

Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde

Public pharmaceutical services at the primary health care

Servicios farmacéuticos en la atención primaria en salud

Rafael Mota Pinheiro¹

“O conhecimento científico não cai em mentes vazias que o transforma em resultados. A ciência envolve mentes ocupadas que têm pontos de vista fortes a respeito de como as coisas são e de como deveriam ser”.
(Sir Michael Marmot)

Resumo

Este artigo aborda as bases políticas e conceituais da assistência farmacêutica no Brasil a partir das definições básicas dos termos relacionados com a atenção à saúde. Enfoca a relação e o papel da assistência farmacêutica na atenção básica e os principais desafios e fatores críticos.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Atenção básica. Serviços farmacêuticos.

Abstract

This article recounts the political and conceptual basis of pharmaceutical care in Brazil, starting from the analysis of definitions of common terms related to the health care realm. It focuses on the relationship and the role of the pharmaceutical care in the primary health care, its challenges and critical factors.

Keywords: Pharmaceutical care. Primary

1. Professor adjunto do Curso de Farmácia da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília (UnB).

health care. Pharmaceutical public services.

Resumen

Este artículo aborda las bases políticas y conceptuales de la atención farmacéutica en el Brasil, a partir de las definiciones básicas de los términos relacionados con el cuidado a la salud. Enfoca la relación y el papel de la atención farmacéutica con la atención primaria, y los principales retos e factores críticos.

Palabras clave: Atención farmacéutica. Atención primaria en salud. Servicios farmacéuticos.

Introdução

A definição ideal do termo “saúde” talvez nunca possa ser encontrada escrita sem que pareça faltar algo. A definição que o descritor em inglês *health* apresenta é “o estado do organismo quando ele funciona bem sem evidência de doença”¹. *Funcionar bem? Ausência de doença?* Muitos discutem se esses seriam os melhores indicadores para se considerar um indivíduo saudável.

Ronald Labonté, pesquisador canadense, em oficinas que abordam o tema “Globalização e Equidade em Saúde”, sempre pede a cada participante para pensar “na última vez em que se sentiu são” e para anotar algumas frases “que descrevam a sensação e o

contexto”. Como resultados, frequentemente há poucos que se preocupam com a saúde relacionada às doenças ou mesmo doentes. Para muitos, a experiência de saúde poderia ser descrita com as frases: “cheio de energia”, “ser amado, amar”, “controlar a situação”, “ter tempo, fazer”, “descontraído, sem stress”, “dar/receber, partilhar”, “ar livre, natureza”, “amigos, familiaridade, um sentido na vida”, “poder fazer as coisas que gosto”, “atingir o máximo da forma física”, “felicidade, plenitude”, “satisfação espiritual”, dentre outras².

Estudos transculturais dão conta de que as experiências de saúde das pessoas podem ser organizadas em categorias e que estas estão contempladas na definição clássica de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) - “um estado de absoluto bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”³.

Acredita-se que a definição da OMS possa ter sido escrita por um funcionário pouco após a Segunda Guerra Mundial. Uma das explicações para tal definição consiste no fato de que o citado funcionário dissera que nunca tinha se sentido tão saudável quanto durante aquele período; trabalhava diariamente para concretizar objetivos que lhe agradavam imensamente e tinha a certeza de que, se morresse em virtude desse trabalho, sua família seria amparada pela rede de trabalhadores da Resistência. E foram nestas circunstâncias que ele se sentiu mais saudável. Pesquisadores australianos concluíram que a definição de saúde foi inicialmente desenvolvida por uma pessoa que estava envolvida com outras na transformação das estruturas sociais e políticas, remontando ao sentido de comunidade⁴.

Visto dessa forma, melhorar a saúde é um ação crítica para o bem estar humano e é também essencial para um crescimento econômico e social sustentável⁵.

Ainda segundo a OMS, o sistema de saúde está incluído entre os determinantes sociais da saúde⁶. No Brasil, mesmo depois de alguns avanços significativos nas políticas de saúde, ainda merecem destaque as desigualdades sociais em acesso e utilização de

serviços de saúde.

Em 2003, como parte de um projeto da OMS focado na avaliação da performance de sistemas de saúde dos países membro, realizou-se no Brasil a Pesquisa Mundial de Saúde (*World Health Survey*). Em 2010, Célia Szwarcwald, Paulo Souza-Júnior e Giseli Damacena, usando os dados da pesquisa brasileira abordaram a desigualdade socioeconômica na utilização de serviços de saúde e sua relação com a auto-percepção da saúde, como um indicador de necessidade⁷.

