

A EXPANSÃO DA PRÁTICA FARMACÊUTICA

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS-AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE
[Annals of Internal Medicine, volume 136: 79-85, number 1, January 2002]

Tradução e adaptação: Arnaldo Zubioli

Este estudo analisa a abrangência crescente da prática farmacêutica, nos Estados Unidos (EUA). Apresenta informação básica sobre a profissão farmacêutica e algumas orientações de como os médicos podem trabalhar com os farmacêuticos, para melhorar a qualidade de saúde e a segurança dos pacientes. A pesquisa demonstra a necessidade de fazer mais investigação sobre os efeitos da automatização farmacêutica e o movimento para se obter o grau de Doutor em Farmácia na prática farmacêutica.

As outras posições incluem o apoio para a educação do paciente, visitas hospitalares, oposição aos privilégios de prescrição e iniciativas de terapêuticas farmacológicas por farmacêuticos independentes, a função do farmacêutico como imunizador (de acordo com as leis estaduais) e o apoio ao Colégio Americano de Médicos - Sociedade Americana de Medicina Interna, em relação à substituição terapêutica, de 1990.

Os farmacêuticos e os profissionais de saúde não-médicos dos EUA estão advogando uma abrangência maior em sua prática profissional. Desde 1999, 24 Estados dos EUA permitiram algum tipo de cooperação na prática profissional em que os médicos delegam responsabilidades de pacientes aos farmacêuticos. Essas responsabilidades vão desde avaliações e acompanhamentos de prescrições a modificações ou iniciativas, de modo de usar as medicações para os pacientes. (1)

Alem de acordos de colaboração extensos, os farmacêuticos focalizam muitos outros problemas na prática individual, incluindo privilégios de redigir a prescrição, administração da doença, imunização, colaboração em terapêutica farmacológica, testes e análises laboratoriais e educação do paciente. Esses problemas aparecem sempre em Assembleias Legislativas dos Estados. Mais de 30 Estados têm anteprojetos de lei em tramitação para serem aprovados, no decorrer deste ano, para delegar aos profissionais de saúde não médicos, como os farmacêuticos, com o direito de prescrição e de prática independente (1).

A profissão farmacêutica

Os farmacêuticos exercem a sua profissão em vários ambientes: farmácias comunitárias, hospitais, clínicas de saúde, indústria farmacêutica, serviço domiciliar, cuidados administrativos e instituições do governo, entre outros. (2)

As leis estatais regulam a prática farmacêutica, que inclui a autorização do governo para o exercício da profissão. Para exercer a atividade farmacêutica, em qualquer Estado, o farmacêutico deve obter autorização e licença. Os requerimentos variam, em cada Estado, mas o farmacêutico licenciado, em geral, é graduado em faculdade de Farmácia com autorização e reconhecimento, deve ter feito um programa de residência e passar pelo exame de licença para farmacêutico, feito pela Associação Nacional de Farmácia [National Association of Boards of Pharmacy Licensing Examination (NABPLEX)]. (3). Além disso, muitos Estados requerem o complemento de cursos de educação contínua para manter a validade da licenciatura (3).

Todos os farmacêuticos registrados devem ter, no mínimo, um grau de bacharel em Ciências Farmacêuticas. Em 1992, a maioria das faculdades de Farmácia dos EUA votaram para mudar a graduação em Farmácia para o grau de Doutor em Farmácia (4). Os programas que conferem o grau de Doutor em Farmácia requerem quatro anos de formação, além de dois anos de estudos pré-farmacêuticos.

Os cursos profissionais requerem para esse grau as matérias: farmacognosia, farmacologia, química farmacêutica, farmacotécnica, farmácia clínica, informação sobre fármacos e administração de farmácia.

Em 1976, a Associação Farmacêutica Americana [American Pharmaceutical Association] fundou a Comissão de Farmacêuticos Especialistas [Board of Pharmaceutical Specialties] para reconhecer áreas de especialidades em prática farmacêutica. A autorização (certificação) da comissão é um processo voluntário para os atuais farmacêuticos licenciados.

Os quatro requerimentos básicos para a certificação da Comissão são o grau universitário de Farmácia, uma licença atualizada de farmácia, treinamento adicional específico e experiências em uma especialidade, e aprovação no exame de qualificação da especialidade.

A Comissão de Especialidades Farmacêuticas, atualmente, reconhece cinco áreas de especialidades (5): 1) farmácia nuclear (reconhecida, desde 1978) - os especialistas procuram melhorar e resolver a saúde pública por uso seguro e efetivo de fármacos radioativos para diagnóstico e terapêutica; 2) farmácia de nutrição parenteral (reconhecida desde 1988) - os especialistas promovem a manutenção ou a restauração do melhor estado nutricional, administração e modificação do tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes; 3) farmácia oncológica (reconhecida, desde 1996) - os especialistas exercem os cuidados farmacêuticos de pacientes com câncer; 4) terapêutica farmacológica (reconhecida, desde 1988) - os especialistas são responsáveis pela garantia do uso correto e econômico de produtos farmacêuticos usados pelos pacientes; são frequentemente a fonte primária de informação sobre os medicamentos para outros profissionais de saúde; 5) farmácias psiquiátricas (reconhecidas, desde 1992) - os especialistas exercem os cuidados farmacêuticos de pacientes com problemas psiquiátricos.

