

Mesa redonda: Proyección internacional que está teniendo el seguimiento farmacoterapéutico

Entrevista al Prof. Benrimoj

Miguel A. GASTELURRUTIA

Recientemente, con motivo de la celebración del Simpodader 5, he tenido la enorme fortuna de entrevistar, yo diría mejor, de charlar un rato en un ambiente distendido y amigable, en el precioso Carmen de la Victoria, frente a la Alambra, con el profesor Charlie Benrimoj.

El Dr. Benrimoj es bien conocido por los farmacéuticos comunitarios españoles debido a que ha participado ya en un par de congresos sobre atención farmacéutica. Actualmente es el decano de la Facultad de Farmacia de Sydney (Australia), y dirige el Departamento de Práctica Farmacéutica (Pharmacy Practice) en dicha facultad. Tiene a su cargo un equipo puntero en la investigación sobre aspectos prácticos del día a día de la farmacia comunitaria. Están trabajando en asuntos tan variados como "intervenciones clínicas" en la farmacia, la diabetes mellitus, las revisiones de la medicación o la dispensación de medicamentos sin receta (OTC), por citar tan sólo algunas de las líneas de investigación que tienen abiertas.

Ha sido coordinador del grupo de formación continuada (CPD) de la FIP y, a pesar de ser australiano, colabora con la Red Europea de Atención Farmacéutica (PCNE). También ha colaborado en la puesta en marcha de un ambicioso proyecto en el que participa también el Grupo de Investigación en Atención farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). Se trata de la constitución del Global Research Institute on Pharmacy Practice (GRIPP) que pretende coordinar el trabajo de distintas universidades a nivel mundial para aunar esfuerzos y abordar investigaciones conjuntas.

Además es el impulsor de un proyecto de investigación que se está desarrollando en varios países (Australia, Dinamarca, España y Portugal) en el que se trata de buscar y priorizar Facilitadores que permitan la Diseminación, Implantación y Sostenibilidad de Servicios Cognitivos en la Farmacia Comunitaria. También en este proyecto colaboramos con él desde el GIAF-UGR.

Se entiende por tanto que me sienta afortunado por haber podido compartir un rato hablando con una persona que conoce tan bien el mundo de la Farmacia Comunitaria no sólo de su país, sino a nivel mundial.

El profesor Benrimoj mantiene que los problemas de la farmacia son comunes, o dicho de una manera más actual, son globales, independientemente de los diferentes modelos de farmacia. Por tanto es un defensor de la colaboración entre países para tratar de abordar los retos planteados a la farmacia comunitaria también desde una perspectiva global. Esto justifica y explica su interés en colaborar y en coordinar proyectos en el que participen diferentes países.

En una farmacia como la australiana que, no lo olvidemos, tiene un modelo de farmacia bastante similar al nuestro ha conseguido que ciertos servicios sean retribuidos. En este sentido, actualmente se está pagando el servicio de "información al paciente", y los servicios de "revisión de la medicación" tanto a nivel ambulatorio, en la farmacia comunitaria, como en residencias de ancianos o centros sociosanitarios. Este hecho le permite afirmar que aunque la falta de pago por servicios puede ser una barrera para la implantación de servicios en la farmacia comunitaria no es la única barrera. O dicho en positivo, y de acuerdo con su línea de investigación más reciente, se podría afirmar que el pago de los servicios no es el único facilitador para la implantación de servicios cognitivos, sino que se trata de uno más, importante pero no el único.

De acuerdo con los resultados presentados por su equipo en la última reunión de la PCNE (Hillerød, Dinamarca. Febrero 2005), junto a la remuneración, existen otros facilitadores como son: la relación con los médicos, las expectativas de los pacientes, el equipo humano de la farmacia, la comunicación interna entre los miembros del equipo, y lo que ellos denominan el "apoyo externo" que hace referencia a la formación o tutoría *in situ* del farmacéutico en el momento de implantar un nuevo servicio. Insisten además en que en el momento de implantar nuevos servicios, el farmacéutico comunitario está más pendiente de su entorno exterior (relaciones con los médicos o necesidades del paciente) que con la realidad interna de la farmacia (aspecto externo y estructura u organización interna).

