

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA

Larissa Magalhães Severino de Morais¹
Rosana Nascimento²
Liliane Trivellato Grassi²

Resumo: Com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a assistência farmacêutica (AF) tornou-se componente complementar de um conjunto de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, tendo o medicamento como principal insumo, todavia contemplando atividades que extrapolam o simples abastecimento de medicamentos, pois no contexto do gerenciamento temos um ciclo logístico que compreende as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso). Apesar de existirem muitos estudos sobre a AF incluindo aspectos relacionados à gestão, poucos são os estudos voltados para realização de um apanhado acerca do que se tem publicado sobre o assunto. Portanto, o presente estudo apresentou como principal objetivo realizar uma revisão da literatura no sentido de fornecer um documento de atualização e compilação de dados recentes acerca da gestão da AF do Brasil nos últimos anos.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, gestão, farmácia.

Abstract: With the National Drug Policy (PNM), pharmaceutical care (AF) became component complement of a set of actions for the promotion, prevention and health recovery, taking the medicine as the main ingredient, however contemplating activities go beyond the mere supply of medications because the management context we have a logistical cycle comprising the following activities: selection, programming, acquisition, storage, distribution and use (covering the prescription, dispensing and use). Although there are many studies of AF including aspects related to the management, there are few studies aimed at achieving an overview of what has been published about it. Therefore, the present study has as main objective to carry out a review of the literature in order to provide an update document and compilation of recent data on the management of AF in Brazil in recent years.

Keywords: pharmaceutical care, management, pharmacy.

INTRODUÇÃO

Com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Assistência Farmacêutica (AF) resultou em integrante de um grupo de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, tendo o medicamento como essencial insumo, todavia contemplando atividades que ultrapassam o simples fornecimento de medicamentos, pois no contexto do gerenciamento temos um ciclo logístico que abrange as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso) (COSENDEY, 2000).

Para assegurar a oferecimento de medicamentos de qualidade, são essenciais ações, no âmbito de outras políticas setoriais, tais como a pesquisa e desenvolvimento, a produção e o

registro sanitário de medicamentos. Apesar de ser uma prática multidisciplinar, os farmacêuticos são protagonistas por serem os responsáveis pelo uso racional de medicamentos (URM) (MS, 1994).

Dessa forma, os municípios tiveram que contemplar uma série de atribuições que requer preparo e habilidades técnicas e gerenciais quando se trata de AF. A AF tem foco na garantia do acesso e do URM, formando, um dos processos de apoio das redes de atenção à saúde, juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde e contemplando as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tais como: integralidade, equidade, universalidade (MS, 1998).

Um dos instrumentos efetuados para proporcionar maior acesso aos medicamentos foi a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), lista norteadora da PNM. A RENAME, que contém medicamentos até a segunda opção terapêutica das doenças mais prevalentes no país, serve de orientação para a elaboração de listas nos níveis estadual e municipal (COSENDEY, 2000). Esta deve ser vinculada à lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

A AF compreende dois componentes: a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento. A gestão técnica da AF engloba um grupo de atividades farmacêuticas dependentes entre si, que miram na qualidade, no acesso e no URM, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (CASTRO; CASTILHO, 2004).

A gestão clínica do medicamento está ligada à atenção à saúde e aos efeitos terapêuticos obtidos, tendo como ponto essencial o paciente. Refere-se a uma prática assistencial com base no método de cuidado. O medicamento deve estar desimpedido no momento certo, em perfeitas condições de uso e deve ser fornecido junto a informações que permitam seu adequado uso pelo utente (MESSEDER, 2005).

Apesar dos esforços em suscitar uma AF de qualidade, muitos estudos mostram que o Brasil é uma nação que ainda peca no avanço e qualidade dos serviços farmacêuticos, infraestrutura e operacionalidade e na assistência da grande procura populacional por medicamentos (MARIN et al., 2003).