A referida análise mostrou que pessoas com menor grau de escolaridade usam menos frequentemente os serviços ambulatoriais, apesar de apresentarem piores condições de saúde. No entanto, as desigualdades socioeconômicas em saúde diminuem, ou até mesmo desaparecem na maioria das situações sérias de necessidade. Os mencionados autores também descrevem que entre os indivíduos pesquisados cuja autopercepção de saúde foi boa, as possíveis explicações para a desigualdade foram a menor utilização dos serviços de prevenção e o fornecimento desigual de serviços de saúde entre os grupos socialmente desfavorecidos, ou o uso excessivo dos mesmos por parte dos grupos mais afluentes.

Por fim, os pesquisadores apontam uma performance adequada do sistema de saúde brasileiro na redução das desigualdades socioeconômicas em saúde nas situações mais graves de necessidade. Destacam ainda, a necessidade de desenvolver políticas de promoção da saúde e expansão da oferta de serviços em conformidade com características socioculturais inerentes ao território brasileiro⁷.

A Organização Mundial da Saúde, em 2007, por reconhecer que os estados membros da OMS têm necessidade de contar com sistemas de saúde mais equitativos, integradores e justos, comprometeu-se em trabalhar no sentido de reforçar a Atenção Primária à Saúde. No mesmo ano foi publicado o documento, em sua versão em português, de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) sobre a renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas⁸.

Atenção Primária à Saúde

O descritor “Atenção Primária à Saúde” apresenta vários sinônimos, tais como Atenção Básica, Atenção Primária, Atendimento Primário e Cuidados Primários de Saúde. O comitê do Instituto de Medicine (*Institute of Medicine* - IOM) propôs a definição que o descritor (MeSH) em inglês *Primary Health Care* adota, como sendo “*atenção primária é a provisão de serviços de cuidado em saúde integrados e acessíveis realizados por profissionais que são responsáveis por resolver a maioria das necessidades de cuidados pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade*”⁹.

O descritor brasileiro (DeCS) traz como definição “*a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação*”¹⁰.

Em 2006, Gil discute muito bem as sinergias e singularidades no contexto brasileiro da época ao analisar documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil à procura de citações dos termos Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família e sua relação com o modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais listados¹¹.

Entretanto, em 2010, ao contrário do observado em 2006, o descritor “Atenção Básica” agora aparece como sinônimo de “Atenção Primária” (DeCS). A discussão por terminologias não é mais o principal foco. No entanto, assim como sugeriu Gil, o aprofundamento e a qualificação de debates em torno dos referenciais teóricos ainda se faz necessário.

A maioria, se não todos os novos desafios de saúde pública enfrentados atualmente, estão diretamente relacionados à forma como

a nossa sociedade se organiza e como vivem suas vidas os indivíduos que dela fazem parte, com as desigualdades entre e dentro das populações, mais uma vez se destacando. A inequidade tanto fomenta o aparecimento de novos desafios em saúde pública, quanto é resultado desses. Uma mudança nas políticas públicas pode ter um efeito imediato sobre a forma como os serviços de saúde são prestados causando assim um impacto positivo na saúde de indivíduos, famílias e comunidade⁶.

Segundo o documento de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde frente a renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas, em sua versão traduzida para o português, um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Os valores centrais de um sistema de saúde baseado na APS são: direito ao mais alto nível de saúde possível legalmente respaldado, de forma equânime em um ambiente onde haja solidariedade social¹².

O planejamento estratégico e investimentos a longo prazo em treinamento, emprego, capacidades e conhecimentos dos trabalhadores de saúde, definem caminhos para o tratamento de todas as pessoas com dignidade e respeito, segundo o mencionado documento de posicionamento da OPAS. A disponibilidade de farmacêuticos associados à promoção, prevenção e tratamento de saúde e à atenção contínua de indivíduos, famílias e comunidades ainda é uma realidade pouco observada na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil.