Posição 1

O Colégio Americano de Médicos - A Sociedade Americana de Medicina Interna [American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM)] apóiam o estudo em relação aos efeitos da automatização farmacêutica e ao movimento para se obter o grau de Doutor em Farmácia em práticas farmacêuticas.

Dois terços dos farmacêuticos trabalham em farmácias comunitárias (6). Contudo, é bem provável que os farmacêuticos se ramifiquem em outras áreas, como pesquisa, consulta, e trabalho em hospital. O crescimento da automatização das farmácias aumenta as responsabilidades técnicas, sendo esta a razão de que o doutorado em Farmácia será o único grau farmacêutico a ser oferecido, no século 21.

Os farmacêuticos têm procurado por novas funções, porque, de acordo com uma pesquisa de opinião pública de 1999, os farmacêuticos que tra-

balham com estoques de produtos farmacêuticos ocuparam, entre julho e agosto de 1999, mais de 60% do seu tempo, processando a dispensa de prescrições. (7) É obvio que a maior parte desse tempo será livre com a dispensa automatizada e o aumento de técnicos de farmácia. Estudos de longo prazo são necessários para avaliar os efeitos de dispensas automatizadas e o sucesso do grau de Doutor de Farmácia sobre a profissão farmacêutica. Esses acontecimentos afetarão a prática farmacêutica e a prática médica.

Cuidados farmacêuticos

Os farmacêuticos estão evoluindo da condição de pessoas que dispensam e aviam prescrições para provedores de cuidados farmacêuticos. A Associação Farmacêutica Americana conceitua os cuidados farmacêuticos como uma prática farmacêutica centrada no paciente e orientada por resultados. Os cuidados farmacêuticos são necessários para promover a saúde, prevenir doenças, avaliar, monitorar, iniciar e modificar o uso de medicação para garantir que a terapêutica farmacológica segura e efetiva (8). Como parte do planejamento de cuidados farmacêuticos, os farmacêuticos ajudam a avaliar as necessidades terapêuticas, prevenir reações adversas a fármacos, desenvolver terapêutica específica para o paciente, administrar a doença crônica e monitorizar o seguimento.

Colaboração em cuidados e valor de envolvimento farmacêutico

A colaboração em terapêutica farmacológica é um dos melhores exemplos da forma de trabalho dos farmacêuticos com os médicos. É feito para maximizar a qualidade de vida do paciente em relação à sua saúde, reduzir a frequência de problemas evitáveis em relação aos produtos farmacêuticos, e melhorar os benefícios dos fármacos na sociedade (9). Esse processo envolve o farmacêutico, o médico e outros profissionais da saúde.

Incluem as funções básicas de dispensa de medicamentos, serviços de informações sobre produtos farmacêuticos, a solução de problemas em relação aos pacientes e à medicação, a tomada de decisão a respeito da prescrição e do monitoramento dos medicamentos e ajuste da posologia dos fármacos. Todavia, para participar em colaboração da terapêutica farmacológica, os farmacêuticos preci-

sam entrevistar os pacientes, avaliar os prontuários, ter conhecimentos e habilidades clínicas e analisar os resultados de diversos exames, e receber ressarcimento para suas atividades (9).

A terapêutica farmacológica envolve uma vasta atividade farmacêutica e ocorre em vários ambientes. Alguns estudos têm avaliado a participação do farmacêutico em tratamento farmacológico em diferentes ambientes, inclusive na administração das doenças em farmácia e em visitas ao hospital. Geralmente, o envolvimento do farmacêutico na terapêutica farmacológica tem sido um sucesso, trazendo melhora no cuidado do paciente, segurança e diminuição de custos.

Vários estudos, em situações hospitalares, têm avaliado o valor do farmacêutico nos cuidados dos pacientes, descrevendo grandes sucessos. Quatro serviços clínicos de farmácia foram associados a baixos níveis de mortalidade em hospitais: pesquisa clínica, serviço de informação de fármacos (Centro de Informação de Medicamentos), história de administração de medicamentos e participação em equipe de reanimação cardiopulmonar. (10)

Além disso, seis serviços clínicos de farmácia foram associados a baixos custos de saúde de forma significativa: avaliação e acompanhamento do uso de fármacos, serviço de informação de fármacos, monitoramento de comunicações de reações adversas aos fármacos, administração do protocolo de medicamentos, participação em visitas médicas e histórias de admissões de medicação. (10)

As intervenções, por iniciativa do farmacêutico, em um grande hospital universitário diminuíram, de forma significativa, os custos dos produtos farmacêuticos. Um grupo aleatório que recebeu as intervenções do farmacêutico tinha um custo menor de 41% em fármacos em relação ao grupo controle. O grupo farmacológico que apresentou a maior economia de custo pelas participações dos farmacêuticos foram os agentes anti-infecciosos (11).