Mesmo existindo diversos estudos sobre a AF incluindo aspectos ligados à gestão, poucos são os estudos voltados para realização de um apanhado acerca do que se tem publicado sobre o assunto. Assim, o presente estudo apresentou como principal finalidade a realização de uma

revisão da literatura no tocante ao fornecer um documento de atualização e compilação de dados recentes acerca da gestão da AF do Brasil nos últimos anos.

1. O Uso Inadequado de Medicamentos

Os autores, fundamentados em suas experiências, inferem que os problemas relacionados com a estrutura e a organização, processos de gestão e gerenciais, comprometem a acessibilidade e o acesso aos medicamentos. Um significativo percentual de utentes não tem acesso aos medicamentos com a qualidade assegurada e na quantidade necessária para a efetividade do seu tratamento.

Por outro lado, o capital social (valores morais, princípios éticos e recursos cognitivos) e a alta prevalência de doenças crônicas da sociedade contemporânea levam ao acesso indiscriminado aos medicamentos, promovendo a polimedicação. Assim sendo, há premente necessidade de medicamentos que os atuais serviços de saúde têm dificuldade em atender, levando a população a conviver com distintos padrões de problemas relacionados aos medicamentos, próprios tanto de países desenvolvidos como daqueles em desenvolvimento: consumo excessivo de medicamentos por automedicação induzida pela mídia, uso de produtos ineficazes ou de medicamentos supérfluos, mal indicados, subutilizados, sobreposição de mesmos princípios ativos comercializados com nomes de fantasia diferentes, sobreposição de princípios ativos que atuam pelo mesmo mecanismo de ação, bem como o uso inadequado de medicamentos inefetivos para o controle de doenças (MARIN et al., 2003).

As questões atualmente mais relevantes e prevalentes quando se trata do uso inadequado de medicamentos incluem polifarmácia, erros de medicação, não seguimento de diretrizes clínicas, discrepâncias terapêuticas na transição do utente entre níveis assistenciais, baixa efetividade dos tratamentos, ocorrência de eventos adversos, automedicação irresponsável e baixa adesão aos tratamentos. Em todo o mundo, crescem as evidências do impacto desses problemas sobre a população e sobre os sistemas de saúde, assim como novas tecnologias são incorporadas a fim de promover o uso racional dos medicamentos e melhorar seus resultados terapêuticos (MARIN et al., 2003).

Compreende-se como polifarmácia ou polimedicação ou hiperfarmacoterapia o uso de múltiplos fármacos/medicamentos. A probabilidade de reações adversas estimada é de 6% quando se administram dois fármacos/medicamentos concomitantes e de 50% quando utilizados

cinco fármacos/medicamentos ao mesmo tempo. Há uma relação linear entre a quantidade de medicamentos e o risco de eventos adversos (VIKTIL et al., 2007).

Em inquéritos sobre farmácia domiciliar no Brasil e na Espanha, encontram-se, em média, 3,8 a 5,1 medicamentos por domicílio, muitos deles desprovidos de prescrição, utilizados inclusive por crianças e adolescentes. Boa parte desses medicamentos é armazenada de forma inadequada, apresenta desvios de qualidade e é descartada de forma prejudicial ao meio ambiente. Há, também, um importante desperdício de medicamentos guardados e não utilizados. Dentre as principais causas de devolução de medicamentos em farmácias, uma é o vencimento do prazo de validade (28%) e outra, a melhora espontânea do problema de saúde que originou a prescrição, com a subsequente interrupção do tratamento (25%) (BROEIRO, 2008).

A proporção de utentes ambulatoriais que sofrem eventos adversos a medicamentos (EAM) é estimada em 25% (IC95% 20-29) e a ocorrência é de 27 eventos para cada 100 utentes. Considera-se que ao menos 40% desses eventos sejam tratáveis ou passíveis de prevenção. Esses eventos tratáveis são atribuídos à falha do médico em responder aos sintomas do utente relacionados com medicamentos (63%) e à falha do utente em informar esses sintomas ao médico (37%) (GANDHI, 2003).

