

A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil

Leonardo Régis Leira Pereira, Osvaldo de Freitas*

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo

Atenção Farmacêutica, prática recente da atividade farmacêutica, prioriza a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos. Na maioria dos países desenvolvidos a Atenção Farmacêutica já é realidade e tem demonstrado ser eficaz na redução de agravamentos dos portadores de patologias crônicas e de custos para o sistema de saúde.

No Brasil, esta atividade ainda é incipiente e alguns fatores dificultam sua implantação, entre outros, a dificuldade de acesso ao medicamento por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), Unidades Básicas de Saúde sem farmacêutico e a ausência de documentação científica que possibilite demonstrar aos gestores do sistema público e privado que a implementação da Atenção Farmacêutica representa investimento e não custo. Por outro lado, sendo nova atividade do profissional farmacêutico, torna-se primordial que as instituições de ensino farmacêutico promovam adaptações curriculares, de modo a fornecer o conhecimento formal necessário ao desempenho desta atividade. Esta revisão discute a Atenção Farmacêutica nos países em que esta se encontra mais evoluída e teve como base a busca de artigos publicados nos periódicos indexados no MedLine/Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed) até 31/12/2007. Com a revisão bibliográfica foi possível comparar com outros países as dificuldades encontradas no Brasil, para a implantação e implementação da Atenção Farmacêutica e as perspectivas para a sedimentação dessa prática no futuro.

Unitermos

- Atenção Farmacêutica
- Assistência Farmacêutica
- Medicamentos/ uso racional

*Correspondência:

O. de Freitas
Departamento de Ciências
Farmacêuticas
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
USP/Ribeirão Preto
Av do Café, s/n
14040-903 – Ribeirão Preto – SP, Brasil
E-mail: ofreitas@icfrp.usp.br

A FARMÁCIA CLÍNICA E A ATENÇÃO FARMACÊUTICA: EVOLUÇÃO E CONCEITOS

A profissão farmacêutica, como todas as outras profissões, vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Essas transformações foram desencadeadas pelo desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica, aliada à padronização de formulações para a produção de medica-

mentos em larga escala e à descoberta de novos fármacos, sempre considerados de eficácia superior pela indústria farmacêutica, resultado da pesquisa farmacêutica de alta complexidade. Adiciona-se a estes fatos a evolução das formas farmacêuticas, remodelando ações terapêuticas de fármacos. Estes avanços levaram à quase obsolescência os laboratórios magistrais das farmácias, até então atividade primária do farmacêutico, definida pela sociedade e pelo

âmbito profissional (Freitas *et al.*, 2002).

Diante desta condição tecnológica mais avançada, o farmacêutico, na farmácia, passou a ser visto pela sociedade como um mero vendedor de medicamentos. A insatisfação provocada por esta condição levou, na década de 1960, estudantes e professores da Universidade de São Francisco (EUA) à profunda reflexão, a qual resultou no movimento denominado “Farmácia Clínica”. Esta nova atividade objetivava a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (Menezes, 2000).

Após o movimento da Farmácia Clínica, em meados da década de 1970, alguns autores se empenharam em redefinir o papel do farmacêutico em relação ao paciente, pois segundo eles a Farmácia Clínica estava restrita ao ambiente hospitalar e voltada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes, sendo que o farmacêutico ficava próximo apenas à equipe de saúde.

Dessa forma, visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal, Mikel *et al.* (1975) iniciaram a construção inconsciente do conceito de Atenção Farmacêutica, que só viria a receber essa terminologia no final da década de 1980. Nesse artigo, os autores afirmavam que o farmacêutico deveria prestar “a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos”.

Posteriormente, a definição proposta por Mikel *et al.* foi ampliada e adaptada por Brodie, Parish e Poston (1980), que sugeriu incorporar a ela que o farmacêutico deveria oferecer e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficaz.

Hepler (1987) ampliou a abrangência dos conceitos publicados anteriormente definindo que, durante o processo de atendimento farmacêutico, deveria haver uma relação conveniente entre o profissional e o paciente, sendo o primeiro responsável pelo controle no uso dos medicamentos por meio de seu conhecimento e habilidade.

Em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo “Pharmaceutical Care”, que foi traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica. Nesse artigo, foi sugerido que “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”. Este conceito foi discutido, aceito e ampliado, na reunião de peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Tóquio. Nesta reunião, foi definido o papel chave do farmacêutico: “estender o caráter de beneficiário da Aten-

ção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária” (OMS, 1994).

Quase ao mesmo tempo, surgiu na Espanha o termo “Atención Farmacéutica”, com o desenvolvimento de modelo de seguimento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, criado por um grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Nesse país também foram realizados consensos para definir conceitos, modelos de acompanhamento e classificar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 2004).

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros. Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica: “um 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” (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Além do conceito de Atenção Farmacêutica, foram definidos nesse mesmo encontro os macros componentes da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica, tais como: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Entretanto, o conceito de Atenção Farmacêutica mais aceito e citado atualmente pelos pesquisadores continua a ser o elaborado por Hepler e Strand (1990), no qual a Atenção Farmacêutica é apresentada como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos.

Para os autores dessa revisão, a formação clínica do profissional farmacêutico torna-se decisiva para o futuro

da prática de Atenção Farmacêutica, pois ao adquirir os conhecimentos de Farmácia Clínica, o farmacêutico estará apto para realizar acompanhamento farmacoterapêutico completo e de qualidade, avaliando os resultados clínico-laboratoriais dos pacientes e interferindo diretamente na farmacoterapia. Vale ressaltar que além do conhecimento de Farmácia Clínica, a Atenção Farmacêutica exige do profissional preocupação com as variáveis qualitativas do processo, principalmente aquelas referentes à qualidade de vida e satisfação do usuário.

