

Revista

FARMÁCIA & TERAPÊUTICA

EM FOCO



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Coordenação de Educação e Treinamento

7^a edição
Setembro / 2014

F & T em foco – Destaques:

Protocolos Clínicos

Normas Técnicas

Doença & tratamento

Educação e Saúde

Entrevista

Lupa de Ouro

Entretenimento



À espera do EPAF

Passados o São João e a Copa do Mundo; aquele, como sempre, pernambucamente alegre e teluricamente festivo; a Copa perdida para seleções de futebol tecnicamente mais preparadas; resta-nos a certeza de haveremos vivido – em intensidade – os dois eventos que marcaram a vida brasileira e, nordestina, em particular, no segundo trimestre do ano que passa, animado ainda por eleições estaduais e federal. Assim é a vida e assim a vamos vivendo e aprendendo a viver.

No plano que mais diretamente nos diz respeito – o da Assistência Farmacêutica e sua circunstância – preparamo-nos para o IX Encontro Pernambucano da Assistência Farmacêutica e IV de seus colaboradores, a realizarem-se, concomitantemente, no Centro de Convenções de Pernambuco, dias 11 e 12 do novembro que se aproxima.

Realização da SAF, o evento por sua envergadura e alcance nacional, já tem lugar de destaque na vida médico-assistencial do Estado, projetando além fronteiras o nosso trabalho pela solução dos problemas locais e, de algum modo, exportando as experiências exitosas aqui vividas. Também – é justo que se registre – temos contado com a imprescindível colaboração da Associação Farmacêutica de Pernambuco, que homenageamos na pessoa de seu dinâmico presidente, Dr. Clayton Anderson de Azevedo Filho; do Conselho Regional de Farmácia – à frente o Dr. Bráulio César e da própria Secretaria Estadual de Saúde, hoje comandada pela Dra. Ana Maria César Martins de Albuquerque. Juntos, temos conseguido fazer mais forte e levar mais longe nossa Assistência Farmacêutica.

Sobre o EPAF, em fase de organização que envolve e motiva toda uma equipe de trabalho da SAF, a frente Dr. Arimatea Rocha, esta edição da Revista traz as primeiras e mais “quentes” notícias; destacadas as colaborações do referido ex-superintendente e Dr. Clayton. Aquele, criador do vitorioso evento que anualmente reúne centenas de profissionais da área, não só de Pernambuco, como de outros estados da federação. Clayton Anderson, como entusiasta da grande realização e um dos responsáveis por

sua viabilização, no que respeita aos imprescindíveis patrocínios. Há destacar, ainda, página do colaborador Marcos Tormente, sobre minicursos realizados no EPAF.

Chegamos – vitoriosos – à edição de nº 7 da revista “Farmácia & Terapêutica em foco”, justamente no momento em que a Revista – enquanto órgão de comunicação e divulgação; inicialmente, da CEFT; agora, da própria SAF – experimenta o reconhecimento de ver-se “reunida” em “livro”. Um volume impresso juntando os sete números eletronicamente publicados e acessados pelo seu universo de leitores, representado por farmacêuticos, médicos e usuários do Sistema Único de Saúde. A depender dos que a fazemos, queremos sempre ir mais longe.



Comissão Editorial

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



Índice

4- Entrevista

6- Doença e Tratamento

9- Lupa de ouro

10- Exemplos que constroem

11- Educação e Saúde

12- Assistência Farmacêutica / História em construção

13- Atenção Básica em Movimento

14- Protocolo Clínico –

15- Norma Técnica – Osteoporose

16- Memórias – Tempo da Farmácia





17- Evento em destaque

19- Opiniões

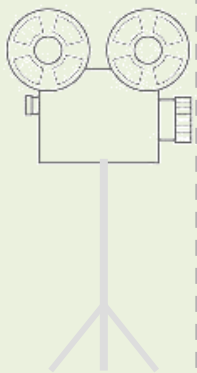
20- Calendário Afetivo

21- Comportamento

22- Entretenimento



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



Entrevista de Dr. Jean Batista de Sá, novo titular da Superintendência de Assistência Farmacêutica, a Dagoberto Carvalho Jr., Selma Machado e Mônica de Souza, pela Comissão Editorial.

Revista Farmácia & Terapêutica:

Não podemos dizer que o Senhor está chegando à Superintendência de Assistência Farmacêutica, porquanto já fazia parte do grupo dirigente como Gerente de Ações Judiciais. Também havia passado – ainda que por pouco tempo – pela CEFT. Como essa experiência o preparou para o exercício da Superintendência?

Dr. Jean:

Acredito que todos que recebem um convite para uma missão tão nobre e árdua, inicialmente não se sente preparado, independente das experiências técnicas e administrativas já conquistadas. Porém, conhecer a equipe de trabalho ajuda na tomada de decisão, mas sabemos que conhecer apenas duas destas unidades, não preenchem os requisitos para o desafio. No entanto, também contamos com todo o histórico destas quase duas décadas de assistência farmacêutica e trabalhos desenvolvidos, seja com farmacêutico, coordenador em unidades hospitalares: pública e privada, experiências em municípios, docência na UFPE, comissões e principalmente a importância de trabalhar em equipe para conquistar as metas do plano estadual de saúde.

Revista F & T:

Como encontrou a SAF que, de algum modo, ajudou a construir?

Dr. Jean:

A SAF se apresenta como um grande legado, por conseguinte um tremendo desafio, pois já temos 14 Farmácia de Pernambuco, 17 Farmácias de Pernambuco Parcerias com município e hospital, atendendo a cerca de 37 mil pacientes, logo uma assistência farmacêutica com ampliação de acesso, interiorização e fortalecimento dos componentes: básico, estratégico e especializado. Não deixando de registrar um grande número de funcionários e atividades.



(continuação)

F & T:

Se pudesse eleger uma área para concentração de esforços de sua gestão, qual seria ela?

Dr. Jean:

Se pudéssemos eleger apenas uma área de concentração com toda energia, com certeza, seria o atendimento aos pacientes, pois conhecemos a fragilidade e relevância do tema. No entanto, sabemos que para atingir esta meta faz-se necessário a integração de todas as forças e conhecimento, desde recepção das farmácias às gerências da SAF, a fim de alcançar o foco e que perfaz por todo ciclo da assistência.