A prevalência de internações hospitalares relacionadas a medicamentos, segundo revisão sistemática, é de 4,3% (intervalo interquartil 3,1%-9,5%), sendo 59% delas evitáveis (50%-73%). A incidência de internação por EAM evitáveis é estimada em 4,5 por 1.000 pessoas/mês. Outros dados apontam que 28% de todas as consultas de pronto atendimento são relacionadas a medicamentos, sendo 70% delas evitáveis e 24% delas futuras causas de internação hospitalar (THOMSEN et al., 2007) .

A internação hospitalar representa um momento crítico, também, devido ao risco de erros de medicação e discrepâncias entre os medicamentos previamente em uso pelo utente e os prescritos dentro do hospital. Em levantamento feito em um hospital pediátrico no Canadá, 30% dos utentes internados apresentavam pelo menos uma discrepância intencional não documentada e 22% apresentavam alguma discrepância não intencional. Do total de discrepâncias, 23% e 6% possuíam, respectivamente, risco moderado e alto de causar desconforto ou dano aos utentes (COFFEY et al., 2009). Independente da faixa etária, a prevalência de discrepâncias da farmacoterapia durante a internação é estimada em 53,6% (IC95% 45,7- 61,6%), sendo a falha mais comum a omissão no registro de pelo menos um medicamento de uso regular. Mais de um

terço desses eventos (38,6%) apresenta potencial moderado ou alto de gerar desconforto ou dano ao utente (CORNISH et al., 2005).

Nos hospitais e instituições de longa permanência, os erros de medicação e os EAM são considerados importantes causas de dano e óbito de utentes. Um estudo norueguês encontrou que 18,2% (IC95% 15,4-21%) de todas as mortes ocorridas em um período de dois anos nos maiores departamentos médicos de seus hospitais estiveram ligados a um ou mais medicamentos, equivalendo a 9,5 mortes para cada 1.000 utentes hospitalizados (EBBESSEN et al., 2001). A taxa de ocorrência de EAM evitáveis é estimada em 6,1 para cada 100 utentes hospitalizados e erros de medicação ocorrem em 5,7% de todos os episódios de administração de medicamentos (KRÄHENBÜHL-MELCHER et al., 2007).

Na comunidade, promover a adesão dos utentes à farmacoterapia representa o principal desafio dos serviços de saúde. Um amplo estudo com mais de 150 mil utentes crônicos nos Estados Unidos identificou que a taxa de persistência e adesão ao tratamento mensal para seis medicamentos de uso contínuo para glaucoma, dislipidemia, osteoporose, diabetes, hipertensão e bexiga hiperativa variam de 37% a 72% nos primeiros 12 meses de tratamento (YEAUW, 2009). No caso dos hipolipemiantes, aparentemente 60% dos utentes descontinuam o tratamento nos primeiros 12 meses (SIMONS; SIMONS, 1996). Entre hipertensos tratados por 10 anos, aproximadamente 39% dos utentes persistem no tratamento, 22% interrompem e reiniciam o tratamento durante o período e 39% o abandonam definitivamente (SHOEMAKER; DE OLIVEIRA, 2008).

Atitudes e comportamento necessários ao utente para uma melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico podem ser comparadas àquelas exigidas para praticar exercícios físicos, mudar padrões de alimentação ou parar de fumar. Os profissionais tendem a centrar-se apenas em suas perspectivas e distanciam-se das ações e razões dos utentes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-las e entendê-las (SHOEMAKER; DE OLIVEIRA, 2008).

