da
Farmácia

16- Educação e Saúde

17- Evento destaque

18- Entretenimento



Equipe da Coordenação de
Farmácia & Terapêutica – CFT

Dê sua opinião
através do e-mail
revistaftemfoco@gmail.com



Entrevista com Dr. José Arimatea Rocha Filho a Dagoberto Carvalho Jr e Amanda Figueiredo, pela comissão de redação.

Revista Farmácia & Terapêutica: O senhor está à frente da Assistência Farmacêutica desde 2007. Como seus colaboradores, vimos acompanhando as conquistas da área. O que o Sr. destacaria como realizações maiores desse período?

Entrevistado

Assistência Farmacêutica é uma área nova no SUS, tendo sido considerada ao longo da história, área de apoio, sem relevância. O nosso trabalho consiste em tornar este seguimento reconhecido como estratégico para o sistema de saúde. Não há atenção à saúde sem a principal terapêutica que é o medicamento, que não pode ser tratado como um produto qualquer. No governo Eduardo Campos tivemos oportunidade de realizar trabalho de ampliação do acesso aos medicamentos no SUS, destacando a ampliação com descentralização do número de Farmácias de Pernambuco que dispensa os medicamentos especializados (excepcionais). Começamos a gestão com 12 mil pacientes e hoje já são mais de 34 mil, eram 3 Farmácias e hoje são 25 em praticamente todas as regiões de saúde do estado. Neste sentido, temos realizado trabalho relevante junto aos municípios para qualificação dos serviços de

assistência farmacêutica e já encontramos resultados importantes que beneficiam a população, principalmente a mais carente, com acesso contínuo, humanizado e racional aos medicamentos e insumos básicos.

Revista F & T: Que outras metas tem para o semestre em curso e o ano de 2014?

Entrevistado

Continuar este trabalho de ampliação do número de farmácias, mas sobretudo orientar e apoiar as ações de qualificação dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

F & T: Não passa despercebida a valorização profissional que tem marcado sua administração. A Assistência Farmacêutica tem crescido muito na SES. Como o Sr. Avalia a resposta de seus auxiliares às oportunidades de qualificação acadêmica que eles vem tendo?

Entrevistado

O trabalho realizado é o resultado do esforço dos colaboradores e parceiros que atuam nos municípios. Esta é uma área muito dinâmica e as inovações exigem qualificação de todos que atuam no seguimento. Tivemos colaboradores que se tornaram especialistas e mestres a

partir de trabalhos realizados nos serviços farmacêuticos do estado e municípios e isto é muito gratificante pois contribuimos para aprimorar os serviços com os conhecimentos adquiridos.

F & T: Outra marca de sua administração é a dos Encontros Pernambucanos da Assistência Farmacêutica. O Sr. poderia destacar os aspectos mais significativos desses Encontros?

Entrevistado

O 1o. Encontro foi logo no início de 2007 com cerca de 150 pessoas participando, hoje já preparamos evento para mais de 600 pessoas advindas dos serviços farmacêuticos e faculdades. Acho que o EPAF é um momento de destaque para as pessoas que atuam neste seguimento.

F & T: Como o ganho científico dos EPAF's pode reverter em benefício da Assistência Farmacêutica, em seus aspectos funcionais?

Entrevistado

Muito. Nos últimos 3 anos temos estimulado as pessoas a escreverem sobre as suas experiências e resultados obtidos em seus serviços. No anos passado foram mais de 70 resumos apresentados demonstrando que o caminho é importante para qualificação e afirmação.

F & T: Como o Sr. classificaria o ganho real, para os usuários do SUS no que respeita ao atendimento das Farmácias de Pernambuco.

Entrevistado

O crescimento do número de usuários em todo estado já demonstra resultado importante, mas o principal a nosso ver é o conceito que a Farmácia de Pernambuco traz de ser um estabelecimento de saúde qualificado para realizar atendimento humanizado a todos os usuários.





Doença & Tratamento

O uso do trastuzumab no carcinoma de mama HER2 positivo metastático

Maria Inez Pordeus Gadelha

Médica oncologista clínica

Assessora e Diretora-Substituta do Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS

O medicamento antineoplásico trastuzumabe (Herceptin®), registrado na ANVISA sob o número 101000552, é uma proteína que contém regiões de estrutura humana e regiões que determinam a complementaridade provenientes de um anticorpo murino anti-p185 HER-2 (ou c-erbB2), que se liga ao receptor HER2 na superfície celular. A superexpressão do receptor HER-2 é observada em 25%-30% dos tumores malignos de mama, e tal expressão, em grau de ++ (duas cruzes) ou +++ (três cruzes) ao exame de imunohistoquímica e comprovada por técnica de hibridização *in situ* fluorescente (FISH), cromogênica (CISH), melhorada pela prata (SISH) ou com dupla coloração por cromógeno e pela prata (DISH) é condição *sine qua non* para que exista expectativa de efeito terapêutico com o uso do trastuzumabe. O HER pertence a uma família de receptores celulares transmembrânicos com domínios de tirosinoquinase. A família HER é composta de quatro receptores: HER-1, 2, 3 e 4 (também conhecidos como Erb-1, 2, 3 e 4). A expressão do HER-2 não é característica específica do câncer de mama, expressando-se em vários outros tipos de tumores.