F & T:

Alguma orientação para nossa Revista “Farmácia & Terapêutica em foco”? Como a vê no panorama da SAF?

Dr. Jean:

Depende, pois estamos em busca de manter a rota e não perder a velocidade, mas o momento é de instabilidade e estamos em busca de continuar com a busca pelo acesso e interiorização: funcionamento provisório da Farmácia de Pernambuco – Palmares, enquanto aguardamos a conclusão da obra, assim como realizamos a Farmácia Itinerante nos municípios de Santa Maria da Boa Vista e Cabrobó, e mais uma Farmácia de Pernambuco Parceira – Pesqueira em funcionamento. Estamos ampliando a Farmácia de Pernambuco Metropolitana na área de recepção e renovação de documentos. Por fim, estamos avaliando o organograma e planejando alterações para favorecer a tomada de decisão e agilidade das ações.

F & T:

Temos acompanhado o seu empenho no sentido de garantir as conquistas da SAF. Já temos novidades na área?

Dr. Jean:

Sim, vamos focar ainda mais em nossos funcionários, pois precisamos apresentar toda a nossa equipe que faz a assistência farmacêutica, independentemente da função que desempenha vamos destacar a importância e o respeito pelo seu trabalho. Também estaremos destacando as Farmácias de Pernambuco e os novos serviços incorporados, não deixando a missão do uso racional de medicamentos e o de cuidar de pessoas.

Percebo que aos poucos a Revista “Farmácia & Terapêutica em foco” está sendo incorporada no dia a dia de todos nós, seja da equipe da SAF ou de outros serviços, inclusive já sendo aguardada, logo o reconhecimento pelo sério e alegre trabalho desenvolvido por esta comissão editorial.



Jean Batista de Sá e entrevistador ao término do evento.



Doença & Tratamento

Transplante Renal

Dr. Amaro Medeiros de Andrade.

Coordenação Administrativa da
Unidade Geral de Transplante e Nefrologia
Coordenação do Projeto de Tutoria de Transplante MS/IMIP

O primeiro transplante renal experimental bem sucedido foi relatado por Ulmann em 1902. Seu trabalho descreve a realização de um autotransplante de um rim de cachorro da sua posição normal para os vasos do pescoço, que resultou na formação de urina. Em Lyon, o departamento dirigido por Mathieu Jaboulay descreveu em 1906 o primeiro transplante humano implantando rins de porco e cabras nos braços e pernas de pacientes com insuficiência renal. As técnicas de sutura vascular desenvolvidas por seu assistente Alexis Carrel são a base da técnica cirúrgica utilizada até hoje. O cirurgião ucraniano Yu Yu Voronoy em 1933 descreveu o que seria o primeiro transplante renal entre humanos anastomosando os vasos do órgão aos vasos femorais do receptor portador de insuficiência renal aguda. Ao longo de três anos ele realizou seis desses transplantes e embora nenhum tenha funcionado definitivamente, os vasos anastomosados estavam permaneceram pervios.

Na década de 40 os estudos de Gibson e Medawar demonstram claramente que a rejeição dos transplantes de pele se deve a um processo imunológico, e que a imunidade específica é duradoura. Esse fenômeno foi constatado ao se observar que um segundo transplante do mesmo doador era rejeitado mais precoce e agressivamente que o primeiro.

A ideia de se tratar pacientes com insuficiência renal crônica através do transplante era um sonho dos médicos desde o início do século XX. As primeiras aplicações práticas de enxertos entre indivíduos não relacionados e gêmeos idênticos, foram realizadas no Peter Bent Brigham Hospital em Boston, pelos pesquisadores Hume, Murray e Merrill. Alguns enxertos funcionaram por mais

tempo do que o esperado, e foi proposto pelos pesquisadores do Brigham que a uremia deprimia a resposta imunológica. Desde então ficou estabelecido que qualquer doença crônica poderia enfraquecer a resposta imunológica. O sucesso do transplante entre gêmeos idênticos em Boston (Murray 1958) deixou claro que a técnica cirúrgica era confiável e esta confiança foi reforçada ao longo dos anos, com a sobrevida destes transplantes por mais de 25 anos.

Hoje, o transplante renal é considerado a melhor forma de tratamento para a doença renal terminal, pois oferece uma melhor sobrevida e uma melhor qualidade de vida aos pacientes. A imunossupressão para os transplantados, no entanto, rapidamente mostrou-se um problema de difícil solução, uma vez que, realizar um transplante renal entre indivíduos não idênticos sem administrar agentes imunossupressores, invariavelmente leva a rejeição e perda enxerto. Logo, existe a necessidade de instalação de um regime de imunossupressão para praticamente todos os transplantados renais. Algumas considerações são fundamentais para a escolha do adequado regime a ser utilizado.

O risco de rejeição e perda do enxerto é maior nos primeiros três meses pós transplante, e desta forma, a imunossupressão deve ser maior neste período. No entanto, a ocorrência de efeitos colaterais como infecção e câncer, está correlacionada com a intensidade da imunossupressão administrada, logo é essencial que ela seja reduzida entre seis e 12 meses.

A Sobrevida do enxerto varia em função de características clínicas do receptor e do órgão. A imunossupressão deve ser

Transplante Renal

adaptada para que não influencie de forma negativa sobre esses fatores, determinando uma menor sobrevida. As características imunológicas do paciente como grau de sensibilização, retransplante e compatibilidade com doador, além de fatores como risco de recorrência da doença de base, tem necessariamente, de ser analisadas na escolha dos regime.

A grande maioria dos centros transplantadores, utiliza um regime imunossupressor com três drogas (tríplice terapia) com um inibidor da calcineurina(iCAL), um antimetabólico, um inibidor do mTOR(imTOR), e esteróides como a prednisona(PRED), que atuam em fases diferentes da resposta imunológica e têm portanto ação sinérgica.