A qualidade do vínculo profissional-utente é uma abordagem necessária, devendo levar em conta os interferentes sociais e culturais que influenciam o utente: o seu grau de conhecimento, seu saber, suas habilidades, suas atitudes, seus comportamentos, suas expectativas, suas inseguranças e seus medos. Há que se estabelecer um novo pacto de responsabilidades e de corresponsabilidades entre os profissionais da saúde e os utentes (REINERS et al., 2008).

Como consequência da baixa adesão ao tratamento e das falhas da monitorização dos utentes, há uma grande parcela de tratamentos que se mostram ineficazes no alcance dos objetivos terapêuticos, principalmente em doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos. Pesquisa realizada com 6.700 utentes diabéticos em mais de 20 centros clínicos espalhados pelo Brasil evidenciou que a taxa de controle glicêmico (HbA1c < 7%) entre os diabéticos tipo 2 é de apenas 25% (DOMINGUEZ, 2007).

Outro estudo brasileiro multicêntrico, publicado em 2006, revelou que menos de 30% dos utentes alcançam as metas terapêuticas de controle pressórico, índice de massa corporal e LDL-c e apenas 46% alcançam as metas de HbA1c, consideradas neste estudo como até 1% acima do limite superior do método usado. Entre utentes hipertensos no Brasil, o controle da pressão arterial é alcançado em 32,4% a 61,7% dos utentes, com piores taxas de controle entre os utentes de mais alto risco cardiovascular (NOBRE; RIBEIRO; MION, 2010).

No outro extremo dessa questão comportamental dos utentes está a automedicação. A atitude das pessoas com relação ao autocuidado, especialmente para transtornos menores, tende a oscilar entre a inércia, que prolonga o desconforto e agrava problemas mais sérios, e o uso inadequado ou exagerado de medicamentos, que expõe a riscos desnecessários. O empoderamento do utente em lidar com seus problemas de saúde é considerado uma parte fundamental dos novos modelos de atenção à saúde. As pessoas devem receber educação para o autocuidado, incluindo o uso correto de medicamentos isentos de prescrição, de forma que possa cuidar dos sintomas e mal-estares menores de forma segura, utilizando, inclusive, a farmácia comunitária como ponto de apoio (HASSEL et al., 2001).

Estudos mostram que 60,2% dos problemas de saúde comuns percebidos pelas pessoas não geram nenhuma atitude terapêutica, 31,6% levam à automedicação e apenas 8,2% geram procura por serviços médicos (MENDOZA-SASSI et al., 2006). Segundo resultados do projeto Bambuí; um estudo de coorte da saúde de idosos residentes na Cidade de Bambuí (15 mil habitantes), Minas Gerais (Brasil), 54% dos entrevistados maiores de 18 anos relatam uso exclusivo de medicamentos prescritos, 28,8%, o uso de medicamentos sem prescrição e 17,2%, o uso de ambos (LOYOLA FILHO et al., 2002). Outro estudo indica que 44,1% dos casos de automedicação são feitas com medicamentos cuja venda exige prescrição médica (VILARINO, 1998).

Em adição, segundo dados do ano 2000 para serviços ambulatoriais dos Estados Unidos, cada tratamento com insucesso custa U\$977,00, em média. Para cada novo problema de saúde, esse custo médio seria de U\$1.105,00 e, para tratamentos combinados, de U\$1.488,00. De modo geral, os custos relacionados a problemas da farmacoterapia nos EUA durante aquele ano seriam da ordem de U\$177,4 bilhões, sendo 70% deste valor ligado somente a internações hospitalares e 18% a internações em instituições de longa permanência (ERNEST; GRIZZLE, 2001).

Nestas instituições, estima-se que os custos ligados à prescrição de medicamentos inapropriados para idosos cheguem a U\$7,2 bilhões (valores de 2001 nos EUA) e que, para cada dólar gasto com medicamentos, sejam consumidos U\$1,33 no tratamento de problemas relacionados à farmacoterapia (BOOTMAN; HARRISON; COX, 1997).