Reorientar os modelos de atenção à saúde requer a compreensão da situação de saúde de determinado território vivo para se poder atuar na realidade de saúde. Um sistema de saúde com base na APS deve se fundamentar no planejamento que ofereça recursos adequados e sustentáveis. Tais recursos deveriam ser determinados por análises de situação de saúde com base em dados da comunidade e incluir subsídios para instalações, investimento em pessoal,

equipamentos e produtos farmacêuticos com vistas à prestação de cuidados abrangentes, curativos e preventivos de alta qualidade.

Serviços Farmacêuticos

Serviços Farmacêuticos é o descritor espanhol para Assistência Farmacêutica, segundo o DeCS da Biblioteca Virtual em Saúde¹³. A definição de Assistência Farmacêutica apresentada foi extraída do inciso III do artigo 1º da Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 338 de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, definindo o termo como “*um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população*”¹⁴.

Recentemente, a OPAS/OMS vem abordando o tema com maior profundidade, sugerindo mudança do enfoque de políticas que se baseiam somente nos medicamentos para uma nova perspectiva, em que os indivíduos, inseridos em seus contextos familiares e comunitários, sejam mais importantes. Na visão da OPAS/OMS sobre a Atenção Primária à Saúde renovada, o medicamento deve ser apenas um dos elementos essenciais na busca da garantia da atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população.

Uma publicação norte-americana recente apresenta revisão sistemática de 1298 artigos científicos que elencavam os seguintes critérios de inclusão: (a) evidência do envolvimento do farmacêutico em cuidado direto ao paciente (sendo capaz de discernir a participação do farmacêutico); (b) presença de grupos de comparação e; (c) desfechos relacionados ao paciente (o desfecho tinha que

ser terapêutico, envolvido com segurança ou abordagem humanística)¹⁵.

Além disso, uma metanálise foi realizada para determinados desfechos terapêuticos (Hemoglobina A1c, fração LDL do colesterol e pressão sanguínea), sendo observada redução de hemoglobina glicosilada no grupo intervenção farmacêutica em -1.8% (IC95% -2,7; - 0,9), níveis de LDL foram menores -6,3 mg/dL (IC95% -6,5;-6,0) e a pressão sistólica reduziu -7,9 mmHg (IC -9,7;-5,8) no grupo de intervenção farmacêutica. A metanálise dos estudos que abordaram desfechos relacionados à segurança demonstrou redução de 47% na probabilidade de um evento adverso relacionado ao medicamento (OR=0,53; P=0.01). Seis desfechos humanísticos foram selecionados para realizar metanálise (adesão ao terapia medicamentosa, satisfação do paciente, conhecimento do paciente, e três dimensões do instrumento de aferição da qualidade de vida (QoL – geral, função física e mental) sendo descrito efeito positivo relacionado à intervenção do farmacêutico em três das seis metanálises realizadas, a saber: adesão à terapia medicamentosa, conhecimento do paciente e saúde QoL-geral (P=0,001, P=0,001 e P=0,003, respectivamente).

Ao contrapor o impacto da intervenção do farmacêutico na redução da pressão sistólica (redução de 8 mmHg) encontrada por Chistholm-Burns (2010) à resultados de outra metanálise de 61 estudos prospectivos com quase 1 milhão de participantes, onde autores relatam que uma simples redução de 2 mmHg na pressão sistólica estaria relacionada a redução em 10% da mortalidade por acidente cerebral vascular e aproximadamente 7% menos mortalidade por doença cardíaca isquêmica ou outra causa vascular em pacientes entre 60-69 anos¹⁶. Fica-se com uma dúvida: será que é possível extrapolar esses dados para a realidade brasileira?

Qual seria o impacto da intervenção farmacêutica caso essa fosse devidamente implementada na Rede de Atenção Primária à Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS? Quais seriam os impactos sobre a qualidade de vida população?

Autores de outra revisão Cochrane sugerem que novos ensaios clínicos sejam realizados sob padronização de medida e descrição de desfechos clínicos, desfechos humanísticos e de processos, medidas necessárias para futura comparação, revisão sistemática e metanálises. Eles não conseguiram realizar metanálise no estudo devido à heterogeneidade no tipo de desfecho nos 43 ensaios clínicos controlados aleatórios analisados e que tinha por objetivo tirar conclusões sobre as três seguintes comparações: 1) Serviços farmacêuticos dirigidos a pacientes versus serviços realizados por outros profissionais; 2) Serviços farmacêuticos dirigidos a pacientes versus a não oferta de serviço comparável; 3) Serviços farmacêuticos dirigidos a profissionais de saúde versus serviços ofertados por outros profissionais de saúde e; 4) Serviços farmacêuticos dirigidos a profissionais de saúde versus a não oferta de serviço comparável¹⁷.

