

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SSM: DO DISCURSO PROFISSIONAL À EFETIVA PRÁTICA CLÍNICA

Recebido em 28/3/2011
Aceito para publicação em 31/3/2011

Cristiane Soares Cardozo¹

RESUMO

A atenção farmacêutica (AF), filosofia de prática profissional que compreende a orientação e a indicação farmacêuticas, a educação sanitária, a farmacovigilância e o seguimento farmacoterapêutico (SFT) como atividades desempenhadas pelo farmacêutico focadas no paciente, vem se disseminando cada vez mais pelo mundo. Na Marinha do Brasil (MB), sua implantação foi determinada pelo Manual para Aplicação dos Programas de Saúde na Marinha do Brasil – DSM-1001 (2ª Rev), através da criação do Programa de Atenção Farmacêutica (PAF). No entanto, alguns farmacêuticos da MB não executam essas atividades por falta de tempo reservado para elas em sua rotina, em função das diversas funções que exercem. O objetivo deste artigo é apresentar sugestões de como a AF pode ser concretizada no cotidiano dos farmacêuticos que atuam nos diversos ambientes da MB. Foi realizada pesquisa bibliográfica e troca de informações com outros farmacêuticos clínicos, além do relato de experiências do autor em seu local de trabalho. São apresentados os pontos que devem ser comuns a todas as funções clínicas e sugestões de atividades junto ao paciente que podem ser realizadas pelos farmacêuticos da MB nos ambientes ambulatorial (dispensação/orientação farmacêutica, indicação farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico) e hospitalar (análise das prescrições, reconciliação medicamentosa, alta hospitalar, ações das unidades de Farmacovigilância e Centro de Informações de Medicamentos). Este artigo demonstra que a AF não é um conceito distante e complexo, mas sim uma filosofia profissional que pode ser traduzida em atividades concretas da rotina do farmacêutico da MB que lida com pacientes na sua prática diária.

Palavras-chave: *Atenção farmacêutica; Serviços Comunitários de Farmácia; Serviço de Farmácia Hospitalar.*

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida dos seres humanos tem aumentado de forma espetacular nos últimos anos. Esse fato se deve a numerosos fatores dentre os quais se destaca a existência de medicamentos, que são a ferramenta terapêutica mais importante para prevenir, curar ou controlar a maioria das doenças. Todavia, nem sempre a utilização de um medicamento produz um resultado ótimo, seja porque apareçam efeitos adversos ou tóxicos, ou porque não se consegue atingir os objetivos terapêuticos desejados.^{1,2}

Dader, Muñoz e Martínez-Martínez (2008) relembram que, para alcançar esse objetivo, a participação do farmacêutico é fundamental, especialmente na avaliação e acompanhamento dos resultados terapêuticos obtidos. No caso dos resultados negativos, devem ser realizadas as intervenções necessárias para resolvê-los, bem como eliminar as suas causas, em especial as passíveis de prevenção.³

A atenção farmacêutica (AF) é um modelo de prática profissional centrado no paciente onde o farmacêutico se responsabiliza pela necessidade, segurança e efetividade da sua farmacoterapia, garantindo que ele possa cumprir os esquemas terapêuticos e seguir o plano de assistência, de forma a alcançar resultados positivos. Diversos estudos mostram resultados concretos sobre o impacto positivo da AF sobre a qualidade de vida e os custos assistenciais.⁴ Este modelo pode ser traduzido na atividade prática essencial do trabalho farmacêutico, nos serviços de dispensação, indicação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico (SFT), farmacovigilância e educação sanitária, com o objetivo de prevenir os resultados negativos associados ao medicamento,³ conforme ilustrado na Figura 1. O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica confirma esse raciocínio, discriminando essas atividades como componentes da AF.^{1,2}

¹Farmacêutica, Especialista em Atenção Farmacêutica, Hospital Naval Marcílio Dias – Rio de Janeiro/RJ