Todos esses problemas não podem ser enfrentados partindo apenas da procura espontânea e voluntária dos utentes. Tradicionalmente, os médicos tendem a dedicar maior parte do tempo (limitado) das consultas, particularmente nas unidades públicas de saúde, ao diagnóstico e seleção do tratamento para a queixa principal, sem espaço para a avaliação e discussão ampla da terapêutica e da experiência dos utentes com os medicamentos e muitas vezes minimizam a importância das estratégias não farmacológicas (PELLEGRINO, 2009).

Da mesma forma, a dispensação normalmente caracteriza-se como uma atividade centrada no medicamento, cuja via de comunicação com o utente é unilateral. Além disso, não se cumpre com as etapas que caracterizam o processo de cuidado, configurando-se como um serviço muito mais vinculado à distribuição do que à assistência ao utente. Assim sendo, a AF deve desenvolver um novo enfoque sobre o medicamento e a terapêutica, buscando se aproximar mais das reais necessidades vividas pela população durante o uso dos medicamentos (PELLEGRINO, 2009).

As necessidades da população vão além da questão do acesso e da qualidade dos produtos farmacêuticos, requerendo ações articuladas ao processo de atenção à saúde que possam garantir a continuidade do cuidado, bem como a prevenção e resolução de problemas ligados à farmacoterapia. Uma nova AF integrada de forma singular ao processo de cuidado em saúde se faz necessária, a fim de dar resposta à nova situação farmacoepidemiológica que ora se apresenta (HASSEL et al., 2001).

O uso racional de medicamentos, para ser efetivamente assegurado, implicará custos e a apropriação de diversos conhecimentos e mudanças de conduta de diversos agentes ligados à AF

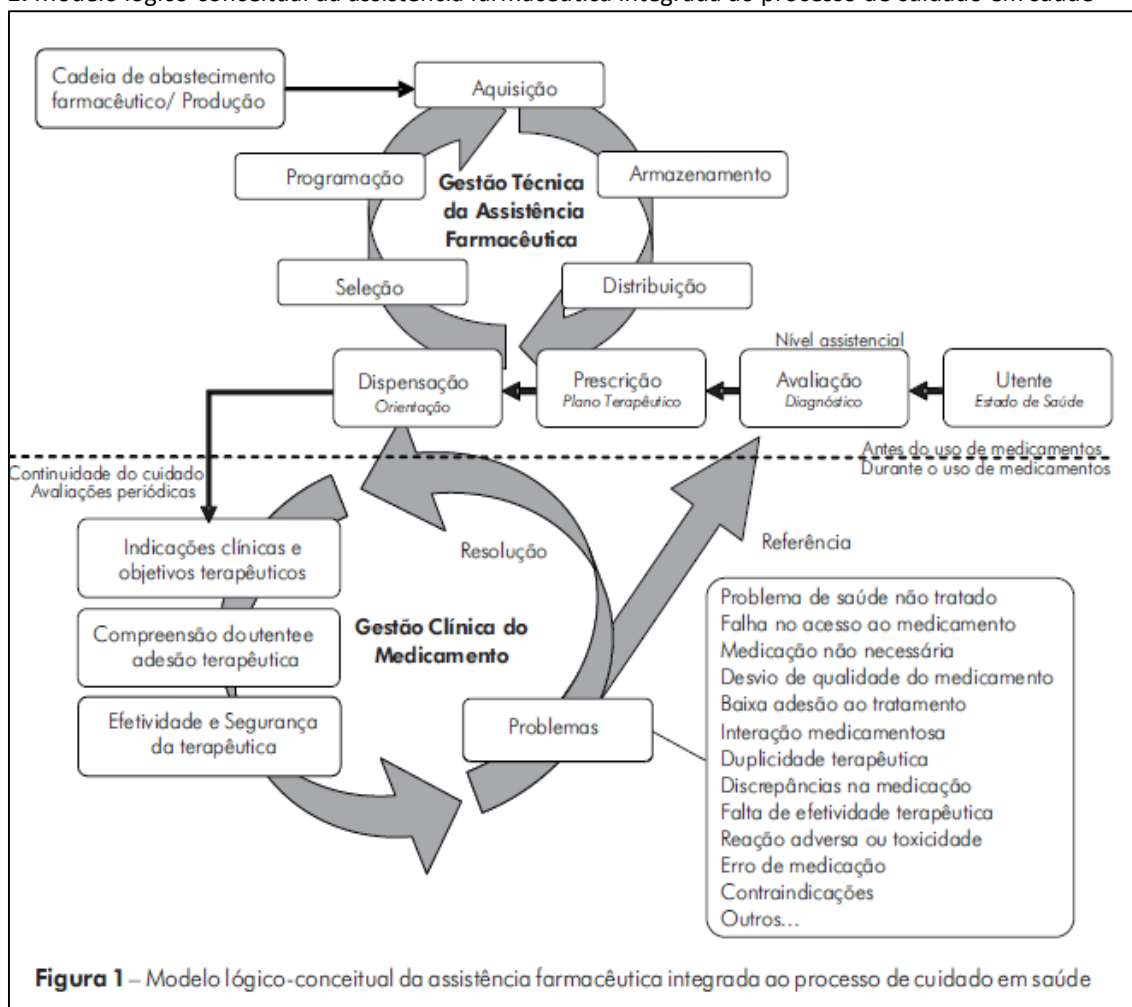
(MOTA et al., 2008). A ampliação do acesso e a contínua incorporação de novos medicamentos e novas tecnologias farão do financiamento da AF algo insustentável se não houver aumento da efetividade. É preciso eficiência para obter melhores resultados com os recursos já disponíveis e empregados (MENDES, 2011).

