

Revista

FARMÁCIA & TERAPÊUTICA

EM FOCO



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Cobertura de Educação e Terapêutica

6^a edição
Julho / 2014

F & T em foco – Destaques:

Protocolos Clínicos

Normas Técnicas

Doença & tratamento

Educação e Saúde

Entrevista

**FARMÁCIA EM
NÚMEROS**

Lupa de Ouro

Entretenimento

“São João, Copa do Mundo (de Futebol) e a Revista Farmácia & Terapêutica em foco”

Coincidem no mês de junho deste 2014, o São João que, em Pernambuco, seria verdadeira festa nacional, houvessem vencido, as velhas capitania e província, as revoluções Pernambucana de 1817 e Confederação do Equador (1824), mas é – sem dúvidas – sua maior festa profano-religiosa ou, religiosa profanizada; com o Campeonato Mundial de Futebol (que o Recife, em parte, sedia), e o lançamento do 6º número da Revista “Farmácia & Terapêutica em foco”.

Muita honra para os que fazemos a Revista e a própria Assistência Farmacêutica, segmento da Secretaria Estadual de Saúde, responsável por significativa parcela do bem estar de nossa população, justificadamente envolvida nas duas grandes festas populares: folguedos juninos e partidas de futebol envolvendo as melhores equipes do esporte nos países selecionados para a primeira fase.

Bem estar – o referido – que se garante também e, sobretudo, com eficaz política pública de Saúde, entendido o usuário do Sistema Único de Saúde, como “ente” central da relação sócio-cultural (em seu sentido mais amplo), de que participamos, enquanto gestores/operadores da mencionada política de gerenciamento e dispensação de medicamentos.

Tempo de dupla festa (a nossa, do lançamento da Revista, que não conta, justamente por ser nossa) é – também – tempo de dupla responsabilidade.

O mesmo fogo que ilumina e festeja; os mesmos eventos que celebram e aglomeram, não deixam de aumentar riscos e preocupações; colocando-nos, a todos os que trabalhamos – direta ou indiretamente – na área da saúde, de sobreaviso para a defesa da integridade física dos que fazemos o SUS, como usuários e prestadores de serviços médico- assistenciais.

São – portanto – os nossos votos, de iluminados sucessos para o Brasil no campeonato mundial de futebol; como de alegres festas juninas. Para todos. Torcedores do esporte das multidões e devotos dos santos católicos que emprestam seus devocionários para as nossas mais queridas manifestações de cultura popular. Para que a nossa geração

testemunhe a vitória do Brasil com hexa-campeão mundial de futebol. E possa lembrar – como as gerações que passaram – “das noites tão brasileiras,/ das fogueiras,/ sob o luar do sertão”. Ao som, já nostálgico, de seu maior intérprete, seu “nume” tutelar: Luiz Gonzaga!

PS – Deixaram o “time” da Coordenação de Farmácia e Terapêutica – ainda bem que por merecidas promoções – os Drs. Fitz Gerald Tenório Soares (para gerência na Secretaria de Saúde do Recife) e Ana Beatriz Pereira da Silva, para o curso de Residência, no HR. Vieram substituí-los os profissionais Anderson Henrique de Souza e Anne Caroline Dornelas Ramos. Continuamos com boa gente.



Comissão Editorial

Anne Caroline Dornelas
Anderson Leonardo Azevedo de Souza
Dagoberto Carvalho Jr.
Jean Batista de Sá
José de Arimatea Rocha
Maria Selma Lopes Machado
Mônica de Souza Silva
Veruska Mikaelly Paes Galindo

Índice



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Coordenação de Farmácia e Terapêutica

4- Entrevista

6- Doença e Tratamento

9- Farmácia é Notícia

10- Lupa de ouro

11- Exemplos que constroem

12- Atenção Básica em Movimento

13- O slogan é nosso!

14- Assistência Farmacêutica / História em construção

15- Educação e Saúde

16- Protocolo Clínico – Osteoporose

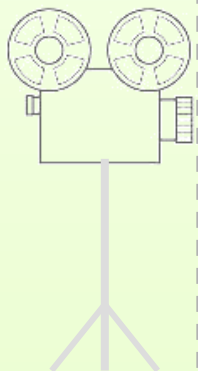
17- Norma Técnica – Trombose Venosa Profunda na Gravidez

18- Memórias – Tempo da Farmácia

19- Evento em destaque

20- Entretenimento

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



Entrevista de Dr. Sérgio Antunes, Gerente de Organização e Administração das Farmácias de Pernambuco – GOAFP, a Dagoberto Carvalho Jr., Selma Machado e Mônica de Souza, pela Comissão Editorial.

Revista Farmácia & Terapêutica:

Desde quando o Senhor está na Assistência Farmacêutica Estadual? Já tinha alguma relação com a área, ou foi uma experiência absolutamente nova?

Dr. Sérgio: Iniciei minhas atividades na Assistência Farmacêutica no ano de 2007, mas a minha experiência na área de saúde se inicia em 1998 quando passei a assessorar a diretoria do Hospital Geral de Areias (HGA), fiquei neste cargo até março de 1999.

Em relação à assistência farmacêutica, foi algo completamente novo pra mim, apesar de utilizar as minhas noções de administração e logística oriundas das minhas experiências profissionais anteriores, foi um grande desafio implantar o serviço farmacêutico de atendimento domiciliar. Aprendi sobre medicamentos na prática diária.

Revista F & T:

Como começou o seu trabalho na Assistência Farmacêutica? Já como Gerente? Que Gerência ocupa, atualmente?

Dr. Sérgio: Comecei idealizando, estruturando e implantando o que hoje é a Farmácia de Pernambuco – unidade Domiciliar, a princípio era apenas um serviço de entrega em domicílio para os pacientes cadastrados na Farmácia de Pernambuco (Unidade Metropolitana), que

possuíam necessidades especiais, tais como: dificuldade de locomoção, ausência de um representante ou outras dificuldades próprias da doença, como por exemplo, pacientes com Alzheimer. Posteriormente o serviço de entrega foi sendo implementado e foi ganhando maior visibilidade, assim, com o aumento da demanda, nasceu a Unidade Domiciliar. Posteriormente me foi feita a proposta de assumir a gerência administrativa da Farmácia de Pernambuco – Unidade Metropolitana, nessa época a gerência técnica era ocupada por Dra. Edileuza Marques. Depois fui convidado a assumir a Gerência de Organização e Administração das Farmácias de Pernambuco, cargo que ocupo até a data de hoje.