A Ciclosporina(CYA) e o tacrolimus(TAC) são classificadas como iCAL e são os principais pilares da imunossupressão no transplante de órgãos sólidos. A introdução da CYA na década de 80 elevou a sobrevida do enxerto em cerca de 20%, e diminuiu para menos de 20% a incidência de rejeição aguda. Seu mecanismo de ação caracteriza-se por uma inibição seletiva da resposta imune. Eles não inibem a resposta fagocitária dos neutrófilos como os esteróides, e não são mielossupressores como os antimetabólicos. Os eventos de superfície celular e de reconhecimento de antígenos também permanecem intactos. A inibição da Calcineurina impede a expressão de citocinas que promovem a ativação da célula T como a IL-2, IL-4, IFNY e TNF α . Os pacientes em uso dessas drogas têm um grau de resposta imune suficiente para combater as infecções, sem no entanto apresentarem episódios de rejeição e perda do enxerto. O nível sérico destas drogas de ser monitorado, já que um dos seus principais efeitos colaterais é a nefrotoxicidade

A azatioprina(AZA) é um antimetabólico derivado da 6-mercaptopurina, e tem sido usada no transplante renal há mais de 40 anos. Trata-se de um análogo da purina que é incorporado ao DNA, interferindo na sua síntese. A AZA não previne a ativação, mas

inibe a replicação da célula T. Esse medicamento é também um depressor medular amplo, inibindo a diferenciação dos promielócitos que são precursores da resposta imunológica primária, resultando no bloqueio do início do episódio de rejeição. No entanto, é inefetivo na terapia de episódios de rejeição aguda. Os principais efeitos colaterais da AZA são hematológicos, e a monitorização da leucometria é obrigatória. Ocasionalmente pode acontecer hepatite colestática e pancreatite, e nesses casos seu uso deve ser descontinuado.

O Micofenolato de Mofetila (MMF) foi introduzido na prática clínica em 1995, quando uma série de trabalhos mostrou que ele era mais efetivo que a AZA para prevenir episódios de rejeição aguda em transplantados renais, quando associados à CYA e PRED. O MMF é uma pró droga, e seu principio ativo é o ácido micofenólico(MPA), um produto da fermentação de diversas espécies de *Pinicillium*. O radical mofetila serve apenas para aumentar sua biodisponibilidade oral. O MPA é um inibidor reversível da enzima inosina monofosfato desidrogenase(IMPDH). A IMPDH é uma enzima critica na síntese “*de novo*” de purinas e cataliza a formação de guanosina a partir da inosina. A depleção da guanosina pelo MPA é restrita aos linfócitos e nesse ponto difere da AZA. Também tem um mecanismo de ação diferente dos iCAL por não afetar a produção de citocinas nos eventos mais próximos ao reconhecimento dos anticorpos. *In Vitro* o MPA bloqueia a proliferação de células T e B, inibe a formação de anticorpos e a geração linfócitos T citotóxicos, além de diminuir a expressão de moléculas de adesão nos linfócitos, prejudicando sua capacidade de ligação ao endotélio vascular. Os efeitos colaterais mais frequentes são no trato gastrointestinal. Diarreia ocorre em cerca de um terço dos pacientes. Náuseas, vômitos e dispepsia em cerca de 20%. Esofagite intensa e hemorragia gástrica são relatadas em 5% dos casos. Apesar do perfil relativamente específico das ações do MPA nos linfócitos,.

Transplante Renal

leucopenia, plaquetopenia e anemia ocorrem na mesma frequência que a AZA. Em 2004 uma formulação de degradação entérica, o micofenolato de sódio foi introduzido no mercado, porém não foram constatados benefícios expressivos dessa droga em relação ao MMF quanto à incidência de efeitos colaterais.

Os esteróides têm uma posição central no transplante de órgãos. A despeito de longa experiência, atualmente não existe um consenso geral para a sua utilização. Os efeitos difusos dos esteróides refletem a existência de receptores para essas drogas em quase todos as células humanas. Sua principal ação imunossupressora é o bloqueio da produção de citocinas e da expressão dos seus receptores pelas células T e células apresentadoras de antígenos resultando num bloqueio de todos os estágios da ativação celular. Seus efeitos colaterais são bem conhecidos e refletem a sua profunda ação antiinflamatória, hormonal e imunossupressora em diversos tecidos alvos.

Outra classe de imunossupressores utilizados no transplante renal, é a dos inibidores da mTOR(imTOR). A mTOR, mamliam target of rapamycin, é uma quinase regulatória fundamental no processo de divisão celular. O Sirolimus(SRL) e o Everolimus(EVR) são os representantes desse grupo. O mecanismo de ação dos imTOR é distinto dos iCAL apesar de se ligarem a uma proteína do citoplasma idêntica a que o TAC se liga, sem no entanto bloqueá-la. Os imTOR reduzem a proliferação celular da fase G1 a fase S do ciclo de divisão, afetando tanto células hematopoiéticas quanto não hematopoiéticas. Os efeitos colaterais mais importantes se correlacionam com o bloqueio da divisão celular, comprometendo a cicatrização tecidual, além de pneumonite e distúrbios no metabolismo de glicose e gorduras. Por serem anti-proliferativos, essas drogas têm sido usadas para diminuir a progressão de tumores e obstrução de stent coronariano.

Apesar dos avanços e de todas essas classes de drogas disponíveis, sem falar das drogas ditas indutoras como o basiliximab e a thymoglobulina, a perfeita combinação ainda resta a ser descrita. A minimização da imunossupressão pode diminuir a incidência de infecções graves que são determinantes na sobrevida do paciente, porém pode aumentar a incidência de rejeição. Por outro lado, o uso de drogas imunossupressoras cada vez mais potentes leva a balança entre rejeição\infecção, a pesar para lado das infecções aumentando a mortalidade. Os esquemas de imunossupressão ainda não são ideais, e apenas conseguiram diminuir a incidência de rejeição no primeiro ano de transplante não sendo capazes de modificar a incidência de rejeição crônica que é responsável por 50 % das perdas de enxerto nos principais centros transplantadores.

ULMANN, E; Wien. Klin. Wochenschl. , 15 – 281 (1902)

JABOULAY, M; Bull. Luon Mede., 107, 575 (1906)

VORONOV, Yu Yu; Siglo Med., 97, 296 (1936)

MURRAY, J.E.; Etalli Ann Surg., 148, 343 (1958)

MORRIS P. J.; Kidney Transplantation - Fourth Edition

DANOVITCH, G; Handbook Of Kidney Transplantation, 2010 – Fifth Edition



Hospital Pedro II / IMIP



Coordenação de Farmácia e Terapêutica
Coordenação de Farmácia e Terapêutica

A Revista **F&T em foco** homenageia
– com a Lupa de Ouro – o
Dr. Jean Batista de Sá

Nosso homenageado do terceiro trimestre de 2014 é o Dr. Jean Batista de Sá, atual gestor da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF/SES). Farmacêutico pela Universidade Federal de Pernambuco, turma de 1997, Dr. Jean é dos tais profissionais talhados para a pesquisa acadêmica; vocação a que soma rica experiência, também, na área assistencial. Nos dois campos, tem tido marcada presença, a que se veio somar – agora – a de responsável maior pela Assistência Farmacêutica no Estado de Pernambuco.