As intervenções do farmacêutico não tiveram nenhum efeito sobre o tempo de permanência, em hospital, na taxa de mortalidade do hospital, nas readmissões de 30 dias ou na necessidade de administrar, de novo, a medicação usada, ou de recomeçar a terapia intravenosa. Porém as intervenções do farmacêutico proporcionaram um grau equivalente de cuidados (11).

Embora os resultados desse estudo e de ou-

tros fossem positivos, não está claro se a participação do farmacêutico é mais eficiente do que as intervenções mais modernas, que têm melhorado o uso de medicamentos, como os avisos gerados por computador aos médicos sobre os cuidados.

Da mesma forma, a participação do farmacêutico em visitas médicas em unidade de terapia intensiva (UTI) foi útil para evitar erros de medicação (12). Os farmacêuticos revisaram a ordem de medicação, no mesmo tempo de sua prescrição, e fizeram sugestões quando eram necessárias. A percentagem de acontecimentos adversos evitáveis de fármacos foi reduzida em 66% e os médicos aceitaram 362 recomendações entre 365 dadas pelo farmacêutico (12).

Além dos estudos de serviços clínicos farmacêuticos oferecidos em um ambiente de hospital, os pesquisadores também analisaram os efeitos da participação farmacêutica em clínicas e em farmácias, principalmente, na administração da doença e na imunização. O credenciamento para administração de doenças dado pelo Estado é disponível aos farmacêuticos pela Associação Nacional das Comissões de Farmácia [National Association of Boards of Pharmacy] e do Instituto Nacional para a Padronização em Credenciamento Farmacêutico [National Institute for Standards in Pharmacist Credentialing]. Os farmacêuticos podem se submeter a um entre quatro exames para serem avaliados em seu conhecimento em proporcionar serviços de administração da doença pelo Estado. Os exames são disponíveis para coagulação, asma, diabetes e dislipidemia (13).

Os farmacêuticos têm feito intervenções em projetos sobre distúrbios de lipídios, clínicas de anticoagulação, diabetes, asma e vacinas (10). Estes estudos indicam que o resultado em pacientes melhorou e os custos médicos diminuíram em relação ao envolvimento farmacêutico. A admissão de um farmacêutico clínico em uma equipe de administração de enfermidades cardíacas, promoveu a redução significativa da mortalidade em uma clínica cardiológica por qualquer causa e eventos cardíacos (14).

Alem de programas de administração de enfermidades cardíacas, os farmacêuticos envolveram-se em programas de monitoramento de diabetes como mostra estudo feito em farmácia comunitária. Os resultados sobre os cuidados de pacientes diabéticos foram obtidos quando a prescrição foi feita. Os valores de glicose médios matuti-

nos diminuíram e a taxa de adesão medicamentosa atingiu 90% e se manteve assim, durante um ano (15). Além disso, os farmacêuticos sugeriram terapêuticas farmacológicas aos médicos que aceitaram 75% dessas recomendações (15).

Posição 2

Para melhorar a segurança do paciente e reduzir erros médicos, ACP-ASIM apóia acordos práticos de colaboração entre farmacêuticos e médicos, orientados por médicos, limitados ao envolvimento farmacêutico na educação do paciente e em visitas a hospitais.

1. A expansão das funções dos farmacêuticos não devem ser apenas fundadas em diminuição de custos.
2. O médico e o farmacêutico responsável devem ser compensados pelos serviços de colaboração.
3. O médico deve apenas determinar se o relacionamento será formado com um farmacêutico.
4. O médico deve somente e individualmente referir um paciente a um farmacêutico.
5. Somente o médico poderá e deverá diagnosticar a condição do paciente, antes de encaminhar ao farmacêutico (16).

Os médicos são qualificados para diagnosticar e tratar os pacientes, e os farmacêuticos são especialistas com experiência em todos os aspectos de produtos farmacêuticos. Um relacionamento melhor e mais colaborativo entre as duas profissões deverá melhorar a segurança do paciente e reduzir os custos médicos. Todavia, é necessário afirmar que a redução de custos não é a única causa a ser considerada na extensão da atividade do farmacêutico.

Ademais, devemos garantir o controle médico do receituário para dar a aprovação final sobre todas as decisões em relação aos cuidados dos pacientes. As decisões sobre o fármaco correto para as condições do paciente são frequentemente sutis e necessitam de um grau de experiência e treinamento que não é oferecido, quando se obtém o grau de Doutor em Farmácia.