Considerando a finalidade paliativa, aplicável à doença incurável (metastática ou recidivada), a razão pela qual o trastuzumabe foi aprovado para uso no mercado se deve a um único trabalho de fase III para pacientes em primeira linha de tratamento [N Engl J Med 344:783, 2001], que usou trastuzumabe (2mg/kg/semana) associado ao paclitaxel para aquelas que haviam recebido antraciclinas na adjuvância; ou trastuzumabe, antraciclinas e ciclofosfamida, para as que

não receberam antraciclinas na adjuvância. O braço controle do estudo usou somente os dois esquemas quimioterápicos acima descritos. Alerta-se que no grupo que recebeu trastuzumabe, antraciclinas e ciclofosfamida o índice de cardiotoxicidade chegou a 27%, sendo que 16% possuíam limitação de acordo com NYHA (New York Heart Association) classe III ou IV, a classe III significando pronunciada limitação cardíaca, sentindo confortável apenas em repouso e a classe IV, limitação ao leito, impossibilidade de realizar qualquer atividade.

Posteriormente, da busca da literatura três ensaios clínicos randomizados preencheram critérios de inclusão para uma análise adequada - Marty et al (2005), Gasparini et al (2010) e Slamon et al (2001):

Na avaliação da resposta completa foram incluídos esses três estudos. A resposta completa foi obtida em 27 pacientes de 244 (11,1%) tratados com trastuzumabe associado a taxano comparado a 12 de 248 (4,8%) que receberam apenas taxano, resultando numa diferença de risco de 6% (IC95% de 2% a 10%; P = 0,007; I2 = 0%) e a chance de se obter a resposta com o trastuzumabe (IC95% de 1,10 e 4,02, P = 0,02; I2 = 0%), que foram estatisticamente significativas nas duas análises. O número necessário para tratar (NNT) nesta comparação foi de 16, isto é, são necessários tratar 16 pacientes com trastuzumabe associado a taxano para se obter uma resposta completa.

Na avaliação da resposta parcial, esta resposta parcial foi obtida em 117 pacientes de 244 tratados com trastuzumabe associado a taxano comparado a 71 de 248 que receberam apenas taxano, resultando numa diferença de risco de 19% (IC95% de 11% a 27%; P =

O uso do trastuzumab no carcinoma de mama HER2 positivo metastático

0,00001; I2 = 0%), e a chance de se obter resposta parcial foi 1,66 maior com o trastuzumabe associado a taxano (IC95% de 1,32 a 2,09, P = 0,0001; I2 = 46%), sendo ambas as análises estatisticamente significativas, mas houve heterogeneidade significativa na análise feita pelo risco relativo. O NNT nesta comparação foi de 5, isto é, são necessários tratar cinco pacientes com trastuzumabe associado a taxano para se obter uma resposta parcial.

Apenas um estudo analisou progressão da doença (Gasparini et al, 2010). A doença progrediu em 4 pacientes de 60 tratados com trastuzumabe associado a taxano comparado a 11 de 58 tratados apenas com taxano, resultando numa diferença de risco de 12% (IC95% de 0% a 24%) e risco relativo de 0,35 (IC95% de 0,12 e 1,04).

Na avaliação da resposta global (soma das respostas completa e parcial) também na análise daqueles, a resposta global foi obtida em 144 pacientes de 244 tratados com trastuzumabe associado a taxano comparado a 83 de 248 tratados apenas com taxano, resultando numa diferença de risco de 25% (IC95% de 17% a 33%; P = 0,00001; I2 = 0%) e a chance de se obter a resposta foi 1,73 maior com o trastuzumabe associado a taxano (IC95% de 1,22 a 2,46, P = 0,002; I2 = 68%), e ambas as análises foram estatisticamente significativas, mas houve heterogeneidade significativa. O estudo de Gasparini et al (2010), ao contrário dos outros estudos, não apresentou diferença estatisticamente significativa e esteve associado a uma menor taxa de resposta (18%).

Apenas o estudo de Marty et al (2005) avaliou a sobrevida livre de progressão, ao término de seguimento não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre as duas modalidades terapêuticas. Não foi possível realizar meta-análises para avaliação da sobrevida global. No estudo de Marty et al (2005), foi observada uma superioridade estatisticamente significativa ($p < 0,0325$) na sobrevida global entre os

pacientes que receberam trastuzumabe e docetaxel, em comparação com docetaxel apenas. A mediana de sobrevida estimada foi de 31,2 meses para o trastuzumabe associado a docetaxel em comparação a 22,7 meses para quem recebeu docetaxel apenas. No estudo de Slamon et al (2001), a mediana de sobrevida entre pacientes que receberam trastuzumabe associado a paclitaxel foi de 22,1 meses e entre os que receberam apenas paclitaxel foi de 18,4 meses, resultando risco relativo de morte de 0,80 (IC95% a 1,11).

O estudo de Slamon et al (2001) avaliou trastuzumabe associado à antraciclina com ou sem ciclofosfamida ou paclitaxel em relação a antraciclina com ou sem ciclofosfamida ou paclitaxel apenas. A adição de trastuzumabe esteve associada a uma taxa significativamente menor de morte em um ano (22% versus 33% no grupo quimioterapia, P = 0,008). A mediana de sobrevida foi de 25,1 meses no grupo que recebeu quimioterapia associada ao trastuzumabe em comparação a 20,3 meses no grupo que recebeu quimioterapia sem trastuzumabe. As respostas completa, parcial e global (resposta completa mais resposta parcial) foram estatisticamente maiores no grupo da quimioterapia trastuzumabe, quando comparadas com as obtidas com a quimioterapia sem trastuzumabe.