A fim de funcionar efetivamente como sistema de apoio ao processo de cuidado, a AF deve ampliar seu escopo, por meio da incorporação de tecnologias de gestão clínica do medicamento, associadas às tecnologias já existentes de gestão técnica da AF (HARDING et al., 1993).

2. Modelo Lógico-Conceitual Da Assistência Farmacêutica Integrada Ao Processo De Cuidado Em Saúde

O processo de uso de medicamentos nos serviços de saúde acontece por meio de fases bem definidas e ligadas ao método do cuidado. O primeiro momento do contato clínico baseia-se na coleta e organização de dados e informações sobre o cliente. Em seguida, um diagnóstico é montado, sendo este o produto do raciocínio clínico utilizado pelo profissional, geralmente o médico. A terceira fase do processo é encarada como um plano terapêutico, certamente em conjunto com o paciente, traduzido na prescrição de um ou mais medicamentos e de medidas terapêuticas não farmacológicas. A dispensação e orientação consistem na última etapa realizada antes da administração ou utilização do medicamento pelo utente (MARIN et al., 2003).

A figura 1 (modelo lógico-conceitual da AF integrada ao processo de cuidado em saúde) traz as etapas deste processo, bem como as ações da gestão técnica da AF e a gestão clínica do medicamento.

Figura 1: Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde

As atividades relacionadas à gestão técnica da AF (ações gerenciais) dão suporte à prescrição e dispensação dos medicamentos, não se ligando diretamente com a continuidade do cuidado e a avaliação dos resultados terapêuticos dos utentes. Essas ações, ainda que devam se retroalimentar e reavaliar a partir de dados sobre a efetividade dos serviços, farmacovigilância e estudos de uso de medicamentos, caracteriza-se pela ausência de enfoque clínico (FERRACINE et al., 2011).

A gestão clínica do medicamento (ações assistenciais), Também, objetiva a execução dos cuidados ligados ao uso do medicamento para que não se encerrem no ato da entrega dos produtos. Consiste em um conjunto de ações assistenciais, vinculadas à AF, que visam garantir o

uso adequado dos medicamentos (FERRACINE et al., 2011) e a obtenção de resultados terapêuticos positivos.