Está é a razão pela qual o treinamento do médico exige muitos anos de experiência prática com supervisão. De outro lado, não se quer dizer

que o treinamento para Doutor em Farmácia não acrescente benefícios em uma relação de colaboração, mas como acréscimo e não uma substituição do trabalho do médico cuja função está em primeiro lugar.

O envolvimento de farmacêuticos em atividades de cuidado do paciente pode melhorar as condições do paciente, mas pode também ocupar muito tempo do médico. Para os médicos que desenvolvem atividades em um ambiente hospitalar, o aconselhamento da terapêutica farmacológica é obtido com relativa facilidade, sem prejuízo de outras atividades, porque o envolvimento do médico, no hospital, com farmacêuticos é restrito ao tempo dos médicos em serviço e ao número de pacientes em visitas.

Todavia, para os médicos com atividade na comunidade, o trabalho com farmacêuticos pode apresentar problemas mais sérios de ocupação de tempo. Os médicos terão de tomar decisões fundadas na administração do tempo disponível para compartilhar com os farmacêuticos.

Os médicos são remunerados pelo tempo dispensado quando trabalham com médicos adjuntos, por exemplo, enfermeiras ou médicos assistentes. Um sistema similar de pagamento deve ser estabelecido pelo trabalho de colaboração de médicos com farmacêuticos. Dinheiro não deve ser apenas transferido de um provedor para um outro; mas novas fontes de arrecadação deveriam ser identificadas.

Os farmacêuticos continuam expandindo com sucesso a abrangência da prática farmacêutica. Com a transição para o grau de Doutor em Farmácia e a dispensa automatizada de fármacos, os farmacêuticos estão sendo treinados para assumir uma função ainda maior para cuidar dos pacientes. Em vez de tomar uma posição contrária, as entidades e a comunidade médica deverão trabalhar junto à profissão de Farmácia, para realçar o cuidado e a segurança do paciente, mantendo a responsabilidade do médico pelos cuidados contínuos do paciente. Combinando os esforços da Medicina e da Farmácia organizadas, os erros de medicação poderão ser reduzidos e os pacientes poderão viver uma vida mais plena e com mais saúde.

Ao mesmo tempo, o médico e o farmacêutico devem usar sua influência coletiva, para promulgar um treinamento melhor para os médicos no uso de fármacos. Isso reduzirá os erros médicos e resultará em um cuidado melhor do pacien-

te. Alguns exemplos que poderão acontecer nessa área de trabalho incluem a colaboração da Food and Drug Administration (FDA) [N.T.: corresponde à Anvisa, no Brasil] e na U.S.Pharmacopeia [N.T.: Farmacopéia dos EUA]. A finalidade é melhorar os mecanismos de comunicação em erros de remédios ou no apoio a centros para a educação e pesquisa em terapêutica.

Posição 3

ACP-ASIM opõe-se aos privilégios independentes de prescrição do farmacêutico e à iniciativa de terapêutica farmacológica.

Embora muitos estudos descrevam os benefícios de colaboração entre farmacêuticos e médicos, há pouca evidência que apóia a prescrição por farmacêuticos ou a iniciativa de terapêutica farmacológica (10).

Os médicos têm as histórias completas de seus pacientes, incluindo a percepção de outras condições de saúde e de tratamentos antigos. Sem essa informação e o treinamento adequado para a garantia da segurança do paciente, ACP-ASIM não pode apoiar uma autoridade prescritiva independente ou uma iniciativa de terapêutica farmacológica para farmacêuticos.

O treinamento do médico é rigoroso e se apóia na interação com o paciente. Envolve vários anos de treinamento prático com supervisão devido à sutileza do diagnóstico e da terapêutica que constituem o fundamento do cuidado do paciente. A percepção que essa experiência proporciona não pode ser repetida numa experiência menos rigorosa e de pouca duração. Essa crítica não minimiza a educação farmacêutica, mas enfatiza que os propósitos de treinamentos e de formação são diferentes, como são os resultados em termos de capacidade. Os farmacêuticos não têm a experiência para diagnosticar e prescrever os medicamentos para os pacientes. É uma área que deve permanecer sobre a autoridade médica.

Posição 4

ACP-ASIM apóia o farmacêutico como uma fonte de informação sobre a imunização, em locais de imunização e como imunizador, como algo correto permitido por lei . ACP-ASIM trabalhará com as entidades farmacêuticas para melhorar a consciência da imunização.

Trinta Estados já permitem os farmacêuticos a administrarem as imunizações (17).