Apesar da ampliação e difusão dos conceitos de Atenção Farmacêutica deve-se ressaltar que este movimento não substitui a Farmácia Clínica. Os principais autores descrevem, como apresentado anteriormente, a Atenção Farmacêutica como uma prática, ou seja, ferramenta que facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde, facilitando um melhor acompanhamento dos pacientes, controlando a farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando problemas que possam surgir durante esse processo. Enquanto que Farmácia Clínica é definida pela Sociedade Européia de Farmácia Clínica como: *“uma especialidade da área da saúde, que descreve a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados”* (OMS, 1994).

A Associação Americana dos Farmacêuticos Hospitalares define Farmácia Clínica como: *“Ciência da Saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado aos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado”* (OMS, 1994).

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática profissional que consiste na provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos em resposta à terapêutica prescrita, que melhorem a qualidade de vida do paciente. Busca prevenir ou resolver os problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada. Além disso, envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais: a) responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; b) atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente (Cipolle, Strand, Morley, 2000).

Enfim, é um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, o centro de sua atenção. A Atenção Farmacêutica mais pró-ativa rejeita a terapêutica de siste-

mas, busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja um generalista. Trata-se de pacto social pelo atendimento e necessita ter base filosófica sedimentada. O exercício profissional do farmacêutico hoje busca a concepção clínica de sua atividade, além da integração e colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente do paciente (Peretta, Ciccía, 1998).

A justificativa social dessa proposta pressupõe que o farmacêutico deve ser incorporado nas ações de saúde, contribuindo para a redução de custos, pois é um profissional de nível superior com sólida formação na área do medicamento e, muitas vezes, o único com quem o paciente tem contato fora do serviço de saúde. Como pano de fundo dessa problemática, os farmacêuticos se afastaram da equipe de saúde, dando início à crise profissional com progressiva perda de espaço. Aliado a esse fato, o farmacêutico comunitário norte-americano na dispensação, devido à liberalização, no mercado, de medicamentos com vendas pelo correio e ampliação da lista dos medicamentos de venda livre também perdeu importância junto à população (Peretta, Ciccía, 1998).

A Atenção Farmacêutica baseia-se principalmente no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, buscando a obtenção de resultados terapêuticos desejados por meio da resolução dos problemas farmacoterapêuticos, procurando-se definir uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos (Cipolle, Strand, Morley 2000).

Os modelos de Atenção Farmacêutica mais utilizados por pesquisadores e farmacêuticos no mundo são o espanhol (Método Dáder) e o americano (Modelo de Minnesota). Entretanto, existem diferenças entre eles, principalmente na classificação dos problemas farmacoterapêuticos.

Segundo o Consenso de Granada: *“Un Problema Relacionado con Medicamentos (PRM) es todo problema de salud que sucede (PRM manifestado) o es probable que suceda (PRM no manifestado) en un paciente y que está relacionado con sus medicamentos”*. Sendo assim, os seis PRM são distribuídos em: indicação (1. O paciente não usa os medicamentos que necessita ou 2. O paciente usa medicamentos que não necessita); efetividade (3. O paciente usa medicamento mal prescrito ou 4. Dose inferior/tratamento ocorre por tempo insuficiente) e segurança (5. Idiosincrasia ou 6. O paciente apresenta uma reação adversa) (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 2004).

O modelo de Minnesota utiliza o termo Problemas Farmacoterapêuticos, definindo-o como *“qualquer evento indesejável que apresente o paciente, que envolva ou suspeita-se que envolva a farmacoterapia e que interfere de maneira real ou potencialmente em uma evolução de-*

sejada do paciente” (Cipolle, Strand, Morley, 2000). Os problemas farmacoterapêuticos são sete e dividem-se em: necessidade (1.Necessita de tratamento farmacológico adicional ou 2.Tratamento farmacológico desnecessário); efetividade (3.Medicamento inadequado ou 4.Dose do medicamento inferior à necessitada); segurança (5.Dose do medicamento superior à necessitada ou 6.Reação Adversa aos Medicamentos) e adesão (7.Aderência inapropriada ao tratamento farmacológico) (Strand *et al.*, 2004).

A diferença principal na classificação dos problemas farmacoterapêuticos baseia-se na adesão ao tratamento, pois para o Método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos PRM, enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico.

Outras definições deste referencial são as de seguimento farmacoterapêutico, problema de saúde e intervenção farmacêutica (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 2004). “**Seguimiento del Tratamiento Farmacológico a un paciente cuando se pone en práctica una metodología que permita buscar, identificar y resolver, de manera sistemática y documentada, todos los problemas de salud relacionados con los medicamentos de ese paciente, realizando una evaluación periódica de todo el proceso**”. “**Problema de Salud es todo aquello que requiere (o puede requerir) una acción por parte del agente de salud (incluido el paciente); cualquier queja, observación o hecho que un agente de salud percibe como una desviación de la normalidad**”. “**Se efectúa una Intervención Farmacéutica cuando se actúa para intentar solucionar un PRM detectado, llevando a cabo la alternativa escogida**”. Apesar das diferenças nos sistemas de saúde dos países, a Atenção Farmacêutica é necessária e pode ser aplicável para todos os países.

No Brasil, a Atenção Farmacêutica vem sendo discutida e encaminhada junto às instituições de saúde e de educação como uma das diretrizes principais para redefinição da atividade farmacêutica em nosso país, embora nas condições específicas da realidade brasileira, ainda restem algumas questões a serem enfrentadas na transposição desse referencial, principalmente no Serviço Único de Saúde (SUS), em que a garantia do acesso ao medicamento ainda se constitui o principal obstáculo a ser transposto pelos gestores. Em nosso país, as farmácias perderam seu “status” de estabelecimento de saúde e, hoje, são considerados estabelecimentos comerciais (setor privado) ou depósitos de medicamentos (setor público), afastando o farmacêutico de sua atividade primária.