Tem especialização e mestrado em “Morfologia” e especialização em “Gestão e Planejamento em Serviços Farmacêuticos” (Residência Farmacêutica) curso este, concluído em 2001. No mesmo ano concluiu o Mestrado em “Morfologia”, pela UFPE, tendo dissertado



sobre “Análise de imagem computadorizada para quantificação da ploidia de DNA em carcinomas ductais da mama”. MBA em Administração, pela Universidade de Pernambuco, com o projeto de “Criação de um centro de manipulação de quimioterápicos”. Em 2006 fez o “Curso de Gestão Pública com foco em resultados” (Escola de Governo de Pernambuco).

É farmacêutico dos Hospitais Otávio de Freitas e Barão de Lucena, Oswaldo Cruz (Universitário), tendo passado também, pelo Maternidade Bandeira Filho, da Prefeitura do Recife (2004/05). Seu vasto trabalho na especialidade valeu-lhe Diploma de Honra ao Mérito, do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco.

Foi Professor Substituto, de Farmácia, da Universidade Federal de Pernambuco, entre os anos de 1998 e 2000; tendo realizado pesquisas na Secretaria Estadual de Saúde, de 2005 e 2015.

Na Superintendência de Assistência Farmacêutica, antes do comando geral (março de 2014) foi titular da Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica (CEFT) e da Gerência de Planejamento e Execução de Demandas Judiciais (GEPAJ).

A homenagem é o reconhecimento dos que fazemos a Revista “Farmácia & Terapêutica em foco” e, “lato sensu”, da própria SAF.

Exemplos que constroem



Daniele Cruz

Secretária da Superintendência – desde a administração Arimatea Rocha – Danielle Cruz consegue associar cordialidade e competência; características, também, de sua mãe, Graça Cruz, do Departamento de Pessoal da antiga FUSAM.



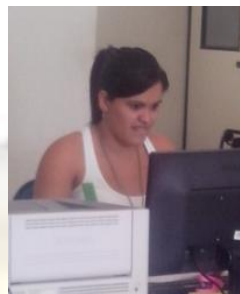
Carlos Antonio Alexandre

Há 24 anos na Assistência Farmacêutica, Carlos Antonio Alexandre Silva é também, um dos pioneiros da própria terceirizada, em cujo Cadastro consta seu nome com a matrícula 000044. Carlos, como é mais conhecido na AF presta seus relevantes serviços na (GMAS).



Mauricio da Silva

Tem 26 anos como colaborador da Casa, tendo por tanto, passado por diversos setores, como a Farmácia Itinerante. Atualmente trabalha no Estoque”.



Amanda Raquel

Colaboradora da Farmácia de Pernambuco, Unidade Agreste (Caruaru), Amanda Raquel é Verdadeiro exemplo de superação. Iniciou Suas atividades como ASG e hoje é coordenadora de atendimento da própria Farmácia. A Unidade de Caruaru apostou em acertada política de recursos humanos.



Cícero José da Silva

"Cícero José da Silva iniciou sua colaboração na Farmácia de Pernambuco / Afogados da Ingazeira, desde a implantação do serviço, em março de 2011. Exerce a função de recepcionista, realizando cadastros iniciais, renovações e a própria dispensação de medicamentos. Nos 4 anos de trabalho na Unidade Sertão do Pajeú, sempre dedicado, tem-se mostrado competente e atencioso no trato com pacientes e colegas colaboradores.



Marcos Tormente



Assistência Farmacêutica em Foco

No IX Encontro Pernambucano da Assistência Farmacêutica, as mini palestras serão inseridas na programação oficial do evento. Será o quarto ano em que estas fazem parte do encontro. Para isso será disponibilizado um pequeno auditório para as exposições das mini palestras, sendo convidados profissionais de diversas especialidades que fazem parte do dia-a-dia das atividades da Assistência Farmacêutica na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; onde todos contribuem para a melhoria da qualidade de vida do usuário no Estado.



VI EPAF (2011)

Nos eventos anteriores o que podemos notar é que a cada ano cresce o interesse pelas mini palestras, sobretudo por parte dos estudantes de Farmácia e visitantes das diversas faculdades. Alguns temas têm sido muito disputados e por consequência disso, pensamos realizar as palestras em outras oportunidades fora do período do evento, como foi o caso no ano passado das palestras proferidas pelo Farmacêutico Fitz Gerard Tenório, falando sobre o processo de licitação para compras de medicamentos e insumos; oportunidade em que demonstrou a alta complexidade de se efetuar a aquisição de medicamentos. Bem assim, aconteceu a participação do Dr. Marcelo Borges, administrador do Hospital Português que proferiu palestra sobre "Acreditação Hospitalar".

Estamos felizes com aceitação que estas mini palestras vem apresentando, considerando que o conteúdo da programação reflete as atividades diárias das instituições da saúde, bem como abrange áreas de interesse de boa parte da população que prestigia o evento. Isso agrega conhecimento ao público e qualidade ao EPAF.



VI II EPAF (2013)

Adm. Hospitalar/Sanitarista

Assistência Farmacêutica / História em construção

Atenção Farmacêutica

Assistência farmacêutica é, na mais absoluta acepção do termo, é o que o que fazem os profissionais da área quando atendem – diretamente – pacientes que os procuram para a complementação das orientações médico-assistenciais de que necessitam. As fotos que enriquecem esta página, mostram:



Ana Cláudia Florêncio, Farmácia de Pernambuco, Unidade Agreste / Caruaru



Rosalva Perazzo, Farmácia de Pernambuco, Unidade Sertão do São Francisco / Petrolina



Renatha Sobreira, Farmácia de Pernambuco, Unidade Recife



Marcos Quidute, Farmácia de Pernambuco, Unidade Sertão do Pajeu / Afogados da Ingazeira

Esta homenagem à Atenção Farmacêutica em nossas Unidades de atendimento (Farmácias de Pernambuco), não se limita aos que ilustram a página. Ela se estende a todos os nossos farmacêuticos que o fazem no Estado de Pernambuco.