Discutindo os dados dos estudos de Slamon et al (2001) e Marty et al (2005), é possível constatar melhora no tempo de sobrevida com o uso do trastuzumabe quando comparado com esquemas sem trastuzumabe. No estudo de Slamon et al (2001) pode-se constatar que a redução de risco de morte com o uso do trastuzumabe foi de 20%, que segundo os autores foi significativa, mas numa análise conservadora verifica-se não ter havido diferença estatisticamente significativa (RR= 0,80 IC 95% 0,64–1,00, p=0,046). A taxa de resposta completa no esquema trastuzumabe com antraciclina foi de 11% e com paclitaxel foi de 7% comparado a 6% e 2% sem trastuzumabe, respectivamente. A mediana de sobrevida foi em torno de 25 semanas entre os pacientes com trastuzumabe e em torno de 20 semanas no

O uso do trastuzumab no carcinoma de mama HER2 positivo metastático

grupo sem trastuzumabe. No estudo de Marty et al (2005), na comparação entre trastuzumabe com paclitaxel versus paclitaxel apenas, a mediana de sobrevida foi de 31,2 meses para o trastuzumabe associado a docetaxel em comparação a 22,7 meses para quem recebeu docetaxel apenas. As taxas de resposta completa foram semelhantes às constatadas por Slamon et al, isto é, 7% e 2%.

Uma revisão sistemática (Piccart-Gebhart et al, 2008) com 3.953 pacientes com câncer de mama metastático comparou esquemas contendo antraciclina e paclitaxel ou docetaxel em relação a paclitaxel ou docetaxel isoladamente e constatou uma taxa de resposta completa com o esquema combinado de 10% comparado a 6% com o esquema contendo apenas taxano isoladamente, além de um aumento no risco de morte de 19% (IC95% 1,04 a 1,36) com o uso de taxano isoladamente. Em termos de resposta completa o resultado desta revisão sistemática foi semelhante ao constatado pela presente revisão sistemática e aos obtidos pelos ensaios clínicos randomizados de Slamon et al (2001) e Marty et al (2005).

Além disso, o esquema contendo antraciclina, ciclofosfamida e trastuzumabe esteve associado a risco muito maior de insuficiência cardíaca, o que ocorreu em 13% dos pacientes que usaram trastuzumabe em comparação a 1% entre aqueles tratados sem adição deste medicamento, resultando num risco 13 vezes maior de ocorrência deste evento adverso (RR 12,53; 1,66 a 94,40). Embora se acredite que o uso de antraciclina ou taxano antes do início trastuzumabe sequencial possa resultar numa maior taxa de toxicidade cardíaca do que o uso concomitante desses antineoplásicos, as evidências são escassas para comprovar esta assunção.

Risco significativamente aumentado de cardiotoxicidade também tem sido descrito com o uso de trastuzumabe como tratamento adjuvante para câncer de mama tanto inicial como localmente avançado (Tan-Chiu et al, 2005; Perez et al, 2008). Embora muitos casos sejam

reversíveis (Procter et al, 2010), mais informações sobre segurança no uso do trastuzumabe no tratamento de câncer de mama metastático precisam ser produzidas, em especial com o seu uso associado à antraciclina.

A adição da ciclofosfamida ao esquema com antraciclina não resultou em melhor resposta, não sendo constatada melhora estatisticamente significativa nas respostas completa e parcial, mas na resposta global foi constatada significância estatística. A mediana de sobrevida entre os pacientes recebendo trastuzumabe mais antraciclina e ciclofosfamida foi de 26,8 meses e no grupo sem trastuzumabe foi de 21,4 meses ($p=0,16$), resultando num risco de morte de 0,82 (IC95% 0,61 a 1,09), não estatisticamente significativo. O uso de trastuzumabe também esteve associado ao risco aumentado de infecções, febre, anorexia, diarreia, artralgia, tosse, rash cutâneo, onicopatia, eritema, lacrimejamento, epistaxe.

Assim, os membros da CONITEC decidiram, por unanimidade, não recomendar a incorporação do trastuzumabe para a quimioterapia paliativa do câncer de mama metastático – em virtude de seu caráter paliativo e com resultado aquém do desejado, dos múltiplos esquemas terapêuticos disponíveis para essa condição e do maior impacto positivo da alocação de recursos na detecção precoce do câncer de mama.



Falamos da vida como arte do encontro – o que o é, de fato – no editorial deste número de *Farmácia & Terapêutica*, reportando-nos, de modo especial, à realização, nos dias 19 e 20 deste setembro, do VIII

Encontro Pernambucano da Assistência Farmacêutica (EPAF). Encontro que se faz de novas discussões, muitas comunicações científicas e, da lembrança de outros Encontros, como este, porque é do somatório dessas conquistas – de todas elas – que se constitui a Assistência Farmacêutica na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Estamos juntos – outra vez – para dar a contribuição que a Saúde Pública requer e saberá retribuir com reconhecimento pelo que, de acertado fizemos. Como parte desse reconhecimento estampamos fotos documentais dos Encontros anteriores.