F & T:

Agora vamos às “Farmácias de Pernambuco”, propriamente ditas. Quantas elas são? Sabemos que há Farmácias próprias e Farmácias Parceiras. O que é bem isso, parcerias com quem? Em que consiste essas parcerias?

Dr. Sérgio: Atualmente são 31 unidades, sendo 14 unidades próprias e 17 parceiras. As unidades parceiras decorrem do interesse de algumas secretarias municipais de saúde, hospitais e clínicas em possuir uma unidade

(continuação)

de dispensação de medicamentos do Componente especializado da assistência farmacêutica - CEAF e programas estaduais, para atender a sua demanda. Deste modo, é firmado um termo de compromisso entre as entidades, onde a parte interessada participa oferecendo a estrutura física e de pessoal e nós oferecemos os produtos para que os pacientes tenham maior comodidade no recebimento de seu tratamento medicamentoso. Como exemplo de unidades parceiras com as secretarias de saúde municipais temos: Petrolândia, Caruaru e Pesqueira. Como exemplo de parcerias com Hospitais temos: HC (Hospital das Clínicas), IMIP, HUOC e HEMOPE.

F & T:

E, com relação ao número dos pacientes atendidos? Há como relacionar esses números com as respectivas Farmácias? Por exemplo: Farmácia de Pernambuco - Unidade Metropolitana:
Farmácia Domiciliar:
Farmácia Itinerante:
Farmácia de Pernambuco – Unidade Sertão do São Francisco:
etc...

Dr. Sérgio: O número total de usuários atendidos mensalmente pelas Farmácias de Pernambuco é de 38.342, sendo a unidade Metropolitana a maior em número de pacientes. O volume de pacientes encontra-se assim distribuído:

Unidade Metropolitana (Recife) = 15.974

Unidade Agreste (Caruaru) = 3.608

Unidade Itinerante = 3.331

Unidade Agreste Meridional (Garanhuns) = 1.930
Unidade Agreste Setentrional (Limoeiro) = 1.780

Unidade Domiciliar = 1.751

Unidade Caruaru (Municipal) = 1.689

Unidade Sertão do São Francisco (Petrolina) = 1.416

Unidade Sertão do Moxotó (Arcoverde) = 1.309

Unidade Sertão Central (Salgueiro) = 895

Unidade Infusão = 730

Unidade Sertão do Pajeú II (Serra Talhada) = 673

Unidade Sertão do Pajeú (Afogados da Ingazeira) = 569

Unidade IMIP = 506

Unidade HEMOPE = 335

Unidade PROCAPE = 319

Unidade Sertão do Araripe (Ouricuri) = 279

Unidade HCP = 240

Unidade Petrolândia = 210

As demais unidades possuem quantidades inferiores a 200 usuários.

F & T:

O Senhor tem alguma sugestão que possa contribuir para o aprimoramento dos serviços prestados pelas “Farmácias de Pernambuco”, considerando que nosso público alvo é o usuário do SUS?

Dr. Sérgio: Temos trabalhado no sentido de oferecer aos nossos usuários maior comodidade no recebimento do seu tratamento medicamentoso, por isso temos realizado abertura de novas unidades, sobretudo no interior do estado, a fim de diminuir a demanda reprimida de pacientes. Trabalhamos também no sentido de oferecer aos nossos usuários um atendimento de qualidade. A minha sugestão é que continuemos nos aprimorando na prestação de serviços à população, bem como que tenhamos condições de continuar expandindo os nossos atendimentos a fim de que todos os usuários do SUS tenham condições de ter acesso ao seu tratamento e deste modo, recuperem a saúde, que afinal de contas é o que mais importa.





Doença & Tratamento

OSTEOPOROSE

Dr. Luiz Griz, Prof. Adjunto do Departamento de Medicina Clínica, Disciplina de Endocrinologia Universidade de Pernambuco.
Membro do Comitê de Endocrinologia SAF / SEAS.

Definição:

Osteoporose é a doença óssea metabólica mais frequente e é caracterizada por uma diminuição da resistência óssea levando a um aumento da fragilidade óssea com aumento do risco de fraturas.

O método não invasivo e mais preciso para o diagnóstico da osteoporose é a absorciometria por dupla emissão de raios-X (DXA). A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem definido o diagnóstico de baixa massa óssea e osteoporose baseado no número de desvios padrão (DP) abaixo do valor médio da densidade mineral óssea (DMO) detectados em adultos jovens normais do mesmo sexo (T score).

Classificação da OMS:

	T-score
Normal	Até - 1.0 DP
Osteopenia	- 1.0 a - 2.5 DP
Osteoporose	< - 2.5 DP

Os critérios diagnóstico da OMS devem ser usados em mulheres na pós-menopausa ou naquelas na perimenopausa e em homens a partir dos 50 anos. Nas crianças e adolescentes e mulheres saudáveis na pré-menopausa e homens abaixo de 50 anos deve ser usado o Z score. Nestes casos, a DMO é comparada para população de referência da mesma idade. Um Z score de - 2.0 ou menos é definido como abaixo do esperado para a idade e um Z score acima de -2.0 é dentro do esperado para idade.

A International Society of Clinical Densitometry sugere rastreamento para osteoporose em mulheres acima de 65 anos e homens acima de 70 anos, história de fraturas após mínimo trauma ou sem trauma no início da menopausa, uso prolongado de glicocorticóides, osteopenia evidenciada por uma radiografia simples ou perda da altura ou cifose torácica.

Epidemiologia:

Cerca de ¼ dessas fraturas ocorrem no fêmur e metade na coluna lombar. A

OMS estima que 30% das mulheres acima dos 50 anos tenham osteoporose e que 60 % dos pacientes com osteoporose não são diagnosticados.

As fraturas mais frequentes são as de vértebras, colo de fêmur e rádio distal.

Uma a cada três mulheres com osteoporose da pós-menopausa > 50 anos sofrerá uma fratura e estão associadas a um aumento da morbidade e mortalidade com grande impacto econômico para o estado. Em relação as fraturas de colo de fêmur 50% das pessoas não retornam completamente a exercer suas funções pré-fratura, 25% são admitidas em clínicas de repouso, 5 a 20% morrem no primeiro ano. As fraturas vertebrais constituem as mais comuns complicações da osteoporose e resultam em perda de altura, dor, diminuição da capacidade pulmonar, aumento do risco de queda e desordem do sono.