Conceição Freitas

Atenção Básica em Movimento

A Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa) em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), promoveu a capacitação sobre o uso e a prescrição da Talidomida presente na Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, RDC nº11/2011.

O evento tem início terça-feira (05.08) às 08h30 no Recife Praia Hotel, localizado no Pina, Recife-PE, foi encerrada na quarta-feira (06.08) com carga horária de 16 horas de duração.

Destinado aos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, farmacêuticos, os coordenadores de Vigilância Epidemiológicas do Estado e municípios, fiscais de vigilância sanitária (estadual e municipais), o evento também teve a participação de profissionais que atuam nos hospitais públicos que dispõem o medicamento talidomida.

Os palestrantes, Lúcia Eichenberg Surita e Victor Vinícius Mendes Nolasco, técnicos da Coordenação de Produtos Controlados (CPCON) da Anvisa, expuseram sobre a aplicação da Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 11/2011 que aumenta o controle sobre a prescrição e o uso do medicamento Talidomida em todo o país. A Talidomida é usada no tratamento de algumas doenças e causa efeitos teratogênicos, ou seja, formação e desenvolvimento de deformidades físicas ou deficiências funcionais nos fetos em desenvolvimento. O treinamento teve como objetivo discutir e esclarecer as dúvidas de alguns pontos da RDC nº 11, uma vez que houve alterações significativas no fluxo da talidomida. Entre elas, destaca-se a retirada, pelo médico prescritor, do talonário da Notificação de Receita de Talidomida, que deve ser feita pessoalmente junto à autoridade sanitária competente, mediante preenchimento de ficha cadastral. As Unidades Públicas Dispensadoras também deverão ser credenciadas mediante o cumprimento de alguns requisitos, discriminados no Anexo I da RDC. Estão relacionadas também as

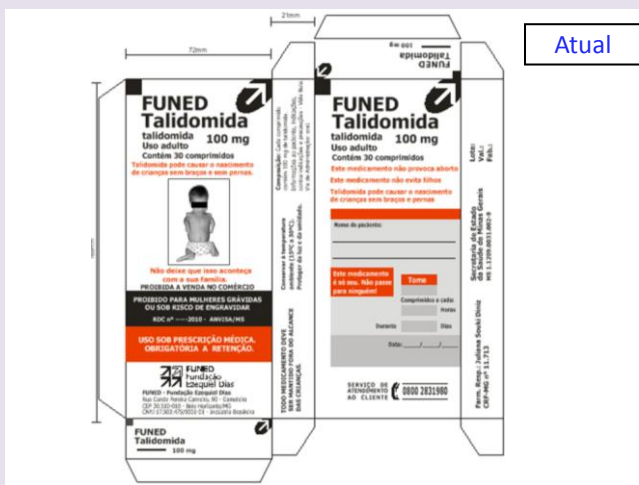
atribuições dos profissionais que lidam com a prescrição excepcional para mulheres em idade fértil e crianças e adultos em geral.

Na prescrição e na dispensação da talidomida estão envolvidos profissionais da equipe multidisciplinar de Saúde, médicos responsáveis pela prescrição e profissionais farmacêuticos

responsáveis pela dispensação. Em ambas as funções, as orientações aos usuários são exigências protetoras para que o medicamento seja utilizado com segurança. É necessário um trabalho integrado entre a prescrição e a dispensação para que sejam evitados os riscos que

o medicamento traz ao ser introduzido no ambiente familiar do usuário.

Alertamos aos farmacêuticos que leiam a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, RDC nº11/2011, e procurem se adequar a legislação. Em Agosto, iniciaremos reuniões com os municípios sobre o tema, começaremos no dia 14 de agosto com os municípios da I GERES.





Resumo

Introdução

Transplante é a transferência de células, tecidos ou órgãos vivos de um doador a um receptor com a intenção de manter a integridade funcional do material transplantado no receptor.

Código Internacional da Doença (CID-10)

- Z94.0 Rim transplantado
- T86.1 Falência ou rejeição de transplante de rim

Medicamento

- Tacrolimo: cápsulas de 1 e 5 mg.
- Azatioprina: comprimido de 50 mg.
- Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg.
- Prednisolona: solução oral de 3 mg/ml.
- Metilprednisolona: solução injetável de 500 mg.
- Micofenolato de mofetila: comprimido de 500 mg. *Para acesso à versão atualizada deste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e dos demais PCDT publicados pelo Ministério da Saúde, clique aqui.*
- Micofenolato de sódio: comprimidos de 180 e 360 mg.
- Sirolimo: drágeas de 1 e 2 mg.
- Everolimo: comprimidos de 0,5, 0,75 e 1 mg.
- Imunoglobulina humana: frascos de 0,5; 1,0; 2,5; 3,0; 5,0 e 6,0 g.
- Muromonabe CD3: ampola 5 mg injetável.
- Basiliximabe: frasco-ampola de 20 mg.
- Imunoglobulina antitímócito: frasco ampola de 25 mg injetável.

Crítérios de Inclusão

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes submetidos a transplante renal, conforme o Regulamento Técnico vigente do Sistema Nacional de Transplantes, tanto para o estabelecimento do estado de imunossupressão quanto para o tratamento de indução ou de manutenção.

Para tratamento da rejeição aguda

Pacientes transplantados que apresentarem perda funcional aguda definida por aumento persistente (pelo menos 2 dosagens com intervalo de 2 dias) da creatinina sérica de pelo menos 10% em relação ao valor anterior, com ou sem confirmação histológica, deverão ser incluídos neste Protocolo.

Entretanto, para o tratamento da rejeição aguda mediada por anticorpos, deve-se comprovar o diagnóstico por dados imunológicos e por alterações histológicas, conforme exposto a seguir:

a) imunologia - presença de anticorpos específicos anti-HLA;

b) histologia - alterações histológicas diagnósticas de rejeição são de 3 tipos, segundo a Classificação Internacional de Banff:

Tipo 1: achado de NTA, com C4d positivo e mínima Tipo 2: glomerulite, com marginação ou trombozes, e C4d positivo; ou

Tipo 3: inflamação arterial transmural, alterações fibrinoides e C4d positivo.