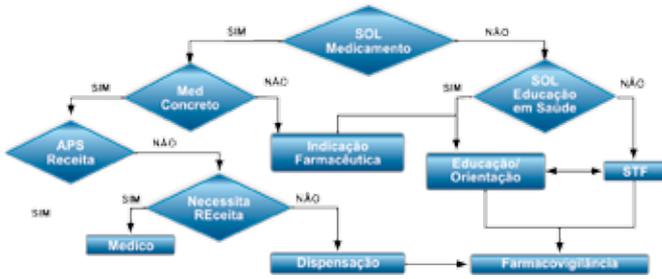


Figura 1: Atividades de atenção farmacêutica no marco do trabalho habitual da farmácia.

Fonte: Dader; Muñoz; Martínez-Martínez (2008:39).

No âmbito da Marinha do Brasil (MB), como iniciativa para estimular uma atuação mais clínica do farmacêutico, a Diretoria de Saúde da Marinha concebeu o Programa de Atenção Farmacêutica (PAF) como uma das estratégias assistenciais dos Programas de Saúde da Marinha (PSM) com o objetivo de funcionar como ferramenta de suporte aos demais PSM, disponibilizando as informações sobre a adesão e abandono do paciente ao tratamento.⁴

De acordo com o Manual para Aplicação dos Programas de Saúde da Marinha (DSM-1001), este programa deve ser desenvolvido nos SeDiMe, já que este é o local de obtenção dos medicamentos utilizados pelos pacientes cadastrados nos demais PSM.⁴

Entretanto, considerando que o conceito de AF implica que o farmacêutico assuma a responsabilidade pelo gerenciamento da farmacoterapia junto ao paciente, entende-se que a realização dessa prática não deve se restringir ao nível ambulatorial dos SeDiMe, mas sim a qualquer ambiente que envolva a presença de um usuário de medicamentos. Nesse sentido, este artigo propõe que os farmacêuticos da MB podem e devem disponibilizar seus conhecimentos técnicos aos pacientes: seja na farmácia hospitalar ou em um posto de dispensação de medicamentos em nível primário.

Este artigo apresenta sugestões de como a AF pode ser concretizada no cotidiano dos farmacêuticos que atuam nos diversos ambientes da MB.

MÉTODODO

Para a realização deste artigo foram consultadas referências primárias, terciárias e conteúdos abordados em sala de aula durante o curso de pós-graduação *lato sensu* em AF do Instituto Racine, bem como as publicações que normatizam os procedimentos relativos aos medicamentos e à AF no contexto do SSM.

Ao longo do texto também foram colocadas percepções da autora decorrentes das atividades realizadas em sua rotina de assistente do Serviço de Farmácia Clínica e Farmacovigilância do Hospital Naval Marcílio Dias, além da troca de experiência com outros profissionais que atuam junto aos pacientes em seus ambientes de trabalho. Esses relatos foram incluídos para que as sugestões aqui propostas realmente tenham um viés prático, demonstrando como essas atividades podem ser realizadas no cotidiano do farmacêutico da MB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seja qual for o local de atuação do farmacêutico ou a atividade clínica que ele exerce, algumas condições devem ser respeitadas para aumentar a probabilidade de sucesso nessas tarefas.

- **É necessário começar a agir!** Não existem barreiras para estabelecer práticas de cuidado do paciente, mas sim trabalho. É obrigação ética do profissional oferecer seus serviços a um usuário de medicamentos que pode se beneficiar dos seus conhecimentos técnicos. Conforme mencionado recentemente em um congresso⁵ pela Dra. Linda Strand (autora do artigo que define o *pharmaceutical care* pela primeira vez na literatura) ao se referir aos farmacêuticos, “é necessário falar mais alto e de forma mais clara, agir mais rápida e decisivamente e assumir mais responsabilidades, assumindo um compromisso com o paciente”. Ramalho de Oliveira (2011) também expressa esta preocupação, ao dizer que:

(...) já existem estudos, discursos e argumentos suficientes na literatura indicando os problemas associados ao uso de medicamentos (...) Assim, tenho convicção de que não temos mais tempo para continuar justificando a transformação do papel e do foco do farmacêutico (...) É tempo de realização!