Investigação da osteoporose:

- 1- História clínica
- 2- Exame clínico
- 3- Investigação laboratorial:
 - Hemograma com VSH
 - Cálcio e fósforo sérico
 - Testosterona (no homem)
 - Transaminases, Gama GT, Fosfatase alcalina, eletroforese das proteínas
 - Creatinina
 - Calciúria das 24 horasOutros procedimentos, se indicado:
 - Proteína de Bence-Jones na urina (mieloma múltiplo).
 - TSH, PTH, 25 OHD, Prolactina, IGF 1
 - Teste de supressão com dexametasona (Síndrome de Cushing).
 - Anticorpos anti-endomísio e anti-transglutaminase (doença celíaca)
 - Marcadores de turnover ósseo quando disponível
 - Rx de coluna lombar e dorsal (perda de altura, cifose dorsal, dor em região dorsal ou lombar ou uso de glicocorticoide).

OSTEOPOROSE

Fatores de risco clínico usados para avaliação de probabilidade de fratura:

- Idade e sexo
- Baixo índice de massa corpórea
- História prévia de fratura a partir da menopausa devido a queda da mesma altura ou identificada na radiografia de coluna vertebral
- História familiar de fratura de colo de fêmur
- Uso de glicocorticóide (qualquer dose por ≥ 3 meses)
- Tabagismo
- Ingestão de álcool de 3 ou mais unidades por dia
- Causas secundárias:

Síndrome de Cushing, diabetes melitus, hipertireoidismo, hipogonadismo, doença celíaca, artrite reumatóide, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo primário.

Prevenção e tratamento não farmacológico da osteoporose:

- Assegurar uma dieta nutritiva e com adequada ingestão de cálcio
- Evitar um baixo índice de massa corpórea
- Manter um adequado suplemento de vitamina D
- Prática de atividade física regular
- Evitar tabagismo e excesso de bebidas alcoólicas

A ingestão de cálcio deve ser parte do tratamento adjuvante para todas as mulheres com osteoporose estabelecida e em qualquer estratégia na prevenção da perda óssea. A necessidade numa mulher na pós-menopausa e num homem a partir dos 70 anos é 1.200 mg ao dia. Preferencialmente usar na forma de dieta.

A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel e é obtida principalmente a partir da ação dos raios ultravioletas na pele. É fundamental para a absorção do cálcio e fósforo no intestino. A hipovitaminose D tem se tornado endêmica, devido à inadequada ingestão oral de vitamina D, combinada com o uso de cremes de proteção solar e o envelhecimento. A 25OHD é a principal forma circulante da vitamina D e representa o melhor indicador da deficiência, insuficiência e toxicidade da vitamina D.

Interpretação dos níveis de 25 OHD:

Resultados	ng/ml
Deficiência	< 20
Insuficiente	20 a < 30

Desejado	> 30
Intoxicação	≥ 150

Embora a deficiência severa de vitamina D levando a raquitismo e osteomalacia seja rara, é frequente a ocorrência da deficiência subclínica, especialmente em idosos. Como resultado pode ocorrer hiperparatireoidismo secundário, aumento do turnover ósseo, redução da DMO e aumento do risco de fraturas.

Tratamento farmacológico

Os bisfosfonatos representam o padrão ouro no tratamento da osteoporose da pós-menopausa. São potentes inibidores da reabsorção óssea e apresentam pobre absorção intestinal, motivo pelo qual quando administrado oralmente, o paciente deve estar em jejum. Os aumentam a DMO em torno de 2 a 6 % e reduzem o risco de fraturas vertebrais (50 a 70%), não vertebrais e de colo de fêmur. Os mais utilizados são o ácido zoledrônico, alendronato, risedronato e ibandronato. Apenas o ibandronato não foi avaliado adequadamente na redução do risco de fraturas de colo de fêmur. Em que pese o grande benefício dos bisfosfonatos na eficácia da redução do risco de fraturas e sua segurança, seu uso prolongado pode estar associado a um aumento discreto do risco de osteonecrose de mandíbula e fraturas subtrocanterica de colo de fêmur. Nos pacientes de baixo risco de fraturas podem ser usados por um período de 3 a 5 anos ou naqueles de alto risco de fraturas (T score no fêmur < - 2.5, história prévia de fratura de colo de fêmur ou de fratura vertebral com T score maior que - 2.0 DP e uso crônico de glicocorticóide) durante 6 a 10 anos a depender do tipo de bisfosfonato. Uma abordagem recomendada nos pacientes de baixo de risco de fraturas tem sido usar o bisfosfonato por um período de 3 a 5 anos e então dar um período de férias por 1 a 2 anos e reiniciar o tratamento se ocorrer aumento significativo de perda de massa óssea, aumento dos marcadores de turnover ósseo ou se o paciente apresentar uma fratura. Naqueles de alto risco continuar por 6 a 10 anos dependendo do bisfosfonato ou passar para outra classe de medicação. É importante avaliar o clearance de creatinina. O ibandronato e risedronato podem ser usados até uma taxa de filtração glomerular de 30 mL/min e para o alendronato e ácido zoledrônico

OSTEOPOROSE

até 35 mL/min.

O denosumabe, um anticorpo humano monoclonal, tem mostrado redução do risco de fraturas vertebrais (68%), fraturas não vertebrais (20%) e de colo de fêmur (40%). Existe evidência que o uso por 8 anos desta droga continua com aumento da DMO na coluna lombar e de colo de fêmur e redução do risco de fraturas. A medicação pode ser usada mesmo naqueles pacientes com clearance de creatinina entre 15 a 30 mL / min. Casos raros de osteonecrose de mandíbula e fratura subtrocanterica de colo de fêmur também tem sido observado.

O ranelato de estrôncio cujo mecanismo de ação ainda não está totalmente esclarecido, tem mostrado eficácia na redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de colo de fêmur. No entanto, em relação a redução do risco de fraturas de colo de fêmur só foi evidenciado em análise pós-hoc, em pacientes ≥ 74 anos e T score $\leq - 3.0$ DP, o que diminui o valor estatístico. Tem sido observado reações adversas tais como reação de pele (síndrome de DRESS) e aumento do risco de tromboembolismo. Tem sido contra-indicado em pacientes com risco cardiovascular aumentado e naqueles pacientes com clearance de creatinina for < 30 mL / min.

O raloxifeno, um modulador do receptor estrogênico, reduz o risco de fraturas vertebrais, mas não de fraturas de colo de fêmur. Está associado a um aumento do risco de tromboembolismo similar ao do estrogênio.