Sin embargo estos facilitadores explican tan sólo un 49,5% de la varianza total por lo que es preciso seguir investigando en este campo. El profesor Benrimoj tiene muy claro que el cambio en la farmacia comunitaria se va a producir y para ello es preciso modificar tanto la formación de pregrado, haciéndola más clínica, como la de postgrado, profundizando sobre todo en la posibilidad de realizar tutorías individualizadas. Otro de los elementos importantes ante esta realidad del cambio es la necesidad de ir implantando nuevos servicios cognitivos en la farmacia comunitaria.

Como muestra de la visión práctica y pragmática de nuestro invitado, me gustaría finalizar estas palabras con una reflexión suya. Dice Charlie que los "nuevos servicios profesionales no sólo deben atender las necesidades de los pacientes sino también las necesidades económicas y profesionales de los farmacéuticos comunitarios".

Mesa redonda: Proyección internacional que está teniendo el seguimiento farmacoterapéutico

Resultados del Programa Dáder: 5 años

Fernando FERNANDEZ-LLIMOS

Habitualmente se presentan los resultados del Programa Dáder de implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico, ese es su nombre completo, como número de intervenciones y de farmacias participantes. El Simpodader5 no podría ser menos. Desde enero de 2000 hasta diciembre de 2004, se han comunicado al Programa Dáder un total de 12.734 intervenciones. Han participado 446 farmacias o servicios de farmacia, en las que han realizado seguimiento farmacoterapéutico 629 farmacéuticos sobre un total de 5.566 pacientes.

Pero en esta ocasión sería interesante analizar los 'otros' resultados que ha tenido el Programa Dáder, y que probablemente tengan mucho que ver con el avance que en estos últimos cinco años ha habido en torno al seguimiento farmacoterapéutico y el desarrollo del que se ha venido a denominar Método Dáder.

El propio Método Dáder sería el primero de los resultados que se pueden atribuir al Programa Dáder. Originalmente, en 1999, fue diseñado un procedimiento operativo, más o menos normalizado, para establecer un método común de trabajar y así poder comunicar las intervenciones al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). Este diseño se basaba, en parte, en la operativa que estaba siguiendo el grupo del Instituto Peters en su proyecto, aunque se diferenciaba en algo sustancial: la simplificación al máximo de los formularios para que pudiese hacerse en ausencia total de informática de apoyo. El primer manual se publicó a principios de 2000 como un simple procedimiento operativo. Por entonces, no había mucha experiencia práctica y su diseño se basó más en la intuición que en otra cosa. A este manual le acompañaban unos impresos, que servían de guía para el farmacéutico. En 2002, gracias al esfuerzo de un grupo de farmacéuticos de Badajoz, que estaban participando en el Programa Dáder, apareció un nuevo formulario que revolucionó el Método Dáder: el nuevo estado de situación, que era bien diferente al diseñado originalmente por el GIAF-UGR. Gracias a este formulario, se pudo hacer visible el proceso de evaluación sistemática con el que se identifican todos los problemas que pueden aparecer en un paciente. Quedaba con esto conformado el Método Dáder: un estado de situación con un emparejamiento de problemas de salud y medicación; y una sistemática de evaluación que descubre todos los resultados negativos de esa farmacoterapia. En 2003 se publicaba la guía del método que ya contemplaba estos documentos.

Si consideramos un resultado a las publicaciones emanantes de un proyecto, y así debería ser, el Programa Dáder ha sido fructífero. Más de 17 artículos en revistas científicas, y un elevado número de comunicaciones presentadas a congresos avalan al Programa Dáder como una fuente de conocimiento importante. Tanto es así que utilizando el Método Dáder o los resultados del programa Dáder, se han presentado dos tesis doctorales, y un importante número de Diplomas de Estudios Avanzados y Trabajos de Conclusión de Master. Y hay bastantes más en curso.

También es un resultado del Programa Dáder, toda la formación que ha surgido de él. No debe olvidarse que el propio Programa Dáder nació como un programa de formación continuada. Un curso de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico, ininidad de talleres presenciales que son verdaderas sesiones clínicas, cursos telemáticos, informáticos, e incluso de *e-learning*. Es materia de estudio en universidades de varios países, y forma buena parte del contenido docente del Master en Atención Farmacéutica y del Programa de Doctorado de Farmacia Asistencia, ambos de la Universidad de Granada.