A gestão clínica do medicamento se identifica pela provisão de serviços clínicos centrados no paciente, de alta complexidade e baixa densidade tecnológica. Estes serviços podem ser abastecido de maneira individual e coletiva junto com a entrega de medicamentos, (FERRACINE et al., 2011) mesmo que sejam independentes desta.

As tecnologias que formam a gestão clínica do medicamento juntam-se ao processo de atenção à saúde, tendo como finalidades principais: i) a avaliação do acesso dos utentes a tratamentos adequados para seus problemas de saúde, ii) o empoderamento dos utentes e o autocuidado apoiado no que tange à terapêutica, iii) a concordância e adesão ao tratamento, iv) a redução do desperdício e o alcance de tratamentos mais custo-efetivos, v) a identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos, vi) o aumento da efetividade terapêutica, vii) a destinação adequada dos medicamentos e demais resíduos de saúde ligados à (FERRACINE et al., 2011) terapêutica . Essas atitudes devem estar incluídas às práticas dos serviços de saúde e ao trabalho da equipe de saúde como um todo.

As práticas de saúde inclusas na gestão clínica do medicamento devem ocorrer em toda a rede de atenção à saúde, estendendo a função da AF para além do sistema de apoio material e da acessibilidade aos medicamentos. Estas atividades são direcionadas para a revisão periódica das indicações clínicas e objetivos terapêuticos de cada paciente, para o suporte ao autocuidado e para a automedicação responsável, o incentivo ao aumento da compreensão e responsabilização do paciente para com a adesão ao tratamento e para a verificação sistemática da efetividade e segurança do uso de medicamentos (CORRER; SOLER, 2011).

As tecnologias de coordenação clínica do medicamento podem ser incluídas a vários locais de prática, públicos ou privados, envolvendo, portanto, uma carteira de serviços distribuídos pelos diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Na atenção primária à saúde, os serviços voltados à gestão clínica do medicamento devem estar agregados à estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), num contexto ideal de clínica ampliada, prontuário familiar e projetos terapêuticos singulares, em conformidade com as características farmacoepidemiológicas das populações (CORRER; SOLER, 2011).

Os serviços devem ser individualizados e específicos para um paciente e devem acontecer em interação direta com este, em atendimentos presenciais ou remotos. São possíveis, também, ações coletivas voltadas para grupos operativo - educativos ou consultas coletivas multiprofissionais. As tecnologias de gestão clínica do medicamento devem ser inclusos impreterivelmente baseado em evidências e claramente caracterizados quanto a sua estrutura, organização, processo e resultados pretendidos. Os efeitos devem ser avaliados, por meio de indicadores, tanto do ponto de vista das mudanças produzidas no processo de uso de medicamentos (*outputs*) como nos desfechos em saúde (*outcomes*) (PERINI, 2003).

Igualmente as outras atividades da AF, a gestão clínica do medicamento consiste em um conjunto de tecnologias que se beneficiam do trabalho multiprofissional. Os serviços farmacêuticos clínicos devem se alinhar a essas iniciativas e o sistema como um todo deve incluir suporte ao estabelecimento e manutenção da relação entre o farmacêutico, os demais membros da equipe de saúde e o utente, bem como à gestão da AF num sentido amplo (PERINI, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os problemas enfrentados nos diversos aspectos relacionados à gestão da AF, sua solução não será simples se a forma como o serviço está estruturado for mantida. Muitos fatores dependem mais de políticas públicas do que propriamente do serviço de saúde em si. Além disso, todos os componentes da AF necessitam de modificações.