Para que a farmácia retorne à atividade de estabelecimento de saúde, desempenhando importante função social e tendo o farmacêutico como líder, torna-se necessário investir na formação que resulte na melhoria do atendimento e, conseqüentemente, na conscientização da população

para o uso correto dos medicamentos. Para isto, o farmacêutico deve possuir o conhecimento teórico, aliado à habilidade de comunicação nas relações interpessoais (Chaud, Gremião, Freitas, 2004).

Atualmente, a OMS e outras Associações Farmacêuticas de relevância internacional consideram que a Atenção Farmacêutica é atividade exclusiva do farmacêutico e que este deve tê-la como prioridade para o desenvolvimento pleno de sua profissão.

O Sistema de Saúde e a Atenção Farmacêutica

No Brasil, os modelos tecnológicos em saúde que precederam o SUS, contribuíram para afastar o farmacêutico dos pacientes, pois não era prevista a sua participação na equipe de saúde, nem o medicamento considerado insumo estratégico. Segundo Gonçalves (1994), no Estado de São Paulo foram implantados diversos modelos tecnológicos na saúde pública. Até meados da década de 1920, predominou o modelo conhecido como campanhismo, com ênfase na utilização da polícia sanitária e nas campanhas de vacinação e higienização. Geraldo H. Paula Souza reorganizou o serviço e introduziu o modelo médico-sanitário, privilegiando a educação sanitária como principal instrumento de trabalho, tendo o centro de saúde como aparelho do processo. Na década de 1960, foi implantado o modelo de assistência médica individual, com participação crescente da medicina curativa como meio para alcançar a melhoria das condições de saúde. Sob o ponto de vista dos autores dessa revisão, este modelo foi o que mais contribuiu para afastar o farmacêutico do paciente, visto que era baseava-se em consulta médica e atendimento da demanda por ela gerada, além disso pode-se evidenciar que o modelo curativo ainda se faz presente com grande impacto no sistema de saúde, mesmo após a implantação do SUS.

No final da década de 1980, iniciou-se a implantação do SUS, baseada nos critérios de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática. Este foi o primeiro modelo a definir a Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos como parte integrante das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologia, envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde (Marin *et al.*, 2003). No entanto, a implementação destas tecnologias ainda é incipiente.

A primeira vez que um conjunto de forças da Sociedade Civil e do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e de medicamentos foi no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorrido em

Brasília no ano de 1988 (Brasil, 1988). Neste evento, definiram-se a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde.

As unidades de saúde, enquanto executoras da atenção primária, cumprem um papel relevante ao responder por uma grande demanda de procedimentos. Constituem, assim, *“uma forma tecnologicamente específica de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, com finalidades curativas e preventivas, assistenciais e educativas”* (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 1996). Dentre essas ações, obviamente, incluem-se aquelas ligadas ao medicamento, acesso e uso racional.

A tecnologia de uso dos medicamentos, mais especificamente referente ao processo de atendimento, representado pela relação direta entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, é enfatizada como a atividade mais importante do farmacêutico, pois este é o detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento (Hardling, Taylor, 1997).

No entanto, esta tecnologia ainda é incipiente ou inexistente, tanto no sistema público quanto no privado, devido, em parte, às dificuldades encontradas em traduzir conhecimento formal em atividade e ações junto ao público. Como reflexo desta dificuldade, a literatura que versa sobre o assunto é escassa e as existentes retratam, principalmente, o atendimento em farmácias comerciais de países subdesenvolvidos, em que a interação entre os profissionais e usuários é rudimentar, prevalecendo uma relação meramente comercial (Kamat, Nichter, 1998).

Nos países desenvolvidos, o quadro varia de acordo com a época e método de abordagem. No entanto, como regra geral, o processo de atendimento aos usuários do serviço de saúde pública tem apresentado uma comunicação unidirecional do farmacêutico para o paciente não diferindo, na essência, dos países subdesenvolvidos (Deyoung, 1996; Bissel, Ward, Noyce, 2000).

No Encontro sobre a Política Nacional de Medicamentos, em 1988, foi discutida a Assistência Farmacêutica, sendo definida como: *“grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinada a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”* (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 1996).

De acordo com esta definição, pode-se compreender que a Assistência Farmacêutica é ampla, portanto a prática da Atenção Farmacêutica encontra-se inserida no contexto da Assistência Farmacêutica. Essa visualização torna-se mais evidente quando se observa o ciclo da Assistência Farmacêutica.

Para que a Assistência Farmacêutica seja de qualidade, além de recursos disponíveis e planejamento adequado, devem-se seguir corretamente as etapas do ciclo, tais como: seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos. Dessa forma, pode-se evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente na etapa final da Assistência Farmacêutica, ou seja, no momento da dispensação e utilização dos medicamentos. Na análise conjuntural da Assistência Farmacêutica, podem-se distinguir duas áreas imbricadas, porém distintas: a) tecnologia de gestão, que tem como objetivo central garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos e b) tecnologia do uso do medicamento, cujo objetivo final é o uso correto e efetivo dos medicamentos. A execução desta depende da primeira, uma vez que a disponibilidade do medicamento é fruto da gestão (Araújo, Ueta, Freitas, 2005).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, busca-se uma Assistência Farmacêutica plena e de qualidade, garantindo principalmente acesso da população aos medicamentos da atenção primária, pois com o fortalecimento da Assistência Farmacêutica será possível aprofundar as discussões para a implantação e implementação de uma Atenção Farmacêutica sólida em nosso país.