A terapia hormonal da menopausa (estrogênio ou estrogênio + progesterona) aumenta a DMO e reduz o risco de fraturas clínicas vertebrais e colo de fêmur e alivia os sintomas do climatério(fogachos, sudorese noturna e secura vaginal). Quando utilizada, deve ser no início da menopausa e naquelas pacientes com sintomas do climatério. Usar de preferência estrogênio natural e por um período não mais que 5 anos. O uso por maior tempo deve-se verificar risco e benefício para tomada de decisão. Solicitar antes mamografia, ultrassonografia pélvica ou endovaginal, citologia oncológica, perfil lipídico, função renal e hepática. Contra-indicado formalmente em pacientes com história de câncer de mama ou câncer estrogênio dependente, antecedente de tromboembolismo, lesão renal e

hepática grave e naqueles com doença coronariana e história de acidente vascular cerebral.

O teriparatide (PTH 1- 34) é um agente anabólico usado por um período de até 18 a 24 meses tanto na osteoporose da pós-menopausa como no tratamento da osteoporose em homens. Aumenta a DMO e reduz o risco de fraturas vertebrais e não vertebrais. No entanto, não tem dados disponíveis na redução do risco de fraturas de colo de fêmur. É indicado especialmente naqueles pacientes com múltiplas fraturas vertebrais e um T score muito baixo. Foi descrito osteosarcoma em ratos e é contra-indicado em pacientes com hiperparatireoidismo e hipercalcemia.

Drogas aprovadas para o tratamento da osteoporose:

Estrógeno

Raloxifeno 60mg /dia /4 anos.

Alendronato 70mg /semanais / 5 anos em pacientes de baixo risco e até 10 anos naqueles com alto risco (T score no fêmur $< - 2.5$).

Risedronato 5mg / dia ou 35mg / semanais/ até 7 anos.

Ibandronato 150mg oral / mensal 3 a 5 anos.

Ácido Zoledrônico 5 mg / uma infusão durante 20 minutos / anual / 3 anos em pacientes de baixo risco de fraturas e 6 anos em pacientes de alto risco.

Teriparatida 20mcg SC / dia até 18 a 24 meses.

Terapia estrogênica no início da menopausa em mulheres com sintomas importantes do climatério e em geral usar por menos de 5 anos).

Denosunabe 60 mg SC de 6/6 meses.

Ranelato de estrôncio 2g/dia / 5anos.

Calcitonina

Recomendações

Afastar causas secundárias de osteoporose

Cálcio 1000 a 1200 mg / dia, preferencialmente na dieta

Vitamina D na dose de 800 a 2000 UI / dia. Doses maiores naqueles pacientes com níveis muito baixos de 25 OHD.

Exercício regular para reduzir risco de queda

Evitar tabagismo e excesso de bebidas alcoólicas.

Iniciar tratamento naqueles com fratura de colo de fêmur, vertebral clínica ou morfológica.

Iniciar terapia nos pacientes com DMO (T score $<$

OSTEOPOROSE

-2.5).

Iniciar tratamento nas mulheres na pós-menopausa e homens (idade ≥ 50 anos) com baixa massa óssea (T-score -1.5 a -2.5 , osteopenia) se têm fatores de risco presente.

Na opção terapêutica, levar em consideração: adesão ao tratamento, eficácia na redução do risco de fraturas, tanto vertebral como não vertebral e colo de fêmur, função renal, custos e eventos adversos.

Referências bibliográficas:

- 1- Maturitas 2013; 75: 392– 396
- 2- J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 3215-24.
- 3- Endocr Pract 2002;8:266-70
- 4- International Osteoporosis Foundation 2013
- 5- J Bone Miner Res 2007;22:465-475
- 6- Am J Epidemiol 2009;19:73-78.
- 7- ASBMR Meeting 2013; Baltimore, USA. 4 – 7 outubro de 2013

- 8- N Engl J Med 2009;361:756-765.
- 9- N Engl J Med 2001;344:1434-1441
- 10- Lancet 1996;348:1535-1541.
- 11- JAMA 1999;282:637- 645.
- 12- JAMA 2002;288:321-333.
- 14- N Engl J Med 2004;350:459-468
- 15- JAMA 2006;296:2927-38.
- 15- J Clin Endocrinol Metab 2005;28:2816-2822.
- 16- J Bone Miner Res 2012;27:243-54.
- 17- J Bone Miner Res 2010;25:977-982.

Dr. Luiz Griz:

- 1 - Prof. Adjunto do Departamento de Medicina Clínica, Disciplina de Endocrinologia Universidade de Pernambuco.
- 2 - Dr. em Saúde Pública pelo CPqAM / FioCruz
- 3 - Médico Preceptor da Residência Médica da Unidade de Endocrinologia do Hospital Agamenon Magalhães / SUS / PE.
- 4 - Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
- 5- Fellow of the American College of Endocrinology

Farmácia notícia

O EPAF vem aí!

A confirmar-se a realização do IX Encontro Pernambucano de Assistência Farmacêutica, pensado para os dias 11 e 12 de novembro de 2014 – como das outras vezes – no Centro de Convenções de Pernambuco /Olinda.

que representa; fala de novidades; dá espaço para os profissionais do setor e “ensina a tratar e a fazer o “Descarte de medicamentos”.

Parabéns! Veio ocupar espaço na área especializada, no âmbito do Recife Municipal.

Para completar o bom momento da carreira ascendente do Dr. Flávio Lago, ele acaba de receber a Comenda de Honra ao Mérito, do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco.

Flávio Lago no “Folhetim” da Prefeitura

Lançado – com sucesso de público e de crítica – o número de estréia do “Folhetim fala farmacêutico”, da coordenação de Assistência Farmacêutica do II Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde, do Recife; editado por ninguém menos que o conhecido cultor das boas letras (não só farmacêuticas, mas literárias, mesmo), Dr. Flávio Lago.

Bem diagramado o “Folhetim” se auto-define; define Assistência Farmacêutica; identifica o grupo

Zangelini em Brasília

Depois de passagem pela SAF – como estagiário e, depois, farmacêutico contratado – de onde alçou vôo para a Gerência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde (Recife); o Dr. Fernando Zangelini chegou a Brasília. Assumiu a coordenação da Rede Brasileira de Informação de Medicamentos (REBACIM). Parabéns!



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Coordenação de Educação e Tecnologia

A Revista **F&T em foco** homenageia – com a Lupa de Ouro – a Dra. Maria Lúcia Brito.

Médica pela Universidade Federal de Pernambuco, turma de 1975, Maria Lúcia Brito Ferreira está entre as mais destacadas neurologistas do Recife. Aproxima-nos, particularmente, sua dedicada participação (desde a criação dos comitês de especialistas) no Comitê de Neurologia da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde.