Uno de los resultados más destacables del Programa Dáder es la creación, sin haberlo previsto, de una comunidad internacional que habla una lengua común. El Programa Dáder tiene entre las intervenciones comunicadas además de las de España, otras de Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, y Portugal.

Además, este lenguaje común, lo es entre farmacéuticos de ámbitos de ejercicio muy diferente: por supuesto, farmacéuticos comunitarios, pero también participan en el Programa Dáder, farmacéuticos hospitalarios, tanto en su vertiente de paciente interno como de paciente ambulatorio, farmacéuticos de residencias de ancianos, farmacéuticos de farmacias escuela, farmacéuticos de centros de información de medicamentos, e incluso, farmacéuticos con consulta sólo de seguimiento farmacoterapéutico.

Y como no. Otro de los resultados del Programa Dáder son los Simpodader. Gandía, Pamplona, Zaragoza, Sevilla, y ahora Badajoz han sido las sedes de estos simposium de presentación de resultados de Programa. Lo que nació como la idea de reunión de un pequeño grupo de farmacéuticos que presentaban sus experiencias en el seguimiento, se ha convertido en una de las citas obligadas del calendario de congresos para los que quieren ejercer en seguimiento farmacoterapéutico.

Entre los aspectos que están pendientes, y que deberían ser los resultados de, tal vez los próximos cinco años del Programa Dáder, cabe trabajar en un modelo más actualizado de entrevista inicial, que contemple las tecnologías de información y la información que de ellas puede extraerse: receta electrónica (cuando merezca ser llamada así, por proporcionar una comunicación bidireccional), registros masivos de historiales farmacoterapéuticos, tarjetas con memoria, redes telemáticas y *webapplications*, etc. Otro aspecto a profundizar son los métodos de motivación o incentivación de los farmacéuticos para que realicen seguimiento, así como los criterios de estructura necesarios para realizarlo. Por último, podremos esperar como un resultado más, la definición de las ayudas de información sobre medicamentos necesarias para que la evaluación de los estados de situación sea más precisa.

Dentro de cinco años tendremos que evaluar la consecución o no de estos nuevos resultados del Programa Dáder, y con ello de la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias y servicios de farmacia de cualquier lugar del mundo.

Mesa redonda: Proyección internacional que está teniendo el seguimiento farmacoterapéutico

Repercussão do acompanhamento farmacoterapêutico no Brasil

Cassyano J CORRER

A Atenção Farmacêutica e, mais especificamente, o acompanhamento farmacoterapêutico (AFT), tem se difundido no Brasil enquanto modelo de prática há aproximadamente 10 anos, consoante às discussões sobre o papel do farmacêutico no sistema de saúde brasileiro.

O Brasil possui hoje 55.000 farmácias comunitárias, com uma relação de aproximadamente 3.200 habitantes por farmácia. Até o momento, não existe legislação específica limitando o direito de abertura de farmácias a farmacêuticos. Menos de 10.000 farmácias no Brasil são hoje de propriedade de farmacêuticos. No Paraná, das 3.868 farmácias registradas no Conselho Regional de Farmácia, 35,9% (1.391) são de propriedade de farmacêuticos.

A distribuição de medicamentos é feita pela rede privada de farmácias e pela rede pública de serviços de saúde. Não há co-participação do estado na aquisição de medicamentos em farmácias privadas. O governo brasileiro fornece medicamentos, contemplados na relação nacional de medicamentos essenciais, gratuitamente a todos os pacientes atendidos em unidades básicas de saúde existentes na maioria dos municípios. Mais recentemente, farmácias de propriedade do estado, denominadas "farmácias populares" têm se instalado nas grandes cidades fornecendo medicamentos essenciais a preços subsidiados.

Os serviços prestados nas farmácias comunitárias obedecem à legislação sanitária elaborada pelo ministério da saúde brasileiro e pelas secretarias de saúde dos estados. A autorização para prestação de serviços pode variar de um estado para outro. No Paraná, é permitido que as farmácias realizem verificação de pressão arterial, aplicação de medicamentos injetáveis, nebulização, pequenos curativos e a colocação de brinços. Não existe regulamentação nacional específica sobre a verificação de parâmetros bioquímicos (ex. testes rápidos de glicemia ou colesterol) em farmácias, permanecendo estes serviços não autorizados na maioria dos estados brasileiros.