Descrever melhor processos e estratégias, de apoio e chaves para a prestação de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, voltados especialmente ao controle da diabetes, dislipidemias, hipertensão, farmacovigilância, adesão à terapia farmacológica, conhecimento do paciente e qualidade de vida parece ser uma ação que trará benefícios e melhora dos resultados em saúde também para a realidade brasileira.

A entrega dos Serviços Farmacêuticos na Rede de Atenção Primária à Saúde

O objetivo da prestação dos serviços farmacêuticos é alcançar os melhores resultados de saúde possíveis e melhorar assim a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades¹⁸. Tal objetivo se assemelha muito ao valor central de um sistema de saúde baseado na atenção primária. A prestação dos serviços farmacêuticos é considerada como um processo chave pois relaciona-se com a prestação direta do serviço ao público final e por isso contribui com a obtenção de resultados em saúde.

Quanto maior for a adoção de

um enfoque centrado no paciente e no estabelecimento de uma relação terapêutica, melhor serão os resultados possíveis de se obter com a adequada farmacoterapia¹⁹. O principal fator nessa relação é o compromisso a ser firmado na obtenção de resultados terapêuticos concretos de forma sistemática, contínua e documentada visando melhorar a qualidade de vida do paciente. O seguimento farmacoterapêutico é um processo de assistência ao paciente no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas a medicamentos do usuário. Existem diferentes métodos adotados para a realização do seguimento farmacoterapêutico, como o método “Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano” (SOAP), *Pharmacists Work-up of Drug Therapy* (PWDT), *Therapeutic Outcomes Monitoring* (TOM) ou o Método Dáder.

O uso de algum instrumento que facilite o desenvolvimento de um processo lógico, passo a passo, com vistas a aperfeiçoar o plano farmacoterapêutico tem se mostrado benéfico. Além disso, a possibilidade de usar um “roteiro” ainda contribui para superar algumas barreiras de habilidades de comunicação e documentação necessárias ao apoio individual do tratamento farmacológico e do monitoramento da terapia farmacológica do paciente. Os métodos de Atenção Farmacêutica podem ser hierarquizados segundo as necessidades do paciente, sendo que para alguns, uma dispensação de medicamentos pode ser suficiente enquanto para outros, o seguimento farmacoterapêutico e ações de educação em saúde complementares podem ser necessárias¹⁸.

A dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico e orientação farmacêutica estão entre as atribuições do farmacêutico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), segundo diretriz publicada no 27º Caderno de Atenção Básica - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS)²⁵. Outras atividades de assistência à saúde que são consideradas atribuições do farmacêutico, ainda segundo o documento, são as visitas domiciliares no contexto da assistência farmacêutica, o uso de protocolos e linhas de cuidado, bem como contribuições para

discussões de caso e construção do projeto terapêutico singular²⁰.

Em 2009 o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do MS publicou as diretrizes de estruturação de farmácias no âmbito do SUS, cujo conteúdo apresenta uma proposta de estruturação para qualificação de farmácias nesse contexto de serviços públicos. O documento divide os serviços farmacêuticos em duas categorias: os serviços técnico-gerenciais (programação de medicamentos, processo de solicitação e armazenamento de medicamentos e atividades relacionadas com o descarte dos resíduos de serviços de saúde) e os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais (dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, ações de educação em saúde e suporte técnico para a equipe de saúde)²¹.

Ainda nas diretrizes publicadas pelo DAF, apresentam-se orientações para construção de um manual de boas práticas farmacêuticas e dois modelos de Farmácias para Unidade de Saúde, incluindo a descrição dos ambientes, mobiliários e equipamentos necessários. A Farmácia Modelo B, segundo tal documento, prevê uma área de dispensação de medicamentos, uma para fracionamento, uma sala para seguimento farmacoterapêutico e sala de estocagem (almoxarifado)²².

O DAB publicou em 2008 um Manual com orientações sobre a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde / Estratégia de Saúde da Família, destinando à Farmácia no mínimo 9m² para sala de seguimento farmacoterapêutico, 10m² para área de dispensação e 6m² para área de armazenamento²³.