Salienta-se que a presença de C4d em capilares peritubulares representa quesito indispensável para o inflamação;

diagnóstico anatomopatológico da rejeição mediada por anticorpos.

Para tratamento da rejeição crônica

Pacientes transplantados que apresentarem perda tardia da função do enxerto (aumento lento e progressivo da creatinina sérica) deverão ser incluídos neste Protocolo. Recomenda-se para o diagnóstico de rejeição crônica:

- a) exclusão de complicações urológicas ou, vasculares, como já mencionadas anteriormente, por meio de ultrassonografia e Doppler colorido da vasculatura do enxerto;
 - b) exclusão de nefrotoxicidade crônica por inibidores da calcineurina; e
 - c) presença de alterações anatomopatológicas segundo critérios definidos por Banff (9).
- últimos 6 meses).

Crítérios de Exclusão

Serão excluídos do respectivo tratamento os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo.

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

Imunoglobulina:

Para rejeição aguda mediada por anticorpos

() anticorpos anti-HLA

() C4d peritubular

Renovação

Em caso de necessidade da mudança do esquema imunossupressor, apresentar: relatório médico acompanhado de laudo histológico ou de comprovações inequívocas de toxicidade; OU Agentes imunossupressores; OU Níveis sanguíneos, séricos ou plasmáticos.

Protocolo completo no site do Ministério da Saúde:
www.saude.gov.br/ceaf

Resumo

Doenças glomerulares são as que atingem as unidades de filtração dos rins. A filtração constante do sangue ocorre em glomérulos, grupos de capilares envolvidos por um túbulo que recebe o filtrado. O conjunto do glomérulo com o túbulo correspondente chama-se néfron. As doenças glomerulares são a principal causa de insuficiência renal crônica. Existem muitas causas, incluindo diabetes, hipertensão arterial e reações imunológicas anormais. As reações imunológicas a infecções podem atacar também os glomérulos. Infecções bacterianas, como estreptococcias da garganta ou da pele (impetigo), endocardites e viroses, como HIV, podem provocar esse tipo de reação. Distúrbios autoimunes como o lúpus eritematoso sistêmico e outras vasculares, também podem causar lesão glomerular.

Código Internacional da Doença (CID-10)

N00 – Síndrome nefrítica aguda
N01 – Síndrome nefrítica rapidamente progressiva
N02 – Hematúria recidivante e persistente
N03 – Síndrome nefrítica crônica
N04 – Síndrome nefrótica
N05 – Síndrome nefrítica não especifica
N06 – Proteinúria isolada com lesão morfológica especifica
N08 – Transtornos glomerulares em doenças classificadas em outra parte
M32. 0 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) induzido por drogas
M32. 1 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgão e sistemas

Medicamento

- Azatioprina comprimido 50mg
- Micofenolato de mofetila comprimido 500mg
- Prednisona comprimido 5mg
- Prednisona comprimido 20mg.

Critérios de Inclusão

Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às Unidades Públicas ou credenciados pelo SUS;
Residir no estado de Pernambuco;
Diagnóstico realizado por médico e confirmado por exames obrigatórios;
Exame que comprove proteinúria e/ou hematúria;
Diagnóstico histopatológico quando possível.

Critérios de Exclusão

Não atendimento aos critérios de inclusão acima

descritos;

Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

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**

Hemograma;
Creatinina;
Sumário de Urina;
Relação proteína/creatinina em amostra aleatória de urina ou proteinúria de 24hs;
Biópsia renal (nos casos onde não seja possível sua realização, justificar em laudo médico).

Renovação

Hemograma;
Creatinina;
Sumário de Urina;
Relação proteína/creatinina em amostra aleatória de urina ou proteinúria de 24hs.



TEMPO DA FARMÁCIA

Nesta edição, a **Revista F&T em Foco** abre espaço em seu “Tempo da Farmácia”, para depoimento da Dra. Iara Sant’ Anna sobre a história da Dermatologia e suas ligações com a Assistência Farmacêutica.

À flor da memória

Meu tempo de relacionamento com a Farmácia de Medicamentos Excepcionais iniciou-se em 1997, quando uma paciente portadora de Psoríase procurou-me para preencher receituário especial para aquisição de Etretinato. Cumprida a tarefa, puxei conversa, catando detalhes sobre um programa do qual eu nada sabia, apesar dos meus 15 anos de dermatologia em serviço público (CISAM – UPE) e clínica privada. Parece que minha receita, sem ser intencional, funcionaria como isca. Na semana seguinte recebi um convite, para participar de uma reunião na Coord. de Medicamentos Excepcionais, para médicos prescritores, da qual fui única participante. Conheci o serviço, a equipe profissional e me disponibilizei a participar como uma espécie de “médica assessora”. Iniciava aí um relacionamento longo, findo em 2008 quando me aposentei. No início, até a mudança para as instalações do Hosp. Pedro II, a ponte era entre o CISAM e a Coordenação da (SES/FUSAM?). No Centro de Saúde, atendíamos, quase sempre com a presença de uma farmacêutica. Por lá passaram Dra. Selma Machado, Dra. Cláudia Lavra, Dra. Márcia Vidal, Dra. Márcia Regina, Dra. Diana Sá. Com o aumento da demanda, outras profissionais do serviço aderiram ao programa: Dra. Fátima Brito, Dra. Maria Luciana Melo, além de residentes de dermatologia do HUOC. Havia apenas um dia reservado para o atendimento, a quarta-feira, com apenas doentes de psoríase, ictioses e disqueratose de Darier, todos usuários de Acitretina ou Ciclosporina.