V EPAF
em Triunfo,
2010



I EPAF
em Recife,
2007



VII EPAF
em Olinda,
2012



Resumo

PORTARIA No 710, de 27 de junho de 2013

A Artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, inflamatória, sistêmica e crônica, caracterizada por sinovite periférica e por diversas manifestações extra- articulares

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

- M05.0 Síndrome de Felty
- M05.1 Doença reumatoide do pulmão
- M05.2 Vasculite reumatoide
- M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
- M05.8 Outras artrites reumatoides soropositivas
- M06.0 Artrite reumatoide soronegativa
- M06.8 Outras artrites reumatoides especificadas
- M08.0 Artrite reumatoide juvenil

Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que preencherem os critérios ACR de 1987 ou os critérios ACR/EULAR de 2010 para classificação de AR (20-22).

Nos critérios ACR são necessários quatro dos sete critérios abaixo para classificar um paciente como tendo artrite reumatoide, sendo que os critérios de 1 a 4 devem estar presentes em pacientes com história de pelo menos 6 semanas de evolução:

1. rigidez matinal (nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração);
2. artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações IFT proximais, articulações MCF, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações MTF;
3. artrite de mãos (punhos, articulações MCF ou IFT proximais);
4. artrite simétrica (mesma área em ambos os lados do corpo);
5. nódulo reumatoide (presença de 1 ou mais nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou regiões periarticulares);
6. FR (presente em qualquer título);
7. alterações radiográficas (erosões ou descalcificação periarticular em radiografias posteroanteriores de mãos e punhos)

Critérios de Exclusão

-Serão excluídos do uso de medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que apresentarem contraindicação absoluta ao seu respectivo uso.

1. Medicamentos DMARDS não Biológicos

- Azatioprina 50mg, comprimido;
- Leflunomida 20 mg, comprimido;
- Metotrexato 2,5mg, comprimido;
- Ciclosporina 25 mg, comprimido;
- Ciclosporina 50 mg, comprimido;
- Ciclosporina 100 mg, comprimido;
- Ciclosporina 100mg/ml, solução oral;
- Sulfassalazina 500 mg, comprimido;
- Cloroquina 150 mg, comprimido;
- Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido.

1.2. Medicamentos DMARDS Biológicos

- Certolizumabe pegol 200mg, seringa preenchida;
- Etanercepte 25 mg, frasco-ampola;
- Etanercepte 50 mg, frasco-ampola;
- Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida;
- Golimumabe 50mg, seringa preenchida;
- Rituximabe 500mg, frasco-ampola (infusão);
- Tocilizumabe 80mg, frasco-ampola (infusão);
- Abatacepte 250mg, frasco-ampola (infusão);
- Infliximabe 100 mg, frasco-ampola (infusão).

Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não há evidências sobre a melhor estratégia de interrupção de medicamentos para AR. Quando ocorre resposta terapêutica completa, isto é, remissão pelos índices compostos de atividade de doença, e sustentada, ou seja, por mais de 6 a 12 meses, pode-se tentar a retirada gradual dos medicamentos nesta sequência: primeiramente o AINE, seguido pelo glicocorticoide e depois pelo MMCD biológico, mantendo-se o uso de MMCD sintético. Caso haja piora de atividade de doença, deve-se reiniciar o esquema terapêutico anterior e seguir as recomendações de dose inicial e de ajuste de doses e troca de medicamentos indicadas neste Protocolo.

Protocolo completo no site do Ministério da Saúde:
<http://portal.saude.gov.br>

Localização no site:

Profissional e Gestor
Medicamento
Componente da AF – Especializado
>Protocolos Clínicos

Introdução

A osteoporose é um distúrbio osteometabólico caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea (DMO), com deterioração micro arquitetural do tecido ósseo.

Código Internacional da Doença (CID-10)

M 80.0 - Osteoporose Pós-menopáusia com fratura patológica

M 80.1 - Osteoporose Pós-ooforectomia com fratura patológica

M 80.4 - Osteoporose Induzida por drogas com fratura patológica

M 80.5 - Osteoporose Idiopática com fratura patológica

S 22.0 - Fratura de vértebra torácica

S 32.0 - Fratura de vértebra lombar

Medicamento

Teriparatida solução injetável com sistema de aplicação 250 mcg/mL

Ácido Zoledrônico solução injetável frasco-ampola 5mg/100 mL

Critérios de Inclusão

- Ser acompanhado por médico especialista (Endocrinologista, Geriatra, Reumatologista, Ginecologista) vinculadas às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;

- Residir no Estado de Pernambuco;

- Ter idade superior a 18 anos.

- Diagnóstico de Osteoporose definida por escore T igual ou inferior a $-2,5$ desvios padrão, com fratura prévia;

- Apresentar alguma contra-indicação (doença do refluxo gastro esofágico, esofagite, gastrite erosiva; identificada por endoscopia) ou instabilidade da massa óssea com a terapêutica com bisfosfonatos orais ou moduladores seletivos dos receptores de estrógenos - SERMs (deverão ser anexadas no mínimo 02 (duas) densitometrias ósseas que comprovem o insucesso terapêutico, com intervalo mínimo de um ano);

- História de quedas frequentes ou de fatores que predis põem à queda (ex. doença de Parkinson, Instabilidade Postural); OU

- Osteoporose grave (densitometria $< -2,5$ DP com mais de duas fraturas osteoporóticas; espontânea não patológica ou queda da própria altura, excluindo-se fraturas de dedos e face);

Teriparatida

- Critérios de Inclusão acima descritos;

- Paciente que fez uso de antireabsortivo, mas o tratamento não promoveu estabilização da massa óssea (deverão ser anexadas no mínimo 02 (duas) densitometrias ósseas que comprovem o insucesso terapêutico, com intervalo mínimo de um ano);

- Pacientes com massa óssea estabilizada, mas com pelo menos 02 (dois) dos seguintes fatores de risco para ocorrência de fraturas: escore T < -4 DP; idade superior a 60 (sessenta) anos; fratura prévia; síndrome de má absorção intestinal - SMA (CID K 90).