A Portaria GM/MS no 2.982, de 26/11/2009²⁴, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, expõe em seu artigo 5º que as Secretarias Municipais de Saúde podem utilizar até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal, em atividades cujo objetivo seja a aquisição de equipamentos e mobiliário para suporte às ações de Assistência Farmacêutica, e a realização de atividades vinculadas à

educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica”.

Fatores críticos de êxito para o fortalecimento dos Serviços Farmacêuticos baseados na Atenção Primária à Saúde

A organização do serviço de saúde requer uma boa gestão de recursos humanos, com incentivos e reconhecimento do valor central dos profissionais envolvidos em todo o processo de cuidados em saúde. A eficiência, a qualidade e os resultados esperados estão também relacionados à autonomia de dirigentes da organização, sendo que a realidade no Brasil ainda está distante da ideal no que se refere à gestão de pessoal, com destaque para a falta de procedimentos necessários à gestão de conflitos e processos participativos de construção de consensos e demandas ascendentes.

Mecanismos de participação ativa devem ser planejados para alcançar a responsabilização e representação dos interesses da comunidade em âmbitos local e nacional, segundo o documento de posicionamento da OPAS frente à renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, em sua versão traduzida para o português. Precisa-se assumir que diferentes atores podem ter olhares e opiniões distintas sobre temas (ou processos) e devem ser respeitados pois foram construídos a partir de suas próprias experiências pessoais, profissionais e da inserção no sistema.

O emprego de um bom modelo de governança baseado no empoderamento pode permitir o desenvolvimento de processos que atendam a demanda da sociedade e o manejo mais responsável e eficiente dos recursos destinados à realização desses processos. Além disso, o princípio da autonomia e autocontrole mediado por um modelo de governança local pode facilitar a organização dos serviços farmacêuticos e o envolvimento dos profissionais em ações de promoção, prevenção, cura ou reabilitação de maneira transversal e integrada tendo como foco o indivíduo, a família e a sua comunidade.

Para a OPAS, o momento não seria mais oportuno para lançar um documento de posicionamento contendo diretrizes para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na APS. A OPAS reconhece assim a importância fundamental de um bom referencial teórico e metodológico para o processo de mudança e incorporação dos serviços farmacêuticos na APS em sua visão renovada¹⁸.

Ações de sensibilização e validação um novo modelo de atenção só será alcançado com ações intersetoriais, requerendo estabelecimento de alianças com atores chave no processo. O apoio político institucional do MS, das associações de ensino farmacêutico e do Conselho Federal de Farmácia são vitais. Ainda no sentido de institucionalizar o processo de mudança, torna-se fundamental que se estabeleçam mecanismos de monitoramento, avaliação e outros processos que garantam o cumprimento das recomendações e que fortaleçam os serviços farmacêuticos na APS e a melhoria da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Referências

1. Mesh Database [Internet]. Health. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006262>.
2. Labonté, R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: University of Toronto. ParticipACTION. 3.
3. Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, adotado pela Conferência Internacional da Saúde, Nova Iorque, 19-22 junho de 1946; Assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (Registros Oficiais da Organização Mundial da Saúde, n° 2, p. 100) e entrou em vigor em 7 de abril de 1948.
4. Jackson T, Mitchell S, Wright M. The community development continuum. *Community Health Studies*. 1989;8(1):66-73.
5. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
6. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO; 2010.
7. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:217.
8. OPAS/OMS. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS; 2007.
9. Vanselow NA, Donaldson MS, Yordy KD. A new definition of primary care. *JAMA*. 1995;273(3):192.
10. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) [Internet]. Atenção primária à saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
11. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006 Jun;22(6):1171-81.
12. PAHO/WHO. Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington, D.C: OPAS; 2007.
13. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) [Internet]. Assistência farmacêutica. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
14. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 [Internet]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf.
15. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, Graff Zivin J, Abraham I, Palmer J, Martin JR, Kramer SS, Wunz T. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010 Oct;48(10):923-33.

16. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903-13.
17. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond M, Bero L. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 10, Art. N° CD000336.
18. OPS/OMS. Guia Servicios Farmacéuticos en La Atención Primaria de Salud. Washington, D.C. Não publicado 2010.
19. Cipolle, R., Strand L., Morley, P. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill; 1998. 359 p.
20. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p.
21. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 44 p.
22. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 44 p.
23. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008; 152 p.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica. *Diário Oficial da União* 01 set 2009; Seção 1.
25. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p.