Em 1999, um acontecimento mexeu muito com a estrutura do programa. Por uma indicação terapêutica equivocada, foi prescrito Neotigason para uma adolescente com acne conglobata que quando soube que não era o medicamento indicado para si, ficou

completamente transtornada, ainda mais como sabedora de suas limitações financeiras para a aquisição do Isotretinoína. Testemunhas do ocorrido e muito tocadas pelo mesmo, eu e Dra Fátima Brito,



Iara Sant’ Anna

resolvemos desencadear um movimento no sentido de que a droga fosse incluída entre os demais da linha dermatológica. Tivemos total apoio da Farmácia, do Dr. Guilherme Robalinho, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e da Diretoria do CISAM, que aceitou acolher os pacientes, em grande número, no Ambulatório de Dermatologia. No dia 9 de dezembro de 1999, no Restaurante Spettus, uma reunião com dermatologistas dos principais serviços do Recife, diretoria da Farmácia, representantes do Laboratório Roche e da diretoria do CISAM, foi dada a liberação para iniciarmos o tratamento com a Isotretinoína. Inicialmente, com um número reduzido de pacientes, o que deu muito trabalho à comissão de julgamento, no caso, eu, Dra Fátima Brito e Dra. Cláudia Lavra, porque entre mais de 50, tínhamos que indicar apenas 6, inicialmente.

O atendimento aos pacientes passou a ser diário, dentro das normas de aprazamento do CISAM, tínhamos então usuários de Acitretina, Ciclosporina e Isotretinoína, sendo que os doentes acneicos eram os mais numerosos.

A par do crescimento do número de pacientes, cresceram também: o número de médicos credenciados para o atendimento: Dr



TEMPO DA FARMÁCIA

Nesta edição, a **Revista F&T em Foco** abre espaço em seu “Tempo da Farmácia”, para depoimento da Dra. Iara Santanna sobre a história da Dermatologia e suas ligações com a Assistência Farmacêutica.

À flor da memória

Paulo Guedes, Dra. Ângela Valença, Dra Jane Santos; as instalações em espaços mais amplos e confortáveis (Hospital Pedro II, Farmácia na Rua Padre Inglês) e evidentemente, as exigências burocráticas com refinamento das indicações das drogas oferecidas. Em 2004 a Clínica Dermatológica da UFPE, se integrou ao tratamento com os Medicamentos Excepcionais, sob a coordenação de Dra. Fátima Brito, professora da instituição. Com os pacientes usuários de Acitretina e Isotretinoína pudemos coletar dados importantes e publicar 2 trabalhos nos Anais Brasileiros de Dermatologia, com foco nas alterações clínicas e laboratoriais da Isotretinoína e no binômio Acitretina e Gravidez. Em 2002, junto com a Fundação Altino Ventura, foram estudados os efeitos colaterais da Isotretinoína no filme lacrimal com o exame de 60 pacientes usuários do retinóide. Todos, trabalhos que têm servido de referência a muitos.

Em 2007, com a difusão dos imunobiológicos, cheguei a participar de 3 reuniões sobre a possibilidade de fazerem parte dos Medicamentos Excepcionais. Dr. Paulo Guedes, elaborou um documento

normativo sobre o uso dos mesmos com um excelente esquema de operacionalização. Infelizmente não cheguei a participar desta fase, face à minha aposentadoria em 2008

Normalmente, quando se relembra alguma realização, inevitavelmente vem a questão: o que você “ganhou”(ou outro afim) com tudo isto? Não é difícil responder. O crédito ficou por conta da minha melhoria técnico-científica, imensurável. Muito aprendi e dividi com o manejo de doenças e drogas tão complexas. Fortaleci meu conceito sobre a importância do conhecimento farmacológico na tarefa de ser médico. Ampliei minha vida de relação profissional e de amizade com a interação feita com outros profissionais da área de saúde, em especial os farmacêuticos pelos quais sempre fui muito bem acolhida.

Posso dizer que na conta do deve x haver, este é de maior montante. Farmácia de Medicamentos Excepcionais faz parte das tirinhas da minha história de vida, numa bolha de destaque, donde a alegria, o prazer de ter sido útil, a felicidade de ter ampliado o meu conhecimento humanístico e científico, compõem o pano de fundo.



Dra. Iara Sant’Anna e médicos do PSF de Caruaru



Foram retomados os cursos de atualização científico-administrativa com que a SAF/SES brindou – há algum tempo – seus colaboradores (entre eles, médicos prescritores das “Farmácias de Pernambuco,” através dos conhecidos LME’s); ao tempo da coordenadora pedagógica, Dra. Silvana Maggy). Tais eventos realizavam-se em auditórios da Academia Pernambucana de Medicina e do Hospital da Restauração e motivaram profissionais envolvidos, do Recife e de todas as Regionais de Saúde do Estado. Marcaram época.

Para ministrá-los recorremos a especialistas, de modo especial, aos médicos que integram os nossos Comitês de Farmácia e Terapêutica. Complementam a atualização médica, farmacêuticos e/ou técnicos das diversas áreas direta ou indiretamente envolvidos. A assistência justificou a expectativa.

O primeiro desses cursos aconteceu na manhã da quarta –feira, 24 de julho, no auditório da SAF. O tema foi DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), abordado pelo médico Fernando Lundgren, chefe do Serviço de Pneumologia do Hospital Geral Otávio de Freitas, berço da especialidade em

Pernambuco, através de pioneiras enfermarias de Tisiologia.



Sucederam-se e complementaram-se na segunda fase a exposição, as Dras. Maria Selma Machado e Conceição Freitas. A primeira, Gerente de Operacionalização da Política de Assistência Farmacêutica da SAF/SES. Conceição Freitas, Coordenadora da Assistência Farmacêutica Ambulatorial da mesma SAF. Motivaram o auditório falando do Componente Estratégico da AF.

II Curso

Classificação das Anemias



Quarta-feira 20 de julho de 2014

O tema foi confiado ao hematologista, ex-diretor do Hemope e ex-Secretário Estadual de Saúde, Dr. Aderson Araújo. A todos agradou. Aderson é titular de nosso Comitê de Hematologia.

III Curso

17 de setembro de 2014

Lúpus Eritematoso Sistêmico



Palestrante Dra. Liane Tandeitnik
(Clínica Médica / Agamenon Magalhães)

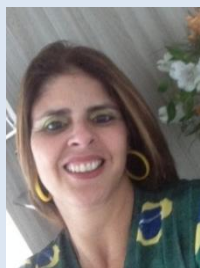


Eu não teria outra palavra para dizer senão: PARABÉNS – pela elegância, simplicidade e objetividade desta revista,

Paulo Brito
Comitês da Alzheimer e Parkinson SAF/SES
Serviço de Neurologia do Hospital Oswaldo Cruz

Foi uma honra ter contribuído com esta matéria sobre Osteoporose. Parabéns!