- **Necessidade de um tempo exclusivo para as atividades clínicas.** É fato que as funções gerenciais do farmacêutico são de fundamental importância para o bom andamento do seu serviço. Por outro lado, já foi observado em trabalhos como o de Oliveira et al. (2005) que a própria atividade gerencial afasta o farmacêutico de seu âmbito de atuação, de modo que não há muito tempo disponível dentro de seu horário de expediente para as atividades clínicas e o atendimento aos pacientes.⁶ Uma sugestão é que o farmacêutico reserve parte de sua jornada de trabalho semanal apenas para a atuação clínica, independente da natureza dessas atividades. Ressalta-se que, durante o período escolhido, o profissional deve se dedicar apenas a essa função, sem interrompê-la para tratar de outros assuntos. Embora o farmacêutico na MB possua uma série de tarefas que exigem tempo para sua realização (incluindo encargos colaterais), sugere-se que ele comece com uma manhã na semana, por exemplo, começando com um número pequeno de pacientes e, ao se desenvolver as habilidades e a agilidade necessárias, aumentar o quantitativo aos poucos. A repetição e constância da prática são as únicas formas de aperfeiçoá-la cada vez mais.
- **Desenvolvimento de habilidades clínicas.** É mister que o farmacêutico deve não só ter uma sólida base de Farmacologia Clínica e Farmacoterapia, mas também desenvolver experiências no cuidado direto do paciente. Para tal, o profissional deve praticar as habilidades clínicas e as bases humanísticas necessárias ao atendimento, adquirindo conhecimentos básicos de Psicologia, técnicas de entrevista, Semiologia Clínica, interpretação de exames laboratoriais e outras áreas que considerar deficitárias em sua formação acadêmica.
- **Atuação na equipe multiprofissional.** O farmacêutico deve ter consciência de que não será capaz de fazer uma abordagem holística do paciente e atender a todas as suas necessidades se trabalhar sozinho. Naturalmente, ao longo do acompanhamento, ele vai perceber a necessidade de interagir com outros profissionais para a resolução de problemas relacionados a medicamentos e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.⁷ Além disso, é necessário reconhecer que cada profissão tem sua razão de ser e que todos têm muito a aprender com os outros.

- **O paciente como foco.** Como a AF tem o objetivo de alcançar os melhores resultados clínicos possíveis no paciente, esse sujeito deve ser o centro da atuação do farmacêutico.³ Cipolle, Strand e Morley (2004) ressaltam que esse profissional tem a responsabilidade de entender a experiência medicamentosa do paciente porque ela impacta diretamente nas decisões que ele toma sobre sua farmacoterapia.⁷

Embora médicos, enfermeiras e "pharmaceutical care practioners" possam fazer sugestões para o paciente, no final, é o paciente que decide o que vai fazer a respeito do uso de medicamentos (tradução nossa, grifo nosso).⁷

É necessário atender aos pacientes visando identificar e satisfazer suas necessidades e expectativas, lembrando aos profissionais de saúde que "deve-se aceitar que **cada pessoa é diferente no momento de sentir e experimentar a doença**"³ (grifo nosso); de modo que é necessário respeitar as peculiaridades de cada um e traçar um plano terapêutico individualizado. Sendo assim, o farmacêutico deve considerar a experiência medicamentosa do paciente e entender como ele toma suas decisões para, a partir daí, fazer sugestões que otimizem a farmacoterapia.

- **Registro das intervenções.** A documentação da prática clínica é a chave para quase tudo. A primeira vantagem é o profissional poder consultar as informações registradas sempre que necessário e, assim, propor ao paciente um plano de cuidado com base nas suas experiências. Além disso, é necessário fazer o levantamento estatístico de todas as contribuições diretas ou indiretas do farmacêutico na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A economia no custo dos serviços de saúde decorrente das atividades de AF é mensurável, independente do profissional e do local de atuação. Logo, podemos reportar esses resultados em qualquer nível, demonstrando o seu impacto não apenas econômico, mas também na qualidade de vida dos pacientes.² E isso só será possível com o registro adequado de todas essas informações.