Em contrapartida, alguns países como os Estados Unidos, Canadá e Espanha, a Atenção Farmacêutica vem sendo discutida e implantada há mais de uma década, sendo estes países considerados como referência no assunto. No Brasil, as discussões oficiais, promovidas pela OPAS, relacionadas a esse tema, iniciaram-se na segunda metade da década de 1990 (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Alguns países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Canadá, Espanha, Alemanha, França, Suécia, entre outros, encontraram menores dificuldades para implantar e implementar a Atenção Farmacêutica, pois além de possuírem um serviço de saúde bastante estruturado, já reconheciam o farmacêutico como profissional imprescindível na área de saúde, devido à sua atuação na Farmácia Clínica (Menezes, 2000). Portanto, os países considerados referência já possuem alguns serviços de Atenção Farmacêutica estruturados, os quais se encontram atualmente em fase de aperfeiçoamento, discutindo os honorários do farmacêutico na prestação da Atenção Farmacêutica. Entretanto, em outros países, como o Brasil, ainda há problemas

em relação ao acesso aos medicamentos pela população e ausência do profissional farmacêutico em drogarias, farmácias e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Através de busca realizada, em 31/12/2007, na base de dados MedLine/Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), cruzando as palavras-chave “Pharmaceutical Care” e o país de interesse, foram encontrados alguns resultados que demonstram a distribuição das publicações referentes à Atenção Farmacêutica no mundo (Tabela I).

TABELA I - Publicações em periódicos indexados até 31/12/2007 abordando o tema Atenção Farmacêutica nos países apresentados abaixo

País	Artigos Publicados	País	Artigos Publicados
Estados Unidos	7975	Espanha	166
Reino Unido	766	Japão	162
Canadá	716	Itália	110
França	314	Rússia	88
Alemanha	312	Brasil	46
Austrália	293	México	37
Suécia	281	Chile	09
Holanda	222	Argentina	09

Nesse “ranking” evidenciamos baixa frequência de publicações oriundas de países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Na América Latina, o principal país em número de publicações nesses periódicos foi o Brasil (46), seguido pelo México (37), Chile (09) e Argentina (09). Este fato pode ser interpretado pelo menos sob dois aspectos: a) tema considerado de baixa importância e/ou, b) publicações em periódicos não indexados, provavelmente devido a problemas metodológicos.

Os autores dessa revisão evidenciaram que na América do Sul, o Chile destaca-se por ter seus cursos de graduação em Farmácia voltados para a formação clínica e oferece, bianualmente, curso de especialização nesta área, do qual tem participado profissionais brasileiros na busca de conhecimento e/ou aperfeiçoamento. O pequeno número de publicações pode representar que a Atenção Farmacêutica ainda não esteja consolidada neste país, assim como no Brasil, porém é incontestável que a formação de mão de obra especializada (Farmacêutico Clínico) tem sido maior no Chile, quando comparado ao Brasil, devido à sedimentação e valorização da Farmácia Clínica pelas Universidades, e seu reconhecimento pela comunidade.

Os países com maior frequência de publicação são aqueles que, de maneira geral, publicam mais independente da área, porém coincidem com aqueles cujos sistemas de

saúde já eram bem organizados antes da implantação da Atenção Farmacêutica. Isto sugere que um dos primeiros passos para a implantação e desenvolvimento da Atenção Farmacêutica é a organização do sistema de saúde (público e privado) e da gestão do medicamento, garantindo disponibilidade e acesso da população ao medicamento e a integração do profissional farmacêutico à equipe de saúde.

Nos Estados Unidos (EUA), um dos países precursores na discussão do “Pharmaceutical Care”, 80% das prescrições são subsidiadas por entidades sociais ou pelo sistema nacional de cobertura de saúde (Managed Care). O farmacêutico está sempre presente na farmácia, realizando a dispensação e o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. Os técnicos de farmácia são treinados para separar os medicamentos prescritos e entregá-los aos farmacêuticos. No Brasil, a situação pode ser considerada inversa, pois o farmacêutico estando mais envolvido com a gestão burocrática do medicamento, deixa a dispensação a cargo dos técnicos, a menos que o profissional seja solicitado pelo usuário. O farmacêutico norte-americano recebe um valor fixo, pago pelo sistema de saúde, para realizar a dispensação dos medicamentos, pois o Managed Care não remunera, ainda, a prática da Atenção Farmacêutica. Os medicamentos de venda livre podem ser comercializados sem a presença do farmacêutico, sendo 95% deles vendidos nas redes de farmácia e supermercados, enquanto apenas 5% são comercializados nas farmácias independentes, na presença do farmacêutico. Além disso, nesse país não há preço fixo para os medicamentos (Anderson, Gangs, 1997).

Em relação aos medicamentos prescritos nos EUA, 27% são comercializados nas redes de farmácia, 22% nas farmácias independentes, enquanto 51% são dispensados em hospitais, clínicas e através do Health Maintenance Organization (HMO). Em 1995, cerca de 50,6% das prescrições tiveram medicamentos substituídos por genéricos, devido às pressões das companhias de saúde pela redução de custo, com isso a intercambialidade vem aumentando todos os anos nesse país. As farmácias norte-americanas têm permissão para realizar exames automatizados de colesterol, triglicérides, HDL-col, LDL-col e glicemia. Esse fato pode favorecer o seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes durante o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica (Anderson, Gangs, 1997).

Entretanto, os EUA gastam aproximadamente cerca de US\$ 76 milhões por ano devido a erros de prescrição ou, ao não cumprimento do tratamento farmacoterapêutico. Portanto, o desenvolvimento pleno da Atenção Farmacêutica pode favorecer a redução desses valores para o serviço de saúde (Anderson, Gangs, 1997).