Luiz Griz
Comitê de Endocrinologia SAF/SES
Serviço de Endocrinologia do Hospital Agamenon Magalhães



Excelente iniciativa. Que bom que consta nossa atualização na NT 22/2013.

Cristiane Araújo
Gerente de Obstetrícia do Hospital Agamenon Magalhães
Comitê de Ginecologia e Obstetrícia SAF/SES

Parabéns pelo conteúdo cada dia mais relevante,

Rosalva Perazzo
Gerente da Farmácia de Pernambuco / Petrolina



Parabéns por mais uma belíssima edição!!
Já sou fã dessa revista!!!
Estou esperando a próxima!!!!!!

Sheila Arruda
Gerente da Assistência Farmacêutica de Jaboatão dos Guararapes

São João

A SAF comemorou o São João 2014 com “arraial” decorado com bandeirolas verde-amarelas no longo corredor da AF (1ª andar) e comunicação entre o velho prédio da SES (frente para praça Oswaldo Cruz) e o anexo primitivo que ocupamos.

Nas pessoas dos colegas de trabalho Sérgio Antunes (Gerente de...), Alecssandra Feitoza (assessora...) e Brivaldo Machado (Coordenador...). Animada festa.



Homenagem e gratidão Olavo Bandeira

Depois de bons anos de serviços à Assistência Farmacêutica Estadual – em sua Farmácia de Arcoverde –, deixamos o Farmacêutico Olavo Bandeira. O alegre e comunicativo Dr. Olavo vai-se dedicar integralmente à política classista. É conselheiro do CRF/ PE.

Despedida de Karol

Sexta-feira 11 de julho aconteceu na sala da CEFT, encontro de homenagem e despedida de Karolina Marçal (apoiadora do MS no Estado de Pernambuco), que nos deixa para residir em São Paulo. Entre os presentes, o mascote Sansão, do setor.



Todo dia é Dia da Criança



Comemoração do Dia da Criança 2011. Entre os muitos colaboradores presentes, destaque para a alegria de Amanda Buarque, que deixou o grupo e saudades, na SAF. Registre-se também as presenças das Assistentes Sociais Fátima Sousa e Sandra Melo.

Um dia uma criança chegou diante de um pensador e perguntou-lhe: "Que tamanho tem o universo?". Acariciando a cabeça da criança, ele olhou para o infinito e respondeu: "O universo tem o tamanho do seu mundo". Perturbada, ela novamente indagou: "Que tamanho tem meu mundo?". O pensador respondeu: "Tem o tamanho dos seus sonhos".

Se seus sonhos são pequenos, sua visão será pequena, suas metas serão limitadas, seus alvos serão diminutos, sua estrada será estreita, sua capacidade de suportar as tormentas será frágil. Os sonhos regam a existência com sentido. Se

seus sonhos são frágeis, sua comida não terá sabor, suas primaveras não terão flores, suas manhãs não terão orvalho, sua emoção não terá romances. A presença dos sonhos transforma os miseráveis em reis, faz dos idosos, jovens, e a ausência deles transforma milionários em mendigos faz dos jovens idosos. Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades.

Sonhe!
Augusto Cury

Revista Perto de Casa

E, porque, matéria de capa – "Dia da Criança" festa que se celebra em 12 de outubro – nada mais justo que se registre neste espaço, artigo do pediatra, cantor e cronista Fernando Azevedo.

Na página "Fala tio Fernando", da Revista "Perto de Casa", edição de aniversário (2014), encontramos o interessante artigo "Novamente o TDAH.

Trata-se de homenagem às crianças, de um modo geral, visto que o conhecido pediatra de muitas delas, de tantas gerações pernambucanas, opina – de maneira sincera e crítica – sobre a conhecida "síndrome", contrapondo-lhe em tom de blague, o que definiu como TDPCC (Transtorno de Déficit de Paciência Com Crianças).



Mônica de Souza

Entretenimento

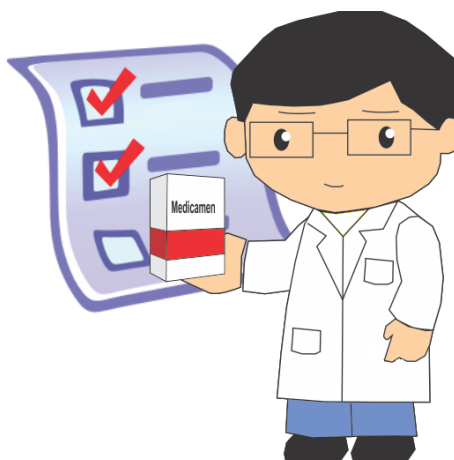
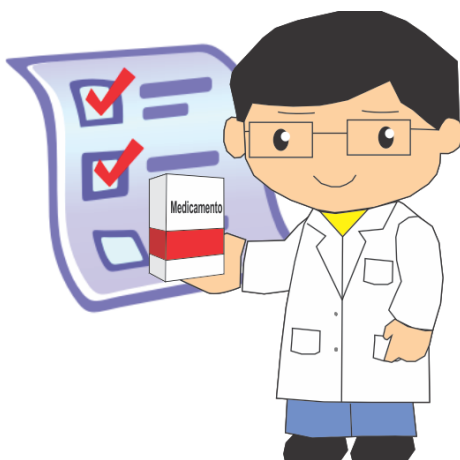
Direitos da criança

Ligue o desenho os direitos corretos.



- ☐ Todas as crianças têm direito à educação
- ☐ Toda criança têm direito de trabalhar
- ☐ Todas as crianças têm o direito a brincar e dormir corretamente.
- ☐ Todas as crianças devem ser protegidas pela família e pela sociedade
- ☐ Toda criança têm direito de ser castigada

Jogo dos 7 erros



Caça palavras (2)

Dica: Criança gosta muito!

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

Dica legal

Você pode baixar as sete edições da Revista F&T em Foco, através do site: farmacia.saude.pe.gov.br

Menu: Farmácia Terapêutica
Revista FT em Foco



Respostas	
Jogo dos 7 erros	1- Bolso direito
Direitos da criança	2- Camiseta amarela
	3a- Boca menor
	4a- Botões
Caça palavras	5- Nome medicamento
Brincar	6- Faltou 2ª lista
Doces	7- Haste esquerda do óculos

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**