Critérios de Exclusão

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;

- Na vigência de gestação ou período de amamentação;

- Reações locais e sistêmicas de hipersensibilidade aos componentes dos medicamentos;

- Presença de nefropatias, arritmias cardíacas principalmente fibrilação arterial;

- Apresentar causas secundárias como Hipertireoidismo,

Acromegalia e Cirrose Biliar Primária Ácido Zoledrônico

- Além dos critérios descritos;

- Clearance de creatinina abaixo de 35 ml / min;

Teriparatida :

- Além dos critérios descritos;

- Pacientes que estejam utilizando radioterapia externa ou implante com radiação;

- Paciente com Hipercalcúria (> 300 mg/24 horas)

- Pacientes com metástases ósseas ou história de câncer ósseo;

- Doença de Paget;

- Apresentar causas secundárias como

Hiperparatireodismo Primário ou Terciário e Neoplasias.

Documentos a serem apresentados

1. Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG;

- Cadastro de Pessoa Física – CPF;

- Cartão Nacional de Saúde – CNS;

- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência);

- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos.

Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial-

- **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

- **Receita Médica** - com posologia para 3 (três) meses de tratamento;

No LME, campo (anamnese), preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

Renovação a cada 3 (três) meses LME

- **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

- **Receita Médica**, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;

Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

3. Exames (Cópias)

Solicitação inicial Renovação a cada 3 (três) meses

Solicitação inicial

Densitometria Óssea;

- Raios-X da coluna dorsal e lombar;

- Hemograma com VSH;

- Dosagem Sanguínea do 25OH-D (25hidroxi vitamina D);

- Paratormônio (PTH);

- Creatinina Sérica;

- Hormônio Tireoestimulante (TSH);

- Transaminases;

- Fosfatase Alcalina;

- Cálcio e Fósforo Séricos;

- Proteínas Totais e Frações;

Renovação

Teriparatida

- Conforme avaliação clínica

Ácido Zoledrônico

- Densitometria Óssea – anualmente.



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Coordenação de Educação e Treinamento

A Revista **F&T em foco** homenageia – com a Lupa de Ouro – o Dr. Rodrigo Fernandes Alexandre

Nosso homenageado do trimestre (julho-agosto-setembro'2013), com a **Lupa de Ouro**, da *Revista Farmácia & Terapêutica em foco*, é o Dr. Rodrigo Fernandes Alexandre, titular da Coordenação Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, do Departamento de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS).

Farmacêutico (graduação e mestrado), pela Universidade Federal de Santa Catarina, dedica-se à atividade profissional, com área de interesse na atenção em Assistência Farmacêutica e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Complementou seus estudos em avaliação de métodos de pesquisa clínica e de tecnologias em saúde e Uso Racional de Medicamentos. Integra a Comissão Permanente de Revisão da Farmacopéia Brasileira e é professor (substituto) da Universidade Federal de Santa Catarina.

É autor de estudos publicados na Revista Brasileira de Farmacognose, Revista Brasileira de Toxicologia e na Acta Farmacêutica Bonaerense (Buenos Aires), Argentina.

Publicou os livros **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Bioquímica: caderno de estudos**. Tem-se destacado também, como orientador de trabalhos acadêmicos.

Competente profissional, Dr. Rodrigo Fernandes Alexandre é atento e atencioso amigo da Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Pernambuco. Devemos-lhe esta homenagem de reconhecimento e gratidão.



Rodrigo Alexandre e Selma Machado no VII EPAF / 2012



Dagoberto Carvalho Jr.

TEMPO DA FARMÁCIA

Fala Gerente!

Maria Selma Lopes Machado

Falar de nós mesmos é difícil, prefiro que falem...

A Assistência Farmacêutica sempre foi o meu legado, aprendendo e contribuindo no dia-a-dia, pois as oportunidades de qualificação e aperfeiçoamento profissional eram poucas. O cuidado com o paciente é meta permanente, pois considero como adjuvante à terapêutica. O que estamos tentando aos poucos sedimentar, pois precisamos convencer 132 *Dagoberto Carvalho Jr.*

gestores e profissionais da saúde (inclusive farmacêuticos) da importância das ações do profissional farmacêutico para a população, no assunto saúde/cuidados.

Atualmente com tantas políticas de saúde, a assistência farmacêutica tem se destacado, acredito que pela construção da consciência política e atuação do profissional farmacêutico em todas as esferas de governo.

Em Pernambuco, nessa gestão de governo, a assistência farmacêutica foi inserida nas metas, o que contribuiu no desenvolvimento de ações um pouco mais fortalecidas. Aos poucos nos inserimos em “campos antes desconhecidos” e assim, conseguimos melhorar os planejamentos com metas e ações mais concretas, favorecendo a realização de reuniões, palestras, fóruns, etc. com gestores estaduais e municipais, dos serviços de saúde, órgãos fiscalizadores e controladores, profissionais da saúde, principalmente o médico, a fim de levar as informações das ações e contribuições competentes e/ou realizadas pela Assistência Farmacêutica. Foi promovido o acesso a qualificação dos profissionais atuantes na assistência farmacêutica, tanto a nível estadual quanto municipal e nos serviços de saúde.