Devido à legislação estatal que permite os farmacêuticos e as enfermeiras para administrar as imunizações, os benefícios potenciais da imunização de pacientes por pessoas que não são médicas são largamente reconhecidos. Os farmacêuticos proporcionam um acesso cada vez maior à imunização, através de horas extras e de localizações. O aumento do acesso à imunização por farmacêuticos treinados ajudará a diminuir a resistência antibiótica e a aumentar a imunização de adultos. Os farmacêuticos e os médicos devem focalizar seu trabalho na entrega de vacinas às populações de risco em uma tentativa de diminuir a taxa de mortalidade nas doenças preventivas.

Posição 5

ACP- ASIM reitera seu apoio à posição terapêutica de substituição emitida em 1990. ACP-ASIM resolve trabalhar com farmacêuticos para promover políticas de substituição de terapêutica farmacológica que elevem o grau de cuidados e segurança do paciente.

Um importante problema na colaboração entre médicos e farmacêuticos é a substituição terapêutica, ou seja, a seleção de um fármaco quimicamente diferente que é considerado uma alternativa terapêutica com análogos efeitos terapêuticos. A política atual de ACP-ASIM sobre a substituição terapêutica afirma (18):

Posição 1

A substituição farmacêutica é correta apenas em hospitais com um sistema de uso de formulário e uma Comissão de Farmácia e Terapêutica em funcionamento.

Posição 2

A substituição terapêutica prejudica a administração de pacientes, quando um consentimento prévio imediato não é obtido do médico prescritor e quando a documentação de substituições não é obtida a tempo, ou é algo impróprio. Essas práticas não devem ser permitidas.

Posição 3

A prática de substituição terapêutica poderá

ser aceita em ambientes de ambulatórios que têm o mesmo padrão comparável àqueles institucionais.

Posição 4

A terapêutica farmacológica efetiva requer o treinamento de médicos em terapêutica. Eles devem instruir os pacientes sobre o uso correto e os efeitos dos fármacos prescritos.

O Colégio Americano de Farmácia Clínica [American College of Clinical Pharmacy] apóia a substituição terapêutica, quando os médicos e os farmacêuticos trabalham juntos para desenvolver políticas efetivas que maximizem o cuidado dos pacientes a um preço melhor. As Boas Práticas de Farmácia (BPF) para a substituição terapêutica do Colégio Americano de Farmácia Clínica são (19):

BPF 1. O intercâmbio terapêutico é correto em ambientes institucionais e ambulatórios que possuem um sistema de formulário e uma Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando ou comissão de consultoria equivalente.

BPF 2. O processo de avaliação do uso contínuo de fármacos deve ser feito por uma revisão regular da política e dos procedimentos do intercâmbio terapêutico adotado.

BPF 3. O intercâmbio terapêutico pode ser executado pelo farmacêutico, quando o médico que emitiu a receita receber comunicação verbal ou por escrito em tempo hábil; quando os farmacêuticos têm acesso aos prontuários médicos, aos resultados laboratoriais e aos testes, como requerimentos da política de intercâmbio terapêutico. As exceções a tais procedimentos devem ser descritos e inclusos nessa política,

BPF 4. A Comissão de Farmácia e Terapêutica ou seu equivalente deve garantir que a equipe de profissionais recebam orientação em relação às políticas e aos procedimentos para o intercâmbio terapêutico.

BPF 5. A política de intercâmbio terapêutico definirá um mecanismo que possibilite o pessoal autorizado para interromper o intercâmbio terapêutico.

A garantia de uma substituição segura e terapêuticamente efetiva é uma prioridade para o farmacêutico e o médico. O consentimento imediato e prévio por um médico é essencial para manter as responsabilidades de administração do paciente e garantir sua segurança. O médico, como

administrador de cuidados dos pacientes, e o farmacêutico, como especialista em medicamento, estão numa posição ímpar para trabalharem juntos para a melhoria de políticas de substituição terapêutica que proporcionem cuidados de alta qualidade e economia de custo.

Ressarcimento e responsabilidades

O ressarcimento para os serviços profissionais dos farmacêuticos, além de dispensa de produtos farmacêuticos, atualmente, está recebendo a atenção de muitos Estados. Muitos Estados pediram a autorização da MEDICAID para desenvolver projetos pilotos com farmacêuticos (20). Mississippi recebeu a primeira autorização da MEDICAID, a partir de 1998, do Centro de MEDICARE e do Serviço de MEDICAID para ressarcir os farmacêuticos pela administração de doenças a seus pacientes.

O ressarcimento é disponível para serviços envolvendo asma, diabete, hiperlipidemia e anticoagulação (21). O projeto de Mississippi foi um esforço para avaliar se os farmacêuticos estão melhor preparados do que os médicos para ocupar o tempo na educação e no monitoramento de pacientes. [N.T.: Os farmacêuticos qualificados do Mississippi recebem 20 dólares por consulta de 15 a 30 minutos para o tratamento de diabetes mellitus, asma, hiperlipemia ou distúrbios de coagulação. Popovich, NG. Tratamento do Paciente. Em: Genaro, AR (Ed.) Remington: A ciência e a prática da Farmácia, 20a ed., 2004, págs1978-1994].