Com Residência Médica na faculdade de sua formação acadêmica, especializou-se na Escola Paulista de Medicina, na Universidade de Londres e na Universidade de São Francisco, nos Estados Unidos. A partir de 1991 participou de quase meia centena de cursos de extensão em Neurologia, além de cursos – também na área – de curta duração.

Trabalhou, como especialista, na Legião Brasileira de Assistência (antiga LBA) e ainda o faz no Real Hospital de Beneficência em Pernambuco e no Hospital da Restauração. Sobre sua atuação no HR/Recife, não resistimos à tentação de destacar a opinião da Dra. Laís

Vieira, para quem: “É importante referir sua visão futurista de criar em um hospital público serviços de grande complexidade, que gozam de fama e respeito nacional e internacional”.

Além do Centro Estadual de Referência para Atenção a Pacientes Portadores de Doenças Desmielinizantes, hoje considerado maior serviço de Esclerose Múltipla do Brasil; criou também, o Centro Estadual de Referência em Epilepsia e o Serviço de Distúrbios do Movimento.

Na área de ensino, trabalha como Preceptora do Programa de Residência Médica do HR, tendo integrado diversas comissões técnicas da Secretaria de Saúde do Estado e do próprio Ministério da Saúde. É membro do Conselho Editorial dos “Arquivos de Neuro- Psiquiatria”.

Nada mais justo que receba – com nossos agradecimentos e homenagem – a “Lupa de Ouro” de nossa Revista “Farmácia & Terapêutica em foco”.



A partir da esquerda:
Roberta Paz
Niedja Arruda
Eunice Gomes
Lúcia Brito
Jatiaci Romão
Fernanda Alves
Thais Miranda.

Exemplos que constroem



Este espaço – sugerido pelo Superintendente da Assistência Farmacêutica, Dr. Jean Batista de Sá – será reservado à expressão de reconhecimento da AF a colaboradores seus que, pelo tempo de atuação e/ou pela dedicação com que nos servem, recomendam-se à nossa gratidão.

Começamos por reconhecer e homenagear os colaboradores:

Giselda Raimunda Silva de Melo

Iniciou atividades na “Farmácia”, há 18 anos quando funcionava no Hospital Getúlio Vargas. Atualmente trabalha no setor de Cadastramento da Farmácia de Pernambuco, Unidade Metropolitana.

Júlio Correia de Melo

Há 48 anos na Secretaria de Saúde, começou pelo Almojarifado Central, setor do qual se emanciparia a Farmácia. Aposentado, “Seu” Julio voltou às suas atividades como contratado por prestadora de serviços.

No caso da terceira integrante da foto acima, **Carmen Lúcia da Silva**, há 6 anos na Farmácia, o reconhecimento é também e, sobretudo, pela história de superação. Começou como ASG e, concluindo o ensino médio, hoje é atendente da Farmácia de Pernambuco, Unidade “Farmácia Especial”.



Celedônio Eliziario de Souza (5 anos) e, **Severino Augusto da Silva** (6 anos), Seguranças de empresa prestadora de serviço. Destacam-se pela dedicação e solicitude na recepção da SAF.

No próximo número de nossa Revista, outros colaboradores serão homenageados.



Conceição Freitas

Atenção Básica em Movimento



Em 2013 realizamos visitas a todos os municípios do Estado de Pernambuco e emitimos relatórios evidenciando os achados aos Secretários(as) de Saúde. Em 2014 em parceria com os Farmacêuticos das “Farmácias de Pernambuco” e das Gerências Regionais, estamos novamente percorrendo o Estado, com o objetivo de repassar orientações básicas e avaliar a evolução da Assistência Farmacêutica no Município.



Como é do conhecimento de todos, o atual sistema (SISGAF) que utilizamos para emissão de pedidos dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) esta em processo de desativação e substituição pelo Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS). Os municípios necessitam avançar na utilização do HÓRUS, com a finalidade de atender os Programas oriundos do Ministério da Saúde. Os dados gerados com o sistema, subsidiarão a programação mensal dos medicamentos, permitido dentre outras funcionalidades, a quantificação da necessidade mensal, a gestão dos estoques, consumo médio mensal, acompanhamento da validade, o monitoramentos dos pacientes em tratamento, além da emissão do pedido pelo sistema informatizado. Este ano com o apoio do Ministério da Saúde na pessoa de Dra. Karolina Marçal e das Gerências Regionais foram realizadas várias capacitações do Sistema HORUS em nosso Estado. Aguardem em breve estaremos na Regional de Caruaru e Arcoverde. O Ministério da Saúde mensalmente disponibiliza turmas pelo EAD/HORUS

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9357.



Estamos trabalhando na divulgação da Portaria Nº1217 de 3 de junho de 2014 do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS. 79 municípios pernambucanos estão elegíveis e poderão conhecer os critérios de seleção e realizar a sua inscrição no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data de publicação da Portaria. Todas as informações estão disponíveis no site do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/qualifarsus. O eixo estrutura do QUALIFAR visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, englobando área física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos. A lista dos municípios elegíveis poderá ser acessado no endereço: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/05/MUNICIPIOS-ELEG--VEIS-2014.pdf>

Verdade sobre o Controle da Dor

Mesmo sabendo que continuamos devendo muito aos usuários do programa de Controle da Dor, em Pernambuco – sobretudo porque sua completude não depende, apenas, da programação e dispensação de seus medicamentos, mas igualmente da regular aquisição dos referidos instrumentos de saúde – cabe-nos defender a prioridade de tais ações pela Assistência Farmacêutica Estadual de Pernambuco. Sobretudo, no momento em que o jornal “Folha de Pernambuco”, de 11 de abril de 2014, em seu caderno Cotidiano, seção Saúde, trata-o como “iniciativa pioneira lançada hoje, no Recife”.

O tema já trabalhado, na antiga Gerência de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Saúde do Estado, desde 2007 – quando a ele se dedicava particularmente, a Dra. Diana Sá – avançou de tal modo que à época justificou a criação de um “Comitê de Controle da Dor”, no âmbito da referida Assistência Farmacêutica que, já no ano seguinte lançou, em auditório da Academia Pernambucana de Medicina, o programa “Pernambuco Todos sem Dor”. O lançamento aconteceu durante módulo específico do Curso de Atualização em Gestão e Operacionalização do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. O tema “Tratamento paliativo da Dor Crônica” foi discutido pelas profissionais médicas Tereza Newman Sampaio Bezerra (Hospital Universitário Oswaldo Cruz), Maria Ângela de Lima (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco), Tânia Cursino de Menezes Couceiro (Hospital Barão de Lucena); farmacêutica Cláudia Lavra (Superintendência de Assistência Farmacêutica) e enfermeira Maria do Socorro Silveira Gomes (Caruaru).