Hoje a assistência farmacêutica se engaja na sensibilização dos gestores para a garantia da assistência farmacêutica de qualidade,



demonstrando a necessidade de promover uma política salarial sustentável e assim, manter o quadro dos profissionais por ela qualificados, atuantes no crescimento da assistência à saúde.

Agradeço a todos os colegas e funcionários, que conosco trabalham/trabalharam e compartilham/compartilharam no crescimento da assistência farmacêutica. Como 133 *Tempo da Farmácia*

referência e agradecimentos, sem querer deixar ciúmes a outros a quem tenho muito carinho, estima e respeito, cito colegas como: Eliane Bandeira, Maria José Santos, Hermias Veloso, Conceição Freitas, Márcia Vidal, Élide Arruda, José de Arimatea, bem como a outros profissionais médicos, participantes e colaboradores na compreensão e disseminação do trabalho multiprofissional, entre outros destaque: Elcy Falcão, Iara Sant'Anna, Lúcia Brito, Ruy Lima Cavalcanti, Sandra Cabral, Tarcísio Gomes, Victorino Spinelli.

Na caminhada, bons e grandes amigos conquistamos e com eles vivenciamos momentos felizes, difíceis, com apoio e superação, o que nos sugere caminhar com sabedoria. Aqui referencio Dagoberto Carvalho Jr.



TEMPO DA FARMÁCIA

Fala Gerente! (2)

Élida Maria de Alencar Viana Arruda



Dra. Élida Arruda e a equipe da Gerencia de Monitoramento, Avaliação e Sustentabilidade

Há 27 anos trabalhando na Assistência Farmacêutica, é gratificante ver e ter participado da evolução da mesma. Éramos apenas a “Farmácia Central” da Fundação de Saúde Amaury de Medeiros distribuindo medicamentos da velha CEME (Central de Medicamentos) para creches, postos de saúde, hospitais e maternidades do Estado. Com o advento do SUS, foi criado um novo conceito de Assistência Farmacêutica, não apenas de

distribuição de medicamentos. Passamos a pensar mais no usuário e na qualificação dos colaboradores. Muito longe ainda estamos do ideal, muitos obstáculos foram superados, outros não, mas as mudanças são visíveis. Se contribuí para a evolução da Assistência Farmacêutica foi porque sempre tive ao meu lado pessoas que me apoiaram e me incentivaram na superação das dificuldades, por essa razão agradeço a todos os colegas.



TEMPO DA FARMÁCIA

Fala Gerente!

(3)

Sérgio Fernando Paes Barreto Antunes

Entre na Assistência Farmacêutica em março de 2007, com a incumbência de organizar o serviço farmacêutico de atendimento domiciliar, atualmente conhecida como *Farmácia de Pernambuco – Unidade Domiciliar*. Em seu início de atividades, teve como piloto o atendimento aos pacientes de Alzheimer, com um número aproximado de 50 pacientes. No decorrer dos anos foi absorvendo outras patologias e atualmente atende em torno de 1.200 pacientes na área metropolitana do Recife.

No ano de 2008, outro desafio, a criação da *Farmácia de Pernambuco – Unidade Itinerante*, onde foi realizada atividade piloto na Clínica Nefrológica – NEFROCENTRO, para atender cerca de 250 pacientes renais crônicos no próprio dia da diálise, evitando que os mesmos precisassem se deslocar à *Farmácia de Pernambuco – Unidade Metropolitana* para o recebimento de seus medicamentos. Atualmente atende todas as clínicas de hemodiálise conveniadas ao SUS do Recife e nos municípios de Olinda, Jaboatão dos

Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Carpina, Vitória de Santo Antão, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro e Petrolina, atendendo em média 4.500 pacientes/mês. As equipes passam em média dois dias em cada clínica para atender todos os seus usuários.

Nesse mesmo ano de 2008, assumi a gerência administrativa da *Farmácia de Pernambuco – Unidade Metropolitana* e iniciamos a implantação da *Farmácia de Pernambuco – Unidade de Infusão*, onde passamos a entre cursos regar os medicamentos, mediante agendamento prévio, nas clínicas de infusão, para que esses usuários não se deslocassem até a *Farmácia de Pernambuco – Unidade Metropolitana*, evitando com isso a perda de medicamentos por transporte inadequado, além de otimizar os do SUS.

Em dezembro de 2008, com a reestruturação do organograma da SES e surgimento da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF/SES-PE) fui convidado pelo superintendente, Dr. José de Arimatea Rocha Filho, para assumir a Gerência de Organização e Administração das Farmácias de Pernambuco, da qual faziam parte 7 unidades de Farmácias de Pernambuco e nos dias atuais compõem o quadro dessa gerência 23 unidades da *Farmácia de Pernambuco*, entre unidades próprias e parcerias.

Dr. Sérgio Antunes, Gerente de Organização e Administração das Farmácias de Pernambuco, entre unidades próprias e parcerias.



Educação e Saúde

A seção ocupa-se neste numero especial da Revista, não por acaso – mas pela oportunidade, mesma, de homenagem e reconhecimento – da premiação dos trabalhos científicos classificados no EPAF' 2012. Fazê-lo agora e, de publico, sobre divulgar a homenagem, pretende servir de estímulo aos novos candidatos.