O Novo México também tem um projeto que dá autoridade a farmacêuticos para receitarem, de acordo com o protocolo; contudo, diferente do Mississippi, os farmacêuticos não estão restritos a gerenciar doenças específicas (20). Somente os farmacêuticos autorizados pela Comissão [board-certified pharmacists] são permitidos a participar. Além disso, devem ser supervisionados por um médico autorizado pela Comissão de Examinadores Médicos de Novo México. Os farmacêuticos e os médicos encontram-se, a cada duas semanas, e o ressarcimento é organizado pelo médico.

Todavia, ao mesmo tempo, quando os farmacêuticos começam a receber pelo serviços de cuidados aos seus pacientes, eles também se tornam, cada vez mais, responsáveis pelas suas ações. Em janeiro de 2000, a Suprema Corte do Alabama decidiu que "as farmácias e os farmacêuticos são

provedores de cuidados de saúde" e, portanto, regidos pela lei de responsabilidade médica do Alabama. Em agosto de 2000, a corte de apelação do Texas decretou que os farmacêuticos não têm o dever geral de avisar todos os efeitos colaterais possíveis ou os efeitos adversos, mas reconheceu que eles têm o dever de informar quando estão conscientes de que a informação aumentaria a probabilidade desses efeitos (22). Devido aos ressarcimentos não terem sido relatados à decisão da corte, o pagamento e os problemas de responsabilidades ficaram separados.

Atualmente, os farmacêuticos não são provedores aprovados sob MEDICARE, exceto em fazer imunizações (20). Para que os farmacêuticos possam entrar na lista dos provedores, a Lei de Seguridade Social deve ser modificada. O Centro de MEDICARE e o Serviço MEDICAID [Centers for Medicare and Medicaid Services] introduzirão um regulamento para fornecer cobertura MEDICARE para programas de treinamento para ajudar os segurados com diabetes mellitus para controlar sua doença. MEDICARE paga educadores e nutricionistas que são certificados para treinar os pacientes a controlar a doença e evitar complicações da diabetes como cegueira, amputação, ou doença de rins.

Para ser autorizados, os treinadores devem ser empregados de programa autorizado pelos centros de MEDICARE e pelos serviços MEDICAID, além de fazer parte de uma equipe colaborativa que proporciona serviço aos segurados. Alguns farmacêuticos são qualificados como provedores autorizados, quando são agentes de equipamentos médicos duráveis e com qualidade para a MEDICARE (23).

A proposta MEDICARE ajudaria pacientes com diagnósticos recentes de diabéticos, aqueles que não receberam treinamentos, ou estão em perigo por causa de complicações oriundas da diabetes. Um médico deve certificar se um paciente necessita de um serviço que requer um plano compreensivo de cuidados. Com aprovação de seu médico ou profissional qualificado, os beneficiários escolhidos receberiam inicialmente até 10 horas de treinamento em grupo e um curso de reciclagem anual de uma hora de duração.

Conclusão

A abrangência da prática farmacêutica está se expandindo e a comunidade médica deve res-

ponder de forma positiva a esse movimento. A ACP-ASIM continua comprometida em explorar as novas funções para os profissionais de saúde não-médicos, ajudando a garantir que a prática da Medicina continue na responsabilidade dos médicos. Através da sua participação colaborativa com os farmacêuticos, os médicos evitarão conflitos e focalizações a respeito de sua missão principal, que são os cuidados de alta qualidade de seus pacientes. Os farmacêuticos podem educar os médicos sobre as interações farmacológicas e economia de custos; podem também treinar os pacientes sobre a segurança no uso de medicamentos, enquanto os médicos proporcionam cuidados seguros e efetivos aos pacientes.

Porém, há grandes diferenças em ambientes de trabalho do médico; a prática de hospital versus a prática privada. As políticas devem se adaptar para satisfazer as necessidades individuais da profissão. ACP-ASIM está comprometida em favorecer uma relação de colaboração efetiva entre os médicos e os farmacêuticos, com a garantia da função do médico como especialista em medicina, responsável pela diagnóstico e pelos tratamentos dos pacientes.

Não há nenhum substituto para a educação médica universitária. ACP-ASIM continuará investigando os efeitos do evoluir da profissão farmacêutica produzido pela automatização da dispensa de fármacos e o movimento para se obter o grau de Doutor em Farmácia. Além disso, é necessário avaliar os efeitos da colaboração do farmacêutico e do médico sobre a ocupação de tempo do médico com os seu pacientes, como também os estudos sobre o prognóstico de um sistema de Doutor em Farmácia fundado na comunidade.

Apêndice: RESUMO DAS LEGISLAÇÕES RECENTES DOS ESTADOS: Acordos sobre praticas colaborativas

Os dados deste apêndice foram obtidos da referência 24.