Estava patente o comprometimento da Secretaria Estadual de Saúde, através de sua AF; bem como evidente o interesse dos profissionais envolvidos com a tarefa de minorar o sofrimento, notadamente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Muito temos feito no sentido de melhor atender nossos pacientes de um modo geral e, em especial – pela característica, mesma, de



(Dra. Tereza Newman no evento de 2008)

suas demandas – os que padecem de dor.

Sensibilizados com o problema, não esmoreceremos na luta para vencê-lo, ou pelo menos, amenizá-lo. Nesse front da batalha por vencer, temos contado com todos os que fazem a AF e seu “Comitê de Controle da Dor”: médicas, farmacêuticas e enfermeiras que de mais perto, vivem o problema e se negam a perder a batalha.

Vamos continuar lutando. E, com a mesma bandeira de 2007, porque queremos em “Pernambuco Todos sem Dor”.



CAAP

A Coordenação de Avaliação e Autorização de Procedimentos, da SAF, foi criada em fins de 2009, e tem como se auto-define, a valiosa e trabalhosa tarefa de intermediar os pontos extremos da ação socio-científica da Assistência Farmacêutica: o paciente e o medicamento; zelando pela correta orientação do usuário. Buscando o uso racional do medicamento de que aquele depende para cura e/ou alívio dos males que o trazem a AF.

Coordenada nos seus primeiros meses de atividade pela farmacêutica Olga Vaz; teve em seu comando entre maio de 2010 e dezembro de 2011, a Dra. Amanda Figueiredo. Estagiária da CAAP, Maria Amélia Brito – concluído seu curso de Farmácia – foi contratada, assumindo posteriormente a Coordenação que hoje divide com Dra. Mariane Brito, também (valorizando a “prata da casa”), ex-estagiária.



Mariane e Amélia (Brito é só coincidência)



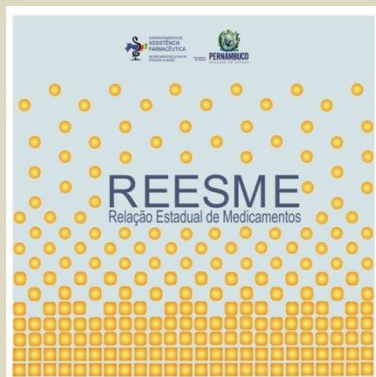
Amélia e parte da equipe



As duas coordenadoras com um grupo maior da CAAP

Publicações da SAF

Edição: GEPAF/CEFT



A Relação Estadual de Medicamentos tenta racionalizar a oferta e dispensação de medicamentos aos pacientes do Sistema Único de Saúde, balizando-as em função da demanda estabelecida por prescrições médicas. Resultou de ampla pesquisa de campo e demorada discussão científica com profissionais diretamente ligados à assistência farmacêutica especializada, formada por profissionais, em sua grande maioria, dedicados. Na REESME – como dito pelo prefaciador – “se não vamos encontrar o remédio para Chronos, pois que o ‘tempo (como é natural e universal, não para) sem remédio na farmácia’, mesmo na de um poeta como Mauro Mota, verdadeiro farmacêutico da sensibilidade; encontraremos muitas fórmulas e formas de remediá-lo, ou às doenças que o fazem mais difícil de vencer...” A proposta é de bem servir a um número cada vez maior e mais exigente de participantes do sistema público de saúde – no sentido de universal – mais inclusivo e abrangente do mundo.

Deve-se ao Dr. Jean Batista de Sá, quando ocupou a Coordenação Estadual de Farmácia e Terapêutica, antes mesmo de sua instalação plena, o comando dos trabalhos de discussão e redação da REESME, Relação Estadual de Medicamentos de Pernambuco. Ela cobre todos os “componentes” da SAF e destina-se – inicialmente – a farmacêuticos e usuários das “Farmácias de Pernambuco” e das Farmácias públicas de cada um e de todos os nossos municípios. Em um segundo momento, retomando estudos já iniciados, poder-se-á incluir – em publicação à parte – os medicamentos de uso nas farmácias dos hospitais públicos do Estado.

Escreveu Dagoberto Carvalho Jr., no prefácio da publicação de que se trata, que a tal apresentação era um “começo de conversa porque não deixa de ser conversa e cordial – como, de resto, deveriam ser todas as comunicações entre agentes do Serviço Público e seus usuários – este *Guia*. Ele define como ‘estratégicos’, os medicamentos direcionados a determinadas patologias, como endemias e outras doenças mais prevalentes em nossa região. Destina-se, portanto, a médicos, farmacêuticos, enfermeiros, agentes de saúde e a todos os que, de algum modo e em situações específicas, estejam revestidos de função assistencial. E, naturalmente, a todas as pessoas envolvidas no processo ‘saúde’, como o usuário de medicamentos, seu cuidador(a) e representante. É outra linha direta de comunicação com a Farmácia.

Estão entre as patologias alcançadas pelo *Guia* que se apresenta: Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose, Leishmaniose, Dengue, entre outras tantas que a correta leitura do pequeno volume vai mostrar e esclarecer. É disso que todos precisamos para uniformizar linguagens e aclarar entendimentos.

Com este pequeno serviço, temos certeza de haver dado mais um passo no caminho – que todos queremos largo e sem percalços – do Sistema Único de Saúde, SUS, pelo qual todos trabalhamos.



Crédito editorial: GEPAF/CAAF



Resumo

Introdução

osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com consequente aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade a fraturas.

Código Internacional da Doença (CID-10)

- M80.0 Osteoporose pós-menopáusica com fratura patológica
- M80.1 Osteoporose pós-ooforectomia com fratura patológica
- M80.2 Osteoporose de desuso com fratura patológica
- M80.3 Osteoporose por má absorção pós-cirúrgica com fratura patológica
- M80.4 Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
- M80.5 Osteoporose idiopática com fratura patológica
- M80.8 Outras osteoporoses com fratura patológica
- M81.0 Osteoporose pós-menopáusica
- M81.1 Osteoporose pós-ooforectomia
- M81.2 Osteoporose de desuso
- M81.3 Osteoporose devido a má absorção pós-cirúrgica
- M81.4 Osteoporose induzida por drogas
- M81.5 Osteoporose idiopática
- M81.6 Osteoporose localizada
- M81.8 Outras osteoporoses
- M82.0 Osteoporose na mielomatose múltipla
- M82.1 Osteoporose em distúrbios endócrinos
- M82.8 Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte.