A experiência canadense teve início nos anos 1970, com

a discussão da então denominada “Opinião Farmacêutica”, que difundiu progressivamente pelo país a partir de 1983, evoluindo para a Atenção Farmacêutica. Hoje, em algumas províncias canadenses como Quebec, Saskatchewan, Nova Escócia, Columbia Britânica e Terra Nova, os farmacêuticos recebem honorários pelo serviço de Atenção Farmacêutica.

Alguns números demonstram o montante da remuneração do profissional farmacêutico na província de Quebec. Essa província possui 7,2 milhões de habitantes, onde, por mês, 800 mil utilizam o sistema nacional de seguridade social, sendo que 610 mil destes pacientes possuem cobertura também do “Drug Plan” (Garipey, 1997). Em média, foram dispensadas ou aviadas, com orientação farmacêutica, 34,8 milhões de prescrições por ano, representando um gasto de US\$ 564 milhões com medicamentos. Deste montante, US\$ 232 milhões foram destinados à remuneração do farmacêutico para a realização da dispensação e Atenção Farmacêutica, sendo que os honorários são repassados quando o farmacêutico demonstra êxito com seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes (Garipey, 1997).

Nesta província, 68% das farmácias possuem o serviço de Atenção Farmacêutica e o profissional tem amparo legal para impedir a dispensação de medicamentos prescritos na receita quando detectar algum problema previsto por lei, como: alergia do paciente ao medicamento, prescrição equivocada, antecedentes de insucesso com o medicamento, interações medicamentosas, erros de dose e utilização excessiva de medicamentos pelo paciente. O valor do honorário é fixado pelo serviço de saúde, para cada tipo de intervenção (Garipey, 1997).

Na Espanha, país que tem sido considerado referência para vários pesquisadores no Brasil, a Atenção Farmacêutica foi encarada como oportunidade única de demonstrar o valor do profissional farmacêutico no controle dos medicamentos junto à equipe de saúde. Entretanto, além do farmacêutico, todos os profissionais da farmácia devem estar dispostos a realizar a Atenção Farmacêutica, contrariando a posição de outros grupos que consideram a Atenção Farmacêutica, atividade privativa do profissional farmacêutico. Na implantação da Atenção Farmacêutica, foram adotados alguns procedimentos como: elaboração de ficha de seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, uso da informática como ferramenta para coleta de dados e termo de consentimento por escrito do paciente solicitando a Atenção Farmacêutica (Martínez-Romero, 1996). Estes procedimentos visam documentar que a Atenção Farmacêutica é imprescindível durante o tratamento farmacológico e que esse serviço traz melhorias para a saúde dos pacientes e o custo da Atenção Farmacêutica é reduzido quando comparado a essas vantagens (Martínez-Romero, 1996).

No Canadá, estudo realizado pela Universidade de Laval demonstrou que 69% das intervenções do farmacêutico no tratamento farmacológico representaram redução de custos para o serviço de saúde, porém 12% delas não alteraram o custo final do tratamento (Garipey, 1997).

Em estudo realizado num serviço de Atenção Farmacêutica nos EUA (junho de 2003 a abril de 2004), utilizando 157 pacientes diabéticos foi demonstrado que, durante o acompanhamento farmacoterapêutico, houve aumento significativo no número de pacientes com hemoglobina glicada controlada (19% no início do estudo, para 50% no final) e no número de pacientes que atingiram o valor satisfatório de LDL-col (30% no início para 56% ao final do estudo). Além destes parâmetros, houve aumento no número de pacientes que realizaram exames dos olhos e pés e que iniciaram a utilização de aspirina (Kiel, Mccord, 2005). Resultados similares foram demonstrados por Clifford *et al.* (2005), durante o acompanhamento farmacoterapêutico (12 meses) de 198 pacientes atendidos no programa de Atenção Farmacêutica para o controle da doença vascular em pacientes portadores de DM2. Por outro lado, o estudo conduzido por Odegard *et al.* (2005) não demonstrou diferença significativa nos valores de hemoglobina glicada e adesão ao tratamento, quando comparado aos pacientes atendidos em programa de Atenção Farmacêutica e o atendimento convencional em saúde. Apesar desse resultado, não satisfatório, pode-se observar que, na literatura, a Atenção Farmacêutica têm apresentado, em sua maioria sucesso no acompanhamento/seguimento dos pacientes portadores de patologias crônicas.

Os resultados positivos obtidos com a Atenção Farmacêutica na melhora geral dos pacientes portadores de diabetes são extensivos aos portadores de outras patologias. O acompanhamento farmacoterapêutico, por 12 meses de 183 pacientes portadores de asma, proporcionou aumento significativo no conhecimento da patologia pelos pacientes, na aderência ao tratamento, com reflexo positivo na melhora da qualidade de vida (Mangiapane *et al.*, 2005).

A avaliação dos benefícios da Atenção Farmacêutica, realizada no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2003, da qual participaram 2985 usuários, demonstrou que 61% dos pacientes apresentaram pelo menos um problema farmacoterapêutico, identificado e solucionado, sendo que 83% mantiveram suas patologias controladas durante o período em estudo. Demonstrou também redução de custos no valor de US\$ 1.134.162,00 (Strand *et al.*, 2004).

Portanto, a Atenção Farmacêutica com acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico pode promover melhor controle da patologia dos pacientes, devido ao maior conhecimento dos pacientes em relação aos medica-

mentos e melhor comunicação entre a equipe de saúde. Estes parâmetros contribuem para a redução dos erros de medicação e reações adversas.