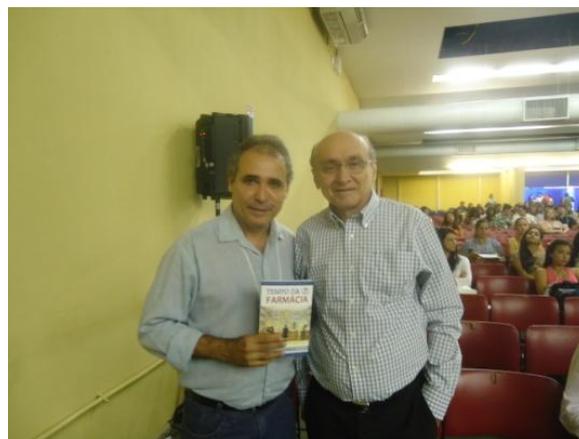
Melhores do EPAF 2012, autores e títulos dos trabalhos

Anna Beatriz Pereira Silva – Análise de indicadores da AF na atenção primária em PE
Perspectiva dos Gestores Municipais;
Alecssandra de Moraes e Silva Feitoza – Perfil epidemiológico do doente de Alzheimer cadastrado na Farmácia de PE;
Amanda Ferreira dos Santos – A Prática da automedicação por acadêmicos de Farmácia;
Adriana Maria Costa Marques da Silva – Análise de situações de risco envolvendo o uso de medicamento na estratégia de Saúde da Família.



Livro pioneiro

Também na ocasião – sessão de abertura do VII EPAF – aconteceu o lançamento do livro **Tempo da Farmácia**, Dagoberto Carvalho Jr., que vem sendo transcrito nesta Revista. A apresentação foi feita pelo médico Humberto Antunes, então Secretário de Saúde da cidade do Recife, ex-Secretário Executivo da SES/PE



Marcha para o interior

Petrolina



- 1– Selma Machado, GEPAF / SAF / SEAS
- 2– Paulo Brito, médico Neurologia / HUOC
- 3– Ricardo Amorim, médico Neurologia / HR
- 4– Adélia Henriques, médica Neurologia / HR / IMIP
- 5– Niedja Arruda, enfermeira, Neurologia / HR
- 6– Roberta da Paz enfermeira, Neurologia / HR
- 7– Dagoberto Carvalho Jr., CFT / SAF / SEAS
- 8– Lindnalva enfermeira, Neurologia / Paraíba
- 9– Lúcia Brito, médica, Neurologia / HR
- 10– Conceição Freitas, CAFA / SAF / SEAS
- 11– Rosalva Perazzo, farmacêutica / FP / Petrolina

Inspirada no vitorioso exemplo das ações “interiorizadoras” do Marechal Cândido Rondon – que marcaram época e definiram as atuais fronteiras sociais do Brasil – a Superintendência de Assistência Farmacêutica, da Secretaria Estadual de Saúde, de Pernambuco (SAF/SES), vem dando continuidade à sua política de descentralização e, conseqüentemente, interiorização, da Assistência Farmacêutica. Assim, realizou nos dias 4 e 5 de julho, no auditório da UNIVASF, o “I Seminário de Atenção à Saúde em Neurologia”.

Como especialistas palestrantes, falaram os Drs. Lúcia Brito, Selma Machado, Paulo Brito, Adélia Henriques,

Ricardo Amorim, José Carlos Moura e Maria Thereza Moraes (Pernambuco); Ailton Melo e Nancy Brandt (Bahia); Bianca Oliveira (Paraíba) e Valdemir Rabelo (Rio Grande do Norte). Presentes, também, entre outros, Dr. George Oliveira, Diretor Médico da CRIL (Rede PE/BA); Cássia Guimarães, Diretora da VIII GERES; Rosalva Perazzo, Gerente da Farmácia de Pernambuco, Unidade do Sertão do São Francisco.

Caruaru

Dia 9 de agosto foi a vez de Caruaru receber o Seminário de Atenção à Saúde. Agora, em Saúde Mental. O evento, realizado no auditório da FAVIP, contou com a presença do Superintendente Arimatea Rocha, além dos Drs. Ana Taveira, Marco Antonio Souza Leão, Léa Lins, Rita Acioly, Jaine Elizabeth, Ana Cláudia Florêncio, Selma Machado, Conceição Freitas e Amanda Figueiredo.





Mônica de Souza

Entretenimento

Teste o nível de conhecimento de direito e dever do farmacêutico. Marque sua pontuação no termômetro ao lado.

1 - Interagir com o profissional prescritor, quando necessário, para garantir a segurança e a eficácia da terapêutica farmacológica, com fundamento no uso racional de medicamentos.

- (a)Direito
- (b)Dever
- (c)Nenhum

2- Exercer a assistência farmacêutica e fornecer informações ao usuário dos serviços.

- a)Direito
- (b)Dever
- (c)Nenhum

3-Dispensar controlado sem receituário.

- a)Direito
- (b)Dever
- (c)Nenhum

4 - Exigir dos demais profissionais de saúde o cumprimento da legislação sanitária vigente, em especial quanto à legibilidade da prescrição.