Podem ser estimuladas as criações de protocolos clínicos municipais que proponham prescrições de acordo com a realidade epidemiológica destes. Esse fato reduzirá tanto o fenômeno de judicialização quanto facilitará a gestão de custos por parte do gestor. Torna-se importante a intensificação da atenção farmacêutica para atendimento de maior demanda, sem desumanizar o serviço. Além disso, não esquecer que apesar do enfoque do medicamento ser importante, deve-se priorizar o paciente.

REFERÊNCIAS

BOOTMAN, J. L.; HARRISON, D. L.; COX, E. The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities. *Archives of Internal Medicine*, v. 157, n. 18, p. 2089-2096, 1997.

BROEIRO, P.; MAIO, I.; RAMOS, V. Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 24, n. 5, p. 625-31, 2008.

CASTRO, C. G.; CASTILHO, S. R. *Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil*. ENSP, 2004.

- COFFEY, M. et al. Prevalence and clinical significance of medication discrepancies at pediatric hospital admission. **Academic pediatrics**, v. 9, n. 5, p. 360-365, 2009.
- COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. 2000. Tese de Doutorado.
- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.
- DOMINGUEZ, B. C. Diabetes: controle ainda é baixo no Brasil. **Rio de Janeiro: RADIS**, v. 59, p. 11, 2007.
- EBBESSEN, J. et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. **Archives of internal medicine**, v. 161, n. 19, p. 2317-2323, 2001.
- ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **Journal of the American Pharmaceutical Association (1996)**, v. 41, n. 2, p. 192-199, 2001.
- FERRACINI, F. T. et al. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. **Einstein (16794508)**, v. 9, n. 4, 2011.
- GANDHI, T. K. et al. Adverse drug events in ambulatory care. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 16, p. 1556-1564, 2003.
- HARDING et al. Defining social pharmacy: It needs its own distinct identity. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 2, n. 2, p. 62-63, 1993.
- HASELL, K. et al. Managing demand: transfer of management of self limiting conditions from general practice to community pharmacies. **BMJ**, v. 323, n. 7305, p. 146-147, 2001.
- KRÄHENBÜHL-MELCHER, A. et al. Drug-related problems in hospitals. **Drug Safety**, v. 30, n. 5, p. 379-407, 2007.
- LOYOLA FILHO, A. I. de et al. Prevalence and factors associated with self-medication: the Bambui health survey. **Revista de saude publica**, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.
- MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In: **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- MESSEDER, A. M. Avaliação de estrutura e processo de serviços de farmácia hospitalar segundo nível de complexidade do hospital [Dissertação de Mestrado]. **Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, 2005.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.
- MENDOZA-SASSI, R. et al. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 22-28, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação de controle de infecção hospitalar: Guia Básico para a Farmácia Hospitalar**. 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3916 de 10 de novembro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.
- MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Sup, p. 589-601, 2008.

NOBRE, F.; RIBEIRO, A. B.; MION J. R. D. Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil: Controlar Brazil. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 5, p. 663-670, 2010.

PELLEGRINO, A. N. et al. Medication therapy management services. **Drugs**, v. 69, n. 4, p. 393-406, 2009.

PERINI, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. **Medicamentos e assistência farmacêutica**, 2003.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência saúde coletiva**, v. 13, n. Supl 2, p. 2299-306, 2008.

SIMONS, L. A.; LEVIS, G.; SIMONS, J. Apparent discontinuation rates in patients prescribed lipid-lowering drugs. **The Medical Journal of Australia**, v. 164, n. 4, p. 208-211, 1996.

SHOEMAKER, S. J.; DE OLIVEIRA, D. R. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. **Pharmacy World & Science**, v. 30, n. 1, p. 86-91, 2008.

THOMSEN, L. A. et al. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 41, n. 9, p. 1411-1426, 2007.

VILARINO, J. F. et al. Self-medication profile in a city in South Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998.

VIKTIL, K. K. et al. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. **British journal of clinical pharmacology**, v. 63, n. 2, p. 187-195, 2007.

YEAH, J. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 15, n. 9, p. 728-740, 2009.