Nesse contexto, a atenção farmacêutica no Brasil surgiu como um movimento de busca da reprofissionalização farmacêutica. Havia (e ainda há) uma grande necessidade de fortalecer a presença do farmacêutico nas farmácias comunitárias, expandir sua participação clínica na equipe de saúde e melhorar a articulação da farmácia com o sistema de saúde.

As primeiras discussões conceituais sobre o tema buscaram esclarecer a diferença entre os conceitos de Assistência Farmacêutica, utilizado no Brasil desde a década de 80, e Atenção Farmacêutica. Essas discussões, aliadas ao crescente número de iniciativas isoladas pelo país de implantação de serviços clínicos ou de educação em saúde levaram à realização de algumas oficinas, promovidas por diversas entidades, cujo objetivo foi redigir uma proposta de consenso brasileiro sobre atenção farmacêutica. Este documento apresenta uma diferenciação entre os conceitos de assistência e atenção farmacêutica, conceitos relacionados ao processo de trabalho e uma definição de atenção farmacêutica, a seguir: "Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde"

O consenso inclui como prática da atenção farmacêutica não somente a realização do seguimento farmacoterapêutico, mas também atividades de dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico em problemas menores, orientação para o uso racional, educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. Este consenso vem sendo sistematicamente divulgado, não como guia de prática, mas como proposta de uniformização de conceitos, com vistas à promoção deste modelo no Brasil.

Desde então, as iniciativas de implantação e desenvolvimento da prática do acompanhamento farmacoterapêutico vêm crescendo nas instituições de ensino, organizações profissionais e farmácias comunitárias. As universidades, em sua quase totalidade, incluíram disciplinas ou conteúdos de atenção farmacêutica em seus currículos de graduação (Há no Brasil 218 cursos de farmácia, formando aproximadamente 15.000 farmacêuticos por ano). Existem, ainda, dezenas de cursos de aperfeiçoamento e especialização espalhados pelo país. Somente no Paraná, são ofertados anualmente 5 cursos de especialização em atenção farmacêutica, utilizando o método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico.

A quantidade de farmacêuticos com formação em acompanhamento farmacoterapêutico têm crescido e as experiências de implantação desse serviço também. Em Curitiba, por exemplo, já são várias as farmácias que oferecem este serviço a seus pacientes, incluindo grandes redes de farmácia. Temos observado que o desenvolvimento do acompanhamento farmacoterapêutico tem contribuído para a melhoria da qualidade da dispensação e das ações de educação em saúde nas farmácias. Ainda é falha, no entanto, a incorporação definitiva do acompanhamento farmacoterapêutico como parte da rotina do farmacêutico.

Além das ações de formação, pesquisas na área do acompanhamento farmacoterapêutico foram concluídas ou estão em desenvolvimento, por exemplo, em Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná. Em Curitiba, a Universidade Federal do Paraná, em parceria com o Centro Universitário Positivo, desenvolve atualmente um estudo controlado com cerca de 180 pacientes diabéticos avaliando o impacto do AFT segundo método Dáder sobre resultados clínicos, humanísticos e econômicos. Esses estudos, aliados ao desenvolvimento de novas ferramentas para a prática, visam demonstrar a viabilidade dessa atividade nas farmácias e sistema de saúde brasileiros.

Muito ainda precisa ser feito para que o acompanhamento farmacoterapêutico deixe de ser uma novidade interessante e se torne um elemento comum da prática farmacêutica no Brasil. O período de transformação ainda depende de ações de regulação do mercado farmacêutico, e de mudanças dos órgãos profissionais e da mentalidade dos educadores. A atenção farmacêutica no Brasil representa, hoje, uma transformação que caminha lenta, mas que, felizmente, parece irreversível.

- 1 Conselho Federal da Farmácia. Estatísticas. Disponível em <http://www.cff.org.br>. Acesso em 04 Abr. 2005.
- 2 Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Fiscalização. Disponível em <http://www.crf-pr.org.br>. Acesso em 04 Abr. 2005.
- 3 OPAS (org.). Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: Proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.