Uma pesquisa feita pelas Comissões de Farmácia da Associação Nacional mostrou que Idaho, Lousiana, Nebraska, Ohio e Tennessee se uniram a um número crescente de jurisdições, permitindo aos farmacêuticos o desenvolvimento de acordos para práticas colaborativas com os médicos.

Essa colaboração atribui aos farmacêuticos o início ou alteração do modo de usar a medicação

dos pacientes, de acordo com o protocolo aprovado. Estes Estados também discutiram esse assunto, em 1999, quando 11 Estados promulgaram leis permitindo acordos de praticas colaborativas com outros provedores de cuidados de saúde (Arkansas, Califórnia, Georgia, Minnessota, Nevada, Carolina do Norte, Oregon, Texas, Utah, Virginia e Wyoming).

A Lei de Minnessota expandiu a abrangência de prática do farmacêutico para incluir a administração de medicamentos para as primeiras doses e para emergências; como também a participação na avaliação e acompanhamento da terapêutica farmacológica, planejamentos e seleção de tratamentos, além de pesquisa de fármacos ou pesquisa em relação a produtos farmacêuticos.

Essa lei permite administrar e modificar a terapêutica farmacológica, caso por caso, de acordo com o protocolo por escrito entre um farmacêutico especialista e os médicos que têm a autorização para prescrever e é responsável pelos cuidados de pacientes. O Estado da Virgínia autorizou os farmacêuticos a firmar acordos de colaboração com médicos, médicos osteopatas ou pedicuros (N.T.: calista). Uma outra lei conceituou o "acordo de colaboração" e estabeleceu que o mesmo não é requerimento para a administração de pacientes em hospital, quando internados.

Abrangência da prática

O ano 2000 foi rico de ações em relação às alterações de legislações referentes à abrangência de exercício da profissão de farmacêutico. Vermont promulgou legislação com mudanças para obtenção de inscrição e licença; Arizona promulgou uma lei alterando o sistema de licença, remuneração e honorários do farmacêutico em relação as prescrições. Geórgia, agora, oferece qualificação para farmacêuticos autorizados a modificar a terapêutica farmacológica. Maryland requer que os farmacêuticos mantenham o registro de prescrições recentes e repetição dos antigos receituários [N.T.: A palavra refill, traduzida como repetição, refere-se ao sistema de prescrições médicas de longo prazo (seis meses a um ano)], administradas pelo farmacêutico, em situações de enfermidades crônicas.

Kansas, por sua vez, autoriza a administração de vacinas às pessoas com 18 anos ou mais pelos farmacêuticos. As legislações de seis Estados (Alabama, Califórnia, Colorado, Delaware, New

Hampshire e Virginia) passou, no mínimo, por uma comissão legislativa. A legislação de New Hampshire permitiria aos farmacêuticos a venda de seringas sem receitas e a lei da Virgínia autoriza a venda de radiofármacos a provedores de receitas e a distribuição de remédios.

Em 1999, anteprojetos de leis em relação à expansão de exercício profissional foram aprovados como leis em 17 Estados (Arkansas, Califórnia, Geórgia, Luisiana, Maine, Maryland, Minnessota, Missouri, Nebraska, Dakota do Norte, Nevada, Oregon, Tennessee, Texas, Utah, Virginia e Wyoming).

As áreas de expansão da abrangência de prática farmacêutica incluíram autorização para administrar medicamentos e injeções, executar a avaliação física e prescrever testes laboratoriais. Arkansas, Califórnia, Geórgia, Minnessota, Oregon, Texas e Utah promulgaram leis autorizando a execução pelos farmacêuticos de funções que antes eram restritas aos médicos. Wyoming autorizou a administração de enfermidade, acrescida da colaboração do cuidado farmacêutico em relação à atividade da Farmácia. Arkansas regulou por lei e classificou as enfermidades que podem ser cuidadas e administradas por ato farmacêutico.

A legislação promulgada na Virgínia criou provisões focalizando o dever do farmacêutico responsável pelo sistema automatizado da farmácia de dispensar fármacos para o hospital. A lei de Utah expandiu o conceito de prática farmacêutica para incluir a administração e a distribuição de fármacos de receituários, de acordo com protocolos autorizados.

A lei de Dakota do Norte permitiu aos técnicos inscritos de farmácia e com licença a receber receitas novas ou repetidas transmitidas oralmente. A lei da Geórgia acrescentou várias alterações em relação às funções dos farmacêuticos, incluindo a abrangência da prática e os requerimentos de autorização e licença para o exercício de atividades com radiofármacos e radioisótopos por farmacêuticos.