AF em nível ambulatorial

Sem dúvida, a dispensação de medicamentos é uma grande oportunidade de aplicar os conceitos de AF, uma vez que é o momento em que o farmacêutico tem contato direto com o paciente e a prescrição medicamentosa. Nesse ambiente, podem ser realizadas as atividades a seguir.

- **Dispensação/orientação farmacêutica.** A experiência também mostra que, mais do que ter parte do expediente destinado a este fim, é válido o farmacêutico ficar próximo aos pacientes. No caso dos SeDiMe, por exemplo, ficar na sala de espera (e não atrás do balcão) estimula a interação com os pacientes. O mais importante no momento da dispensação é perceber qual a necessidade de cada paciente, de forma individualizada; conforme demonstrado na Figura 2. Inicialmente, o farmacêutico deve verificar qual o motivo da visita do paciente. Como na grande maioria das vezes o objetivo é a aquisição de medicamentos, o farmacêutico deve verificar se é o caso de algum medicamento novo ou continuação de tratamento antigo. O profissional pode utilizar os fluxogramas de tomada de decisão sugeridos por Dader, Muñoz e Martínez-Martínez (2008), bem como o protocolo de primeira dispensação e dispensação repetida.³



Figura 2: Diagrama de relações dos princípios básicos da dispensação.

Fonte: Dader; Muñoz; Martínez-Martínez (2008:70).

Com a prescrição medicamentosa nas mãos, o farmacêutico pode não só dar as orientações específicas de cada medicamento, mas também montar um esquema para o paciente discriminando os horários de tomada de cada item prescrito para facilitar a sistematização do uso. Ressalta-se que, nesse momento, a adequação dos horários às atividades diárias do paciente é fundamental, de forma que ele deve ser consultado sobre os hábitos e a exequibilidade dos horários propostos.

- **Indicação farmacêutica.** Também é comum o paciente relatar queixas durante o atendimento. Dader, Muñoz e Martínez-Martínez (2008) relembram que o farmacêutico deve distinguir se os problemas de saúde relatados pelo paciente são processos banais e autolimitados ou não. Caso afirmativo, é possível realizar a indicação farmacêutica e sugerir a utilização de algum medicamento anódino para o alívio do sintoma, conforme a Figura 3. Caso negativo é aconselhável sugerir ao paciente a oferta do SFT ou, dependendo do caso, o encaminhamento ao médico.³ Se o profissional preferir, existem livros em português que descrevem passo a passo a dispensação de medicamentos anódinos⁸ e mencionam as orientações que o farmacêutico pode fornecer quando o paciente refere distúrbios menores.⁹

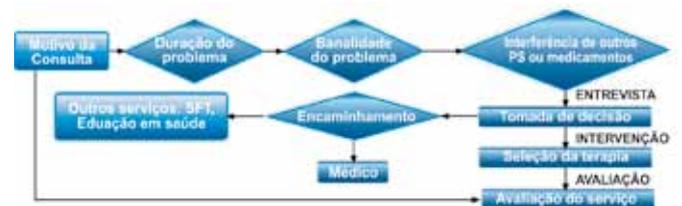


Figura 3: Esquema do processo de indicação farmacêutica

Fonte: Dader; Muñoz; Martínez-Martínez (2008:91).

- **Seguimento farmacoterapêutico.** Existem diferentes métodos para sistematizar o acompanhamento do paciente. Este autor apresentou um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em AF cujo tema é "Proposta de Implantação do Programa de Atenção Farmacêutica nos SeDiMe", que consiste em uma normatização para a realização de SFT passo a passo, inspirado no método Dader e na filosofia holística do método Minnesota descrito por Cipolle, Strand e Morley (2004) de acordo com o preconizado na DSM-1001. Os roteiros de entrevista propostos podem ser solicitados pelo endereço eletrônico do autor.