A eficácia do Medication Therapy Management (MTM), programa que consiste na troca de informações sobre o acompanhamento farmacoterapêutico, por escrito, entre o farmacêutico e o médico, por meio do paciente, foi avaliado com base na análise de prescrições de 150 pacientes, os quais utilizavam em média 9,3 medicamentos. Com relação ao tratamento farmacoterapêutico, foram realizadas cerca de 659 observações e sugestões, destacando-se: falta de adesão ao tratamento, necessidade de medicamento adicional, fármaco inadequado, medicamento desnecessário, presença de reações adversas, dose subterapêutica e dose elevada. Apesar das recomendações serem pertinentes, os médicos aceitaram apenas 47,4% delas (Doucette *et al.*, 2005). Problemas similares ocorrem com os profissionais brasileiros e o farmacêutico deve estar preparado para enfrentar resistências por parte da equipe de saúde.

Em estudo retrospectivo realizado em um hospital do norte da Califórnia, foram avaliadas as prescrições de 5473 pacientes portadores de HIV/Aids, nas quais os autores demonstraram a presença de erros de medicação, assim distribuídos: prescrições dispensadas de forma incorreta representaram 9,8/1000 e contra-indicações 9,51/1000. Após implantação de um programa de Atenção Farmacêutica e de um sistema informatizado de análise de prescrições, os erros praticamente desapareceram, otimizando o tempo para que os farmacêuticos possam implementar em programas de adesão ao tratamento e investigação de PRM (Delorenze *et al.*, 2005).

As vantagens proporcionadas pela Atenção Farmacêutica nos EUA, também são relatadas em países da Europa. Badia *et al.* (2005) realizaram um estudo na Espanha com 1069 pacientes, dos quais 52,9% relataram que foram orientados de forma inadequada quanto à utilização, efeito e reações adversas dos medicamentos. As informações foram transmitidas através de folhetos educativos (75,9%), médicos (54,9%), farmacêuticos (17,4%) e enfermeiras (6,7%). Com base nestes resultados, os autores advogam a favor da implantação da Atenção Farmacêutica como estratégia para melhorar este quadro, colocando o farmacêutico como ator principal desta atividade.

Daurel-Receveur *et al.* (2005) avaliaram em estudo retrospectivo 2381 casos de reações adversas relatados ao serviço de farmacovigilância francês, entre os anos de 1985 e 2001, envolvendo pacientes com idade superior a 75 anos. A classe dos inibidores da recaptção seletiva de serotonina contribuiu com 44%, a classe dos antidepressivos tricíclicos 25%, inibidores da monoamino oxidase (MAO) 2%, 27% a outros antidepressivos. O acompanhamento

farmacoterapêutico poderia reduzir ou até evitar as reações adversas.

No Brasil, alguns pesquisadores encontraram resultados semelhantes aos estudos realizados nos países desenvolvidos. Avaliação realizada com 450 usuários de 15 Unidades Básicas de Saúde de Brasília, das quais somente duas tinham farmacêutico, demonstrou que, dos medicamentos prescritos, apenas 61,2% foram dispensados, sendo 85,3% pertencentes à Relação de Medicamentos Essenciais e somente 18,7% dos pacientes tinham entendido integralmente a prescrição. O tempo total envolvido na dispensação foi em média de 53,2 segundos. Com base nestas informações os autores concluíram que um dos problemas principais relacionados ao medicamento ainda é o acesso ao mesmo. O não entendimento da prescrição pode ser atribuído ao tempo investido na dispensação, principalmente considerando que a prescrição pode conter vários medicamentos (Araújo *et al.*, 2008).

Um estudo realizado pelo nosso grupo, em farmácias do SUS, demonstrou que o trabalho do farmacêutico está centrado na tecnologia de gestão do medicamento, no sentido de disponibilizar e garantir o acesso. Mesmo nas atividades de orientação foi observada predominância de instruções no sentido do controle quantitativo do medicamento, sendo as regras ditadas de forma unilateral (Araújo, Ueta, Freitas, 2005; Araújo, Freitas, 2006).

Esta breve revisão da literatura mostra que a Atenção Farmacêutica proporciona impacto positivo no controle de patologias crônicas, associado à redução de custos para o sistema de saúde, os quais podem nortear a implantação e implementação desse serviço em nosso país.

Portanto, antes da implantação da Atenção Farmacêutica, é necessário garantir o acesso do usuário ao serviço de saúde e ao medicamento, investir maior tempo no diálogo com o paciente e conscientizar o profissional farmacêutico de sua responsabilidade no processo. Esta conscientização deve ser iniciada no curso de graduação, sendo que as tecnologias devem ser adequadas e baseadas no acolhimento e nas necessidades dos usuários, pois qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Esta mudança não depende só da prática do farmacêutico, e sim, do serviço como um todo empenhado no estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuo, entre o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo. Porém, para o exercício desta atividade o Farmacêutico precisa estar consciente de sua responsabilidade no processo desde o curso de graduação.

Entretanto, algumas modificações positivas já foram observadas na profissão farmacêutica no Brasil, sobretu-

do na última década, com alterações na legislação sanitária que incentivaram a presença do Farmacêutico nas Farmácias e Drogarias, além da Lei dos Genéricos que permite a intercambialidade do medicamento de referência pelo genérico apenas na presença do profissional farmacêutico (Lei nº 9787 de 10/02/99) (Brasil, 1999). Portanto, o cenário atual é favorável e deve ser utilizado para estimular a mudança do perfil desse profissional, aproximando-o do paciente visando à prevenção e promoção de saúde, utilização racional do medicamento e o desenvolvimento gradual da Atenção Farmacêutica em todas as suas vertentes.

Perspectivas da Atenção Farmacêutica no Brasil

Seguindo tendência mundial, o Brasil vive um movimento de intensa reestruturação na área do medicamento que permeia o sistema de saúde, envolvendo a formação e prática dos profissionais de saúde, bem estar e qualidade de vida. A implantação e implementação de ações preconizadas pelo SUS, a reestruturação das diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, em especial a farmacêutica (Brasil, 2001), a atuação conjunta da ANVISA, do Ministério da Saúde e da OPAS, vem fortalecendo as ações voltadas à racionalidade no emprego dos medicamentos, principalmente após a implantação dos genéricos.