Medicamento

- Carbonato de cálcio: comprimidos de 1.250 mg.
- Calcitriol: cápsulas de 0,25 mcg.
- Carbonato de cálcio + colecalciferol: comprimidos de 500 mg + 400 UI.
- Carbonato de cálcio + colecalciferol: comprimidos de 600 mg + 400 UI.
- Alendronato de sódio: comprimidos de 10 e 70 mg.
- Risedronato de sódio: comprimidos de 5 e 35 mg.
- Raloxifeno: comprimidos de 60 mg.
- Estrógenos conjugados: comprimidos de 0,3 mg.
- Calcitonina: spray nasal com 200 UI/dose ou ampola injetável de 50 e 100 UI.
- Pamidronato dissódico: pó liofilizado para solução injetável de 30 mg e 60 mg.

Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste Protocolo mulheres na pós-menopausa e homens com idade igual ou superior a 50 anos que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo (11,13):
fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra (clínica ou morfométrica), comprovada radiologicamente;
- exame densitométrico com escore T igual ou inferior a -2,5 no fêmur proximal ou coluna;
- baixa massa óssea (escore T entre -1,5 e -2,5 no fêmur proximal ou coluna) em paciente com idade igual ou superior a 70 anos e "caidor" (2 ou mais quedas nos

últimos 6 meses).

Por fratura de baixo impacto entende-se as decorrentes de queda da própria altura ou menos.

Critérios de Exclusão

Serão excluídos pacientes que apresentarem hipersensibilidade, contraindicação ou intolerância a medicamento preconizado neste Protocolo.

7 Casos Especiais

Pacientes com plano de início e manutenção de tratamento com glicocorticoides em dose superior a 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses têm indicação de tratamento (2).

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

Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica

Solicitação inicial

Densitometria Óssea recente (1 ano no máximo);
Dosagem de Cálcio;
B-HCG(Mulheres em idade fértil)
Para Risedronato, Calcitonina e Raloxifeno (incluir):
Taxa de Filtração Glomerular(TFG) ou Clearance de Creatinina.

Renovação anual

Para todos os medicamentos:
Densitometria Óssea – a cada ano de tratamento;
Dosagem de Cálcio – apresentar a cada ano.

Protocolo completo no site do Ministério da Saúde:

www.saude.gov.br/ceaf

Localização no site:

PCDT

+Leia mais

2014

Osteoporose (Republicado em 09/06/2014)

Resumo

A doença tromboembólica venosa (TEV) é uma importante causa de morbidade e mortalidade obstétrica, mas a verdadeira incidência da trombose venosa profunda (TVP) durante os períodos de gestação e pós-parto ainda não está totalmente estabelecida. De modo geral, pode-se afirmar que na gestante existe um risco seis vezes maior de ocorrência do tromboembolismo venoso e que a TVP incide em 1 a 2 casos por 1.000 gestações.

Código Internacional da Doença (CID-10)

- O22. 3 – Flebotrombose Profunda na Gravidez
- I80.2 – Flebite e Tromboflebite de Outros Vasos Profundos dos Membros Inferiores
- D68.2 - Deficiência hereditária de outros fatores de coagulação
- D68.4 - Deficiência adquirida de fator de coagulação.

Medicamento

Enoxaparina sódica solução injetável 40 mg 0,4mL
Enoxaparina sódica solução injetável 60 mg 0,6mL

Critérios de Inclusão

- Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
- Residir no estado de Pernambuco;
- Diagnóstico de realizada por médico especialista (Vascular, Ginecologista/Obstetra e Hematologista) e confirmado pelos exames obrigatórios.

Critérios de Exclusão

- Não atendimento aos critérios de inclusão;
- Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
- Sangramento ativo, úlcera péptica ativa, hipertensão arterial sistêmica não controlada (maior que 180 / 110 mmHg), coagulopatia (plaquetopenia ou INR maior que 1,5) , alergia ou plaquetopenia por Heparina, insuficiência renal (exame de uréia e creatinina – caso necessário solicitar clearance de creatinina para confirmação), cirurgia craniana ou ocular há menos de 2 semanas, coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) em menos de 24 horas ;
- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) – com hemorragia à Tomografia Computadorizada (TC) ou • Ressonância Magnética (RM);
- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) - tratamento permitido somente a partir do 10º dia pós ictal após estabilização clínica e tomográfica;
- Na Trombose Venosa Profunda (TVP): Sinais de embolia pulmonar, sangramento recente, cirurgia de grande porte nas duas últimas semanas, disfunção renal e plaquetopenia induzida por Heparina.

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

- Ultrassonografia com demonstração de feto/embrião;
- Ultrassonografia com Doppler de membros inferiores (Apenas para o CID I 80.2);
- Tempo de Protrombina e atividade enzimática (TPAE e INR),
- Tempo de Ativação Parcial da Tromboplastina (TPPA ou KPTT)
- Hemograma com plaquetas;
- Uréia e Creatinina;
- Avaliação Clínica.

Renovação

- Hemograma com plaquetas;
- Tempo de Protrombina e atividade enzimática (TPAE e INR),
- Tempo de Ativação Parcial da Tromboplastina (TPPA ou KPTT)
- Uréia e Creatinina;
- Avaliação Clínica.



TEMPO DA FARMÁCIA

IV Encontro de Assistência Farmacêutica (enquanto preparamos o IX EPAF, recordamos os Encontros Farmacêuticos que o antecederam)

Realizou-se nos dias 25 e 26 de maio, no Centro de Convenções, em Olinda, o IV Encontro Pernambucano de Assistência Farmacêutica e VII Jornada Pernambucana de Farmácia Hospitalar, idealizado pelo Dr. José de Arimatéa Rocha Filho, competente e dinâmico Superintendente da Assistência Farmacêutica do Estado, em co-realização do Conselho Regional de Farmácia, Associação Farmacêutica e Sindicato profissional; com o apoio do LAFEPE e do Ministério da Saúde.