AF em nível hospitalar

Muitas pessoas têm a ideia de que a AF só pode ser realizada no ambiente ambulatorial. Seguindo essa visão, o farmacêutico hospitalar poderia se omitir e continuar com suas atividades geren-

ciais, restringindo-se às funções de aquisição de medicamentos e sua distribuição para os diversos setores do hospital sem sair do espaço físico da farmácia hospitalar (FH). No entanto, diante da responsabilidade inerente à profissão de assumir um compromisso com o paciente (que independe do local de trabalho), o farmacêutico não pode mais se esconder atrás dos balcões e das caixas de medicamentos. É imperativo que ele interaja com os demais profissionais de saúde e, por que não, com os próprios pacientes. Nessa perspectiva, o hospital se torna um excelente local para a realização da AF, em função da facilidade de acesso à equipe multiprofissional e aos pacientes/cuidadores, nos leitos. É possível (embora não seja fácil) permeiar a filosofia clínica nas atividades gerenciais da FH, fazendo com que elas deixem de ser executadas mecanicamente e contemplando as necessidades de cada paciente. Para isso, é fundamental que os farmacêuticos saibam aplicar os conhecimentos teóricos na prática, mesmo que não estejam realizando SFT (Figura 4).



Figura 4: Atividades do farmacêutico junto ao paciente internado.

Para se desenvolver uma filosofia sobre Farmácia Clínica, inicialmente os objetivos da FH devem estar bem estabelecidos, de modo que o aspecto clínico esteja inserido na meta do serviço. Logo, é necessário que a filosofia tenha o apoio da chefia da Farmácia e da direção do hospital, para que as propostas de ideias tenham o suporte da alta administração. A seguir algumas sugestões de atividades das unidades de Farmácia Clínica que podem melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pela FH.

- **Análise das prescrições.** O ideal é que 100% das prescrições medicamentosas do hospital sejam avaliadas pelo farmacêutico antes de serem dispensadas. Como isso requer tempo, uma sugestão é a criação de uma escala para avaliação das prescrições e controle da dispensação por meio do rodízio entre os farmacêuticos para que, a cada dia, exista um profissional específico para esse fim. Nesse momento, é possível fazer observações/comentários/sugestões a respeito de posologia, do horário de administração, da forma farmacêutica etc. Ressalta-se que, antes de cada intervenção, é necessário consultar os dados constantes do prontuário, avaliar o caso clínico e, se possível, entrar em contato com o prescritor para dirimir eventuais dúvidas.
- **Reconciliação medicamentosa.** Reconciliação medicamentosa é o processo no qual a seleção dos medicamentos prescritos no momento da admissão hospitalar é feita considerando todos os medicamentos que o paciente fazia uso antes da internação, por meio de uma entrevista realizada com o paciente/cuidador e da revisão da farmacoterapia em uso.¹⁰ Em outras palavras, é comparar a prescrição medicamentosa no momento da internação com a relação de medicamentos que o paciente utilizava em casa.¹¹ Esse processo também inclui a análise dos dados contidos no prontuário, comparações entre as prescrições e discussões com os prescritores.¹² Vira (2006) também menciona que,