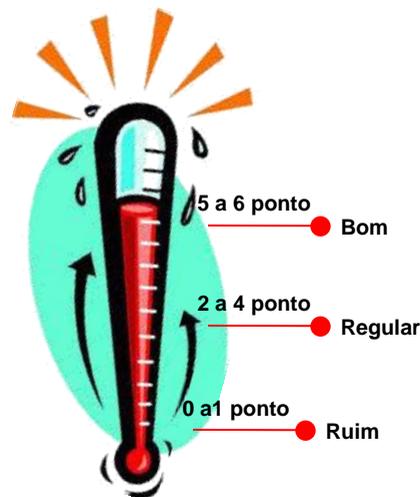
- (a)Direito
- (b)Dever
- (c)Nenhum

5- Incentivar a automedicação.

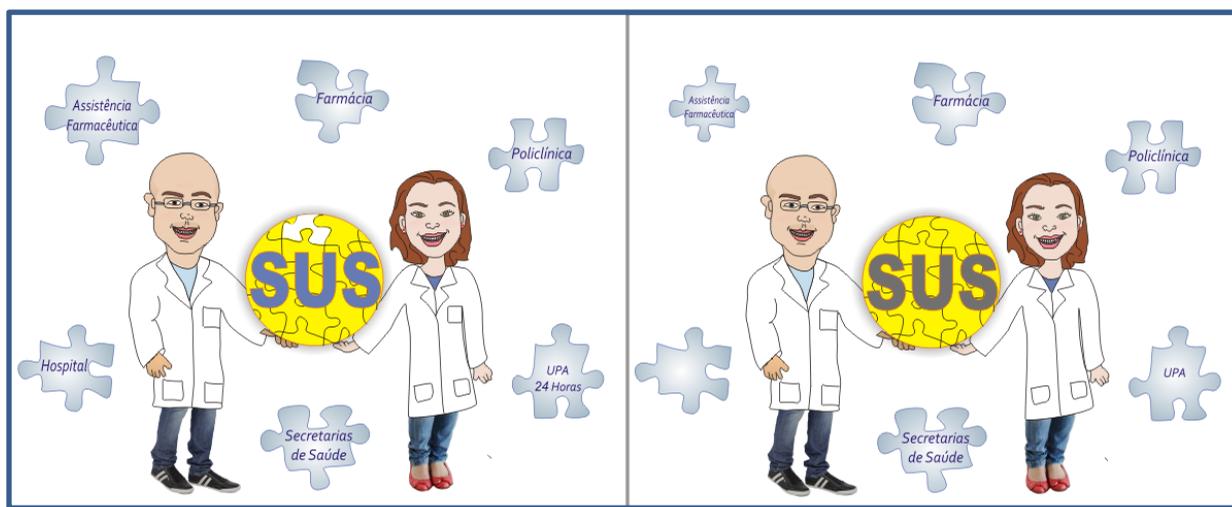
- a)Direito
- (b)Dever
- (c)Nenhum

6- Respeitar a vida humana, jamais cooperando com atos que intencionalmente atentem contra ela ou que coloquem em risco sua integridade física ou psíquica.

- a)Direito
- (b)Dever
- (c)Nenhum



Jogo dos 7 erros



- 7 erros
- 1- a Bolso superior da boneca
- 2- b Peça de quebra cabeça "UPA 24 Horas"
- 3- c Cor da palavra SUS
- 4- a Falta haste do óculos do boneco
- 5- c Peça de quebra cabeça "Assistência Farmacêutica", menor
- 6- b "Farmacêutica", menor

Entretenimento



Se liga na historia do EPAF

Se você acompanha os EPAF`s, ligue os locais das edições anteriores

Ligue os pontos



* Recife



* Caruaru



* Triunfo



* Olinda



Alegria é um excelente remédio para o coração

Dicas:
Tem no EPAF

Caça Palavras

E	U	Z	Y	I	Q	V	U	E	H	N	S	K	E	R
J	P	U	P	P	E	M	S	E	C	M	P	O	T	Z
O	H	Y	U	M	R	K	T	Q	M	K	E	S	N	L
F	C	E	N	U	D	N	A	G	Z	V	M	O	A	D
D	K	L	U	P	A	D	L	N	M	L	T	C	R	P
X	I	W	Y	D	F	M	J	W	F	J	I	J	T	S
C	S	S	U	U	Z	B	D	J	T	G	D	Z	S	O
I	O	T	Q	S	S	L	J	X	K	O	K	U	E	X
T	S	F	Q	V	A	K	C	G	I	A	U	Y	L	I
E	A	I	E	J	A	I	M	X	K	G	T	D	A	N
O	X	S	G	I	C	W	R	S	B	S	F	E	P	X
X	T	K	R	J	I	A	Y	K	U	D	S	D	S	H
P	W	Y	T	B	B	V	Y	G	K	D	B	U	D	B
E	Y	N	M	G	Z	X	K	U	U	M	V	J	X	X
R	S	L	S	D	W	R	F	D	O	Q	N	D	C	V

Resposta

Caça-palavras
1- Triunfo
2- Caruaru
3- Olinda
4- Recife

Estudante
Palestrante

Realização

Coordenação de Farmácia e Terapêutica - CFT



SUPERINTENDÊNCIA DE
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

SAF / SEAS / SES-PE



Secretaria
de Saúde

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Apoio

Secretaria de Saúde - SES

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde - SEAS

**Superintendência de Assistência Farmacêutica
de Pernambuco - SAF**

**Gerencia de Operacionalização da Política de
Assistência Farmacêutica – GEPAF**