Este cenário favorece mudanças e abre possibilidades para a introdução de novas práticas na atenção primária à saúde. No entanto, como estão estruturadas as unidades de saúde, básicas ou distritais (SUS), o modelo tecnológico de Atenção Farmacêutica é difícil, porém não impossível, de ser implantado, devido em parte às condições inerentes ao atendimento.

Na maioria das unidades de saúde, o fluxo de usuários é alto e os recursos humanos escassos, portanto o tempo de atendimento é sacrificado em benefício do processo de gestão. O serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, o usuário, quase sempre, cansado pela espera, na fila da farmácia ou outra, está mais preocupado com a redução do tempo do que com a orientação propriamente dita. Nesta realidade, o tempo investido na orientação representa para o usuário maior desconforto e para o farmacêutico maior probabilidade de reclamações (Araújo, Freitas, 2006).

Segundo Oliveira *et al.* (2005), a implantação da Atenção Farmacêutica nas Farmácias Comunitárias enfrenta obstáculos que incluem o vínculo empregatício do profissional farmacêutico e a rejeição do programa por gerentes e proprietários, além da insegurança e desmotivação por parte dos farmacêuticos, devido ao excesso de trabalho e falta de tempo para se dedicar ao atendimento, perdendo a concorrência para os balconistas em busca de comissões sobre vendas. Há necessidade de estimular a atuação profissional, princi-

palmente de acadêmicos, sendo esse o primeiro passo para o sucesso da Atenção Farmacêutica, uma vez que a sociedade começa a reconhecer a importância do atendimento realizado pelo farmacêutico (Oliveira *et al.*, 2005).

Segundo a análise dos autores dessa revisão, para a implementação da Atenção Farmacêutica, no Brasil, são necessárias:

a) mudança de paradigma, ou seja, as tecnologias devem ser adequadas e baseadas no acolhimento e nas necessidades dos usuários. Esta mudança, não depende só da prática do farmacêutico e, sim, todo o serviço deve estar empenhado em estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuo, entre o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo;

b) avaliar a capacitação e o perfil do profissional farmacêutico para esta nova atividade e, se necessário, desenvolver estratégias para prepará-los e treiná-los, cuja pedra fundamental, pelo menos no plano teórico, foi lançada nas novas diretrizes curriculares para os cursos de Farmácia “Formação Generalista” (Chaud, Gremião, Freitas, 2004; Brasil, 1996; Brasil, 2001). O sistema formador deve aproveitar as modificações propostas no “Farmacêutico Generalista”, incluir nos currículos dos cursos de Farmácia treinamento clínico e em ambulatórios, aprendizagem baseada em soluções de problemas, de modo a ampliar seus conhecimentos em fisiopatologia, medicamentos e terapêutica. Além do conhecimento técnico, a formação deve contemplar o desenvolvimento de habilidades de comunicação em linguagem adequada com a equipe de saúde e, principalmente, com o usuário;

c) criação e validação, social e econômica, de modelo tecnológico de Atenção Farmacêutica. Este deve permitir, frente à nossa realidade, demonstrar ou não que os benefícios por ela proporcionados, ou seja, redução das reações adversas, das interações medicamentosas e dos agravamentos da patologia, devido a maior adesão ao regime terapêutico prescrito tenha maior valor monetário do que os custos de sua implantação e manutenção. Em caso positivo, este seria o argumento decisivo para convencer os gestores dos serviços de saúde da necessidade e das vantagens da implantação do serviço de Atenção Farmacêutica.

No Brasil, há farmacêuticos, isoladamente, que buscam alternativas para desenvolver a Atenção Farmacêutica, entretanto pode-se observar que, na maioria dos casos, esse novo processo está associado às Universidades e seus docentes. De maneira geral, podemos considerar que a atividade de Atenção Farmacêutica ainda é incipiente no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Para a implementação efetiva da Atenção Farmacêutica no setor público, devem-se conscientizar os gestores que esta atividade reduz custos para

o sistema saúde e melhora a qualidade de vida. No setor privado, pode representar o diferencial de atendimento, que contribui para a fidelidade do cliente.

ABSTRACT

The evolution of pharmaceutical care and the prospect for the Brazil

The Pharmaceutical Care, recent practice of the pharmaceutical activity, prioritizes the orientation and the pharmacotherapeutic follow up, besides direct relation among the pharmacist and the medicine's user. In most developed countries the Pharmaceutical Care is already a reality and has demonstrated efficacy in the reduction of aggravation in the chronic diseases and in the cost of the health system.

In Brazil, this activity is still incipient due to the difficulty of access to the medicines by the users of the Health System, absence of pharmacists in the Basic Units of Health and absence of scientific documentation that may demonstrate to the managers of the public and private system of Health that the implementation of Pharmaceutical Care represent investment and not cost. However, for being a new activity of the pharmacist, it is demanding that the pharmaceutical education institutions promote the necessary adaptations, providing the formal knowledge for the practice of this activity. This paper discuss the Pharmaceutical Care in countries that present more evolution in your development according with MedLine/Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed). This article compared the difficulties of the Brazil and others countries for the implantation of Pharmaceutical Care and the prospect for the future.