embora algumas alterações sejam mudanças terapêuticas realizadas conscientemente pelo prescritor após a análise do quadro clínico, outras são feitas sem perceber e podem ser consideradas erros de medicação. Se estes erros tiverem consequências clínicas, podem se tornar reações adversas ao medicamento (RAM) potenciais ou reais.¹² Deve-se considerar que a simples comparação entre os medicamentos que o paciente fazia uso antes da internação e os prescritos durante sua permanência no hospital não é suficiente: o farmacêutico deve visitar os pacientes internados e verificar se algum medicamento foi trazido de casa para o hospital. Caso afirmativo, sugere-se verificar se os medicamentos são padronizados ou não no hospital; estão adequadamente identificados (nome do princípio ativo, concentração etc.); estão dentro do prazo de validade e estão armazenados de forma completa (por exemplo, não é incomum encontrar frascos com diversos comprimidos fora do blíster e já partidos ao meio). Nessa ocasião, é interessante fazer o devido registro dessas informações em formulário próprio, solicitar a assinatura do paciente/cuidador (uma vez que esses medicamentos não foram fornecidos pela FH), e registrar se o paciente concorda em deixar esses itens guardados no posto de enfermagem e quais as intervenções farmacêuticas realizadas (orientação direta ao paciente, informe ao médico etc.). A visita do farmacêutico ao leito também é uma excelente oportunidade de verificar possíveis erros de prescrição e, com base no relato do paciente e na comparação com a prescrição médica, encaminhar informes ao médico para reavaliação da prescrição.

- **Alta hospitalar.** Um dos momentos mais críticos para a adesão ao tratamento medicamentoso é a alta hospitalar, pois o paciente deixa de ser um mero receptor dos medicamentos e passa à condição de gerenciador da própria farmacoterapia. A partir daí ele deve adquirir os medicamentos e utilizá-los sem o suporte da equipe multiprofissional, tendo apenas a prescrição para orientar o seu uso. Nessa transição são muito frequentes as perdas, as omissões de dados e o que é pior: a falta de compreensão parte do paciente/cuidador. Nesse contexto, o farmacêutico pode contribuir visitando o paciente para dar as orientações sobre o uso dos medicamentos preparando junto com o paciente um mapa com os medicamentos e seus horários, conforme já mencionado no atendimento ambulatorial. O ideal é que o farmacêutico seja informado com antecedência sobre a previsão de alta dos pacientes, para que a visita seja feita com mais calma e as chances do paciente assimilar as orientações e tirar suas dúvidas sejam maiores. Nessa ocasião, também é interessante oferecer ao paciente algum informe por escrito (seja uma cartilha de orientações farmacêuticas ou um folder sobre a sua enfermidade, principalmente no caso de doenças crônicas) para que ele leve para casa essas informações e as consulte sempre que achar necessário. É interessante que esse material apresente o telefone de contato da Farmácia para que ele possa dirimir possíveis dúvidas. Também é válido fazer o acompanhamento desse paciente após a alta (com uma ligação telefônica até três dias após a saída do hospital, por exemplo), a fim de verificar se ele teve alguma dificuldade para utilizar os medicamentos em casa.
- **Farmacovigilância.** Normalmente as Unidades de Farmacovigi-

lância (UFV) se restringem a concentrar as notificações realizadas pelos diversos profissionais do hospital e repassá-las à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o programa Notivisa. No entanto, a prática demonstra que existe a subnotificação; de modo que pouquíssimos eventos adversos são notificados e, quando o são, observa-se que a maioria diz respeito a queixas de desvio de qualidade de material e tecnovigilância. Uma forma de conscientizar é divulgar o serviço em Plano do Dia, página eletrônica da OM, boletins farmacoterapêuticos, pôsteres nas paredes do hospital e outros meios de comunicação disponíveis em cada unidade, bem como a visita às diferentes clínicas/postos de enfermagem do hospital. O importante é que o veículo esteja acessível a TODOS os integrantes do corpo clínico para estimular a notificação. Além de informarem sobre a necessidade e a importância da notificação, é interessante que o veículo escolhido seja atraente para os leitores, podendo ser usadas frases de efeito, tais como: “e você, já fez sua notificação hoje?” ou “faça a sua parte: notifique!” no título. É necessário avaliar o perfil de cada OM e verificar onde a UFV pode atuar prevenindo os eventos adversos evitáveis. Para tal, é necessário avaliar caso a caso e investigar se há algum ponto em comum entre eles. Caso se verifique a presença de fatores de risco e causalidade entre o uso do medicamento e o evento adverso, é possível tomar a decisão de intervir para evitar a repetição do evento em outros pacientes. A importância de estimular a notificação dentro da unidade é se obter um número consistente de notificações que representem a realidade do hospital. Outra possibilidade é fazer a busca ativa de eventos adversos escolhendo-se um medicamento que frequentemente cause RAM e visitando os pacientes no leito para verificar se o referido evento é uma das queixas.