Maine modificou varias funções em relação aos farmacêuticos e estabeleceu uma comissão estatutária de revisão para supervisionar a abrangência da prática para farmacêuticos e, se necessário, fazer recomendações para alterá-las. A revisão inclui problemas de administração de fármacos, prática colaborativa e relacionamento regulamentar entre a Comissão de Farmácia e as farmácias insti-

tucionais. A partir de 6 de janeiro de 1999, a Comissão de Farmácia de Alabama regulou a função dos farmacêuticos para prestar cuidados a pacientes pela administração de imunizações a pacientes com receitas válidas.

Referências

1. Georgia is ground zero for scope-of-practice fire-fight. AMNews. 7 February 2000. Available at www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_00/pr110207.htm. Accessed on 8 February 2000.
2. Facts about Pharmacists and Pharmacies, American Pharmaceutical Association. Available at www.pharmacyandyou.org/about/pharmacyfacts.html. Accessed on 10 July 2000.
3. Pharmacists Licensure and Pharmacy Laws, American Pharmaceutical Association. Available at www.pharmacyandyou.org/licensure/licensure.html. Accessed on 10 July 2000.
4. Pharmacist Education, American Pharmaceutical Association. Available at www.pharmacyandyou.org/education/pharmed.html. Accessed on 10 July 2000.
5. Board Certification and You, Board of Pharmaceutical Specialties. Available at www.bpsweb.org/BPS/faq.html. Accessed on 10 July 2000.
6. Barker KN, Felkey BG, Flynn EA, Carper JL. White paper on automation in pharmacy. *The Consultant Pharmacist*. 1998;13:261-93.
7. Pharmacy Activity Cost and Productivity Study. Performed by Arthur Andersen. November 1999. Available at www.nacds.org/news/andersen.html. Accessed on 4 February 2000.
8. The Pharmacy Profession: Transitioning from Prescription Provider to Health Care Manager. American Pharmaceutical Association. Available at www.pharmacyandyou.org/about/pharmcarefacts.html. Accessed on 10 July 2000.
9. Carmichael JM, O'Connell MB, Devine B, Kelly HW, Ereshefsky L, Linn WD, et al. Collaborative drug therapy management by pharmacists. *American College of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy*. 1997;17:1050-61. [PMID: 9324201] Bibliographic Links
10. Evidence of the Value of the Pharmacist. Alliance for Pharmaceutical Care, Partners to Improve Health Outcomes. Available at www.accp.com/position/paper6.pdf. Accessed on 6 November 2001.
11. McMullin ST, Hennenfent JA, Ritchie DJ, Huey WY, Lonergan TP, Schaiff RA, et al. A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist-initiated interventions. *Arch Intern Med*. 1999;159:2306-9. [PMID: 10547170]
12. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*. 1999;282:267-70. [PMID: 10422996]
13. Disease State Management (DSM) Credentialing for Pharmacists. National Institute for Standards in Pharmacist Credentialing (NISPC). Available at www.ncpanet.org/EDUCATION/nispc.html. Accessed on 3 February 2000.
14. Gattis WA, Hasselblad V, Whellan DJ, O'Connor CM. Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team: results of the Pharmacist in Heart Failure Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study. *Arch Intern Med*. 1999;159:1939-45. [PMID: 10493325]
15. Berringer R, Shibley MC, Cary CC, Pugh CB, Powers PA, Rafi JA. Outcomes of a community pharmacy-based diabetes monitoring program. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1999;39:791-7. [PMID: 10609444]
16. Missouri Pharmacy Association letter re: Proposed Revision of Pharmacy Practice Act. Dated: 21 January 2000. Received from: Cedric Smith, MD. (The Missouri Pharmacy Association supports the last three bullets listed in position two. This language is used in a proposed revision of the Missouri pharmacy practice act.)
17. Pharmacists finding solutions through collaboration. Alliance for Pharmaceutical Care, Partners to Improve Health Outcomes. Available at www.accp.com/position/paper10.pdf. Accessed on 6 November 2001.
18. Therapeutic substitution and formulary systems. American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 1990;113:160-3. [PMID: 2360752] Bibliographic Links
19. Guidelines for therapeutic interchange. American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy*. 1993;13:252-6. [PMID: 8321738] Bibliographic Links
20. How To Bill for Clinical Pharmacy Services. 2nd ed. Kansas City, MO: American College of Clinical Pharmacy; 2000:35-42.
21. Meinhardt RA. Pharmacists manage to get paid in Mississippi (It could happen in your state, too). *Drug Benefit Trends*. 1999;11:32, 55.
22. *Pettus v. Wal Mart*, 30 S.W. 3d 455(2000).
23. Medicare To Cover More Training Programs for Beneficiaries with Diabetes. HCFAs Press Office; 12 February 1999. Available at www.hcfa.gov/news/pr1999/diabetes.htm. Accessed on 10 July 2000.
24. Norris S. Issue Brief: Scope of Practice and Prescriptive Privileges, Health Policy Tracking Service. National Conference of State Legislatures; 1 June 2000.