UNITERMS: Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Attendance. Medicines/ rational use.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, L.; GANGS, J. Jornadas sobre managed care y pharmaceutical care. *Boletín Fepafar*, v.11, n. p.11-15, 1997.
- ARAÚJO, A.L.A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Ciên. Farm.*, v.42, n.1, p.137-46, 2006.
- ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v.26, n. p.87-92, 2005.
- ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n. p.611-17, 2008.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA UNIVERSIDAD DE GRANADA. *II Consenso de Granada*. Atención-farmacéutica en internet. Disponível <<http://www.atencion-farmacutica.com>> . Acesso em: 13 dez. 2004.
- BADIA, L.X.; MAGAZ, M.S.; GUTIÉRREZ, N.L.; GUILERA, S.M. Prescription medicines information: Spanish general population survey. *Aten. Primaria*, v.36, n.2, p.93-99, 2005.
- BISSEL, P.; WARD, P.R.; NOYCE, P.R. Appropriateness measurement: application to advice-giving in community pharmacies. *Soc. Sci. Med.*, v.51, n. p.343-59, 2000.
- BRASIL. Lei nº 10172, de 09 de janeiro de 2001. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Superior. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 jan. 2001.
- BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 dez. 1996.
- BRASIL. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Lei dos Medicamentos Genéricos. Altera a lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 fev. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. 1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1988. 43p.
- BRODIE, D.C.; PARISH, P.A.; POSTON, J.W. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am. J. Pharm. Educ.*, v.44, n.3, p.276-78, 1980.

- CHAUD, M.V.; GREMIÃO, M.P.D.; FREITAS, O. Reflexão sobre o ensino farmacêutico. *Rev. Ciên. Farm.*, v.25, n. 1, p.65-68, 2004.
- CIPOLLE, R.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. *El ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGraw Hill – Interamericana; 2000. 368 p.
- CLIFFORD, R.M.; DAVIS, W.A.; BATTY, K.A.; DAVIS, T.M.E. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*, v.28, n. p.771-776, 2005.
- CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. *Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.
- DAUREL-RECEVENEUR, M.; MIREMONT-SALAMÉ, G.; FOURRIER, A.; AURICHE, P.; MOORE, N.; BÉGAUD, B.; HARAMBURU, F. Antidepressant adverse effects in the elderly: analysis of spontaneous reports in France. *Thérapie*, v.60, n.1, p.61-65, 2005.
- DELORENZE, G.N.; FOLLANSBEE, S.F.; NGUYEN, D.P.; KLEIN, D.B.; HORBERG, M.; QUESENBERRY, C.P.; BLICK, N.T.; TSAI, A.L. Medication error in the care of HIV/AIDS patients: electronic surveillance, confirmation, and adverse events. *Med. Care*, v.43, n.9, p.63-68, 2005.
- DEYOUNG, M. A review of the research on pharmacists' patient-communication views and practices. *Am. J. Pharm. Educ.*, v.60, n.1, p.60-77, 1996.
- DOUCETTE, W.R.; MCDONOUGH, R.P.; KLEPSE, D.; MCCARTHY, R. Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy. *Clin. Ther.*, v.27, n.7, p.1104-1111, 2005.
- FREITAS, O.; CHAUD, M.V.; UETA, J.; SHUHAMA, I.K. O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva. *Rev. Pharm. Bras.*, v.30, n. p.85-87, 2002.
- GARIEPY, I. Assessoramento Farmacêutico em Canadá: uma opinião que se paga. *Boletín Fepafar*, v.10, n. p.6-7, 1997.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1994. 126p.
- HARDLING, G.; TAYLOR, K. Responding to change; the case of community pharmacy in Great Britain. *Sociol. Health Ill.*, v.19, n. p.547-560, 1997.
- HEPLER, C.D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am. J. Pharm. Educ.*, v.51, n.4, p.369-385, 1987.
- HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.47, n.3, p.533-543, 1990.
- KAMAT, R.V.; NICTER, M. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Soc. Sci. Med.*, v.47, n.6, p.779-794, 1998.
- KIEL, P.J.; MCCORD, A.D. Pharmacist impact on clinical outcomes in a diabetes disease management program via collaborative practice. *Ann. Pharmacother.*, v.39, n.11, p.1828-1832, 2005.
- MANGIAPANE, S. MANGIAPANE, S.; SCHULZ, M.; MÜHLIG, S.; IHLE, P.; SCHUBERT, I.; WALDMANN, H.C. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Ann. Pharmacother.*, v.39, n.11, p.1817-1822, 2005.
- MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373p.
- MARTÍNEZ ROMERO, F. Atención Farmacéutica en España: um gran compromiso. *Farm. Profess.*, v.6, n.9, p.6-12, 1996.
- MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. *Rev. Pharm. Bras.*, v.22, n. p.28, 2000.
- MIKEAL, R.L.; BROWN, T.R.; LAZARUS, H.L.; VINSON, M.C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.32, n.6, p.567-574, 1975.
- ODEGARD, P.S.; GOO, A.; HUMMEL, J.; WILLIAMS, K.L.; GRAY, S.L. Caring for Poorly Controlled Diabetes Mellitus: A Randomized Pharmacist Intervention. *Ann. Pharmacother.*, v.39, n.3, p.433-440, 2005.

- OLIVEIRA, A.B.; OYAKAWA, C.N.; MIGUEL, M.D.; ZANIN, S.M.W.; MONTRUCCHIO, D.P. Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil. *Rev. Bras. Ciên. Farm.*, v.41, n.4, p.409-413, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 1994. 24p. (*Report of a WHO Meeting*).
- PERETTA, M.D.; CICCIA, G.N. *Reingeniería de la Práctica Farmacéutica*. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1998. 226 p.
- SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto: programas e ações em unidades básicas*. São Paulo: Hucitec, 1996. 323p.
- STRAND, L.M.; CIPOLLE, R.J.; MORLEY, P.C.; FRANKS, M.J. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty five years of experience. *Curr. Pharm. Des.*, v.10, n.31, p.3987-4001, 2004.

Recebido para publicação em 03 de abril de 2007
Aceito para publicação em 12 de agosto de 2008