- **Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM).** O CIM de um hospital não deve se restringir ao atendimento de solicitações e à sua quantificação. É necessário divulgar esse serviço a todos os seus possíveis usuários: tanto profissionais da saúde quanto pacientes. Sendo assim, podem-se utilizar os meios de comunicação da OM citados acima e também criar folders para serem entregues aos pacientes no momento da alta. Também é importante dar o *feedback* ao profissional/setor que solicitou a informação para fortalecer o vínculo com o CIM, estimulando a consulta de novos conhecimentos. Por exemplo: se um posto de Enfermagem telefona para tirar uma dúvida, o CIM pode não só responder imediatamente por telefone, mas também visitar o setor posteriormente e deixar uma cópia do material que foi utilizado como fonte da informação.

CONCLUSÃO

Este artigo demonstrou que a AF não é um conceito distante e complexo, mas que pode ser traduzido em atividades concretas da rotina do farmacêutico da MB que lida com pacientes na sua prática diária. Mais do que simplesmente executar as funções descritas neste artigo, espera-se que os farmacêuticos realmente assimilem

a filosofia da AF e assumam esse compromisso com seus pacientes para otimizar sua farmacoterapia e também melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002. 24 p.
2. Oliveira RD. Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN; 2011. 328p.
3. Faus Dader MJ, Amariles Muñoz P, Martinez-Martinez F. Atenção farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos. Witzel, MDRF, tradutor. São Paulo: RCN; 2008. 246 p.
4. Brasil. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. Manual sobre aplicação dos programas de saúde, DSM-1001. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: DSM; 2009.
5. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINI-TOX. Evolução dos casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico. [acesso 08 ago 2010]. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: < http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab10_brasil_2008.pdf>.
6. Strand L. 25 Things I learned from 25 years of pharmaceutical care practice. Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos; 2011 Apr 7-9; São Paulo: RCN; 2011.
7. Oliveira AB, Oyakawa CN, Miguel MD, Zanin SMW, Montruchio DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. Rev Bras Cienc Farm. 2005 out/dez.; 41(4): 409-13.
8. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide. 2nd ed. Minneapolis: McGraw-Hill; 2004. 394 p.
9. Finkel R, Pray WS. Guia de dispensação de produtos terapêuticos que não exigem prescrição. Brum LFS, Bagesteiro IB, tradutoras. Porto Alegre: Artmed; 2007. 728 p.
10. Marques LAM. Atenção farmacêutica em distúrbios menores. 2ª ed. São Paulo: Medfarma; 2008. 296 p.
11. Coffey M, Eтчells E, Mattlow A, Cornish P, Koonthanam T. Implementation of admission medication reconciliation at two academic health sciences centers: challenges and success factors. Healthcare Quarterly [internet]. 2009 [acesso 21 abr 2011]; 12(Sp): 102-9. Disponível em: <http://www.longwoods.com/content/20719>.
12. Ziani PB, Souza APC, Slaviero BS, Dadico FRCJS, Rodrigues RDP, Santos JML. Reconciliação medicamentosa: o papel do farmacêutico clínico. [acesso 21 abr 2011]. Disponível em: http://www.hospitalpaulistano.com.br/Portals/0/_docs/Congresso-Paulistade-Farmacia.pdf.
13. Vira T, Colquhoun M, Eтчells E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care [Internet]. 2006 Apr. [acesso 21 abr 2011]; 15(2): 122-26. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464829/?tool=pubmed>

Como citar este artigo: Cardozo CS. Proposta de implantação da atenção farmacêutica no SSM: do discurso profissional à efetiva prática clínica. Arq Bras Med Naval. 2011 jan/dez; 72(1): 54-58.