Ao “fazer a louvação do que deve ser louvado”, como disseram em versos antológicos da música popular brasileira os poetas e cantores tropicalistas Gilberto Gil e Torquato Neto – este, conterrâneo de Arimatéa Rocha e do signatário da memória do evento científico – impõe-se o reconhecimento e o registro das conquistas que se vêm somando, neste segmento da Secretaria Estadual, para a afirmação do Sistema Único de Saúde. Para a humanização dos serviços que, em nome do SUS e pelo SUS, se vem garantindo aos cidadãos de um modo geral e, em particular, aos mais carentes. Aos que demandam a dispensação responsável de medicamentos: do básico ao excepcional. Para isso, para traduzir, na prática, essas conquistas – excepcionais, como a maior parte dos medicamentos que faz chegar aos menos assistidos e mais necessitados – desfraldou-se a bandeira vitoriosa da “Farmácia de Pernambuco”, verdadeira marca registrada da Assistência Farmacêutica, em sua sede metropolitana da Rua do Padre Inglês, e nas regionais de Caruaru, Petrolina, Arcoverde e Garanhuns. A Superintendência continuará tentando, na medida das disponibilidades, estender o alcance benéfico de seus serviços a todos. Sobretudo, aos mais pobres e mais distantes.

As homenagens começaram pelo segmento dos usuários, distinguidos nas pessoas de dois de seus representantes, os senhores Reinaldo

César e Silva e José Veloso da Silva, presidentes – respectivamente – da organização Companheiros do Renal Crônico, e da Associação de Parkinson. A eles, os agradecimentos pelo apoio à “Farmácia de Pernambuco” e, de modo especial, ao Projeto Farmácia Itinerante, com o qual se vem conseguindo a melhoria do atendimento, levando o remédio ao usuário em sua própria residência ou, em alguns casos, aos locais de aplicação.

Outra agraciada foi a farmacêutica Márcia Maria Santiago, reconhecida sua grande experiência na área hospitalar e a significativa colaboração emprestada à “Farmácia de Pernambuco” na fase de implantação da Unidade do Agreste, em Caruaru.

Por último, mas não na escala do merecimento, como traduz, por inteiro, a expressão inglesa “last but not least”, foram homenageados os Centros de Referência e os Comitês Técnicos de Farmácia e Terapêutica – com os quais trabalhamos diretamente – na pessoa da médica Elcy de Andrade Falcão, fundadora, em 1979, da Associação Pernambucana do Diabético Jovem. Sem esquecer que APDJ é o núcleo histórico do Centro de Referência em Endocrinologia Infantil, do Hospital da Restauração. Integrante, também, do Comitê da especialidade, Elcy Falcão está entre os médicos colaboradores da Assistência Farmacêutica, “convocados” à função honorífica pela Portaria nº 75, de 16 de maio de 2003, que os implantou oficialmente. A todos eles, os agradecimentos da Superintendência e da própria Secretaria de Saúde.

Se espaço houver, para nomes, registrem-se, pela proximidade no dia-a-dia do trabalho – e no evento – os de Selma Machado, Élide Arruda, Sérgio Antunes, Ítala Nóbrega, Silvana Maggi, Daniela Monteiro, Demóstenes Cavalcanti e André Silva.

Descentralização da Assistência Farmacêutica alcança interior



Solenidade de abertura da reunião de Santa Maria da Boa Vista, destacando-se o Superintendente Jean Batista de Sá, da Assistência Farmacêutica de Pernambuco e Rosalva Perazzo, diretora da Farmácia de Pernambuco Unidade Petrolina

Aprovada pelo Conselho Intergestores Regional de Saúde – em reunião de que foi expositora a farmacêutica Rosalva Perazzo – foi inaugurada em 15 de abril de 2014, a Farmácia Itinerante do município de Santa Maria da Boa Vista. Com isso a VIII Regional antecipa-se na política de descentralizações das ações de sua Farmácia de Petrolina.

Também presente, Dr. Sérgio Antunes, Gerente de Organização e Administração das Farmácias de Pernambuco.



Medicamentos acondicionados para distribuição, com nomes dos destinatários

Auditório da Câmara Municipal de Santa Maria da Boa Vista, espaço em que se realizou o evento farmacêutico.

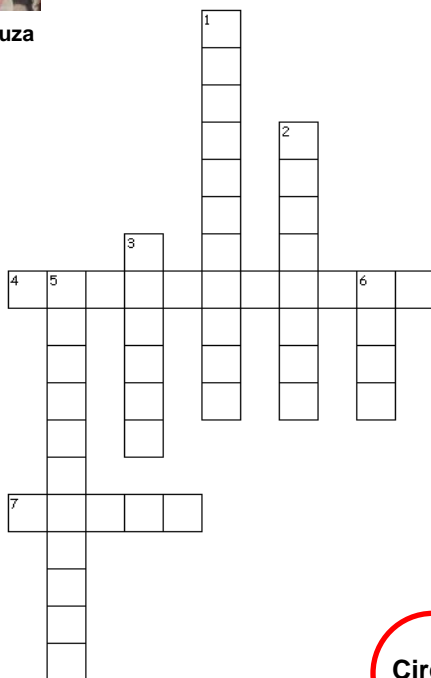




Mônica de Souza

Entretenimento

Palavras Cruzadas



Caça Palavras

Dica: 2 alimentos ricos em vitamina D.

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

Dicas p/ palavras cruzadas:

- 1- Programa Nacional de Qualificação da AF.
- 2- Sexo mais vulnerável a Osteoporose.
- 3- Relação Estadual de Medicamento.
- 4- Medicamento contemplado na Norma Técnica de Osteoporose, Ácido...
- 5- Doença caracterizada por uma diminuição da resistência óssea.
- 6- Setor responsável pela avaliação e autorização de procedimentos.
- 7- Sistema Nacional de Gestão da AF

Circule as imagens que representam alguns fatores de risco para Osteoporose



Mulher raça branca



Exercícios



Sedentarismo



Caminhada

Se liga na prevenção da osteoporose

- Se você leu Doença e Tratamento, ligue as dicas corretas de prevenção a Osteoporose ao desenho de osso forte



- 1- Assegurar uma dieta nutritiva e com adequada ingestão de cálcio
- 2- Nunca tomar sol
- 3- Evitar um baixo índice de massa corpórea
- 4- Fazer exercício apenas uma vez por semana
- 5- Manter um adequado suplemento de vitamina D
- 6- Prática de atividade física regular
- 7- Beber pouca água
- 8- Evitar tabagismo e excesso de bebidas alcoólicas

Caça Palavras: Leite e
Palavras cruzadas
Queijo:
Circule as imagens:
Mulher raça branca e
Sedentarismo.
Se liga na prevenção da
osteoporose: Opções
6- CAAP
7- HORUS
Respostas
corretas: 1 - 3 - 5 - 6 - 8

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**