

OS PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA: UMA AVALIAÇÃO DE CONCEITOS

Cassyano Januário Correr

Farmacêutico-bioquímico pela Universidade Estadual de Londrina, especialista em Farmácia de Dispensação pela UEPG. Rua Itupava, 1299 lojas 3, 4 e 5 – 800040-000, Alto da XV, Curitiba-PR. *E-mail* <cassyano@email.com.br>

INTRODUÇÃO

O surgimento do conceito de atenção farmacêutica (*Pharmaceutical Care*), no início da década passada, se deu como uma resposta da profissão farmacêutica à necessidade social

de se obter melhores resultados da terapia farmacológica (HEPLER & STRAND, 1999). O conceito original de *Pharmaceutical Care* é entendido como uma nova forma de exercício profissional, que consiste em acompanhar o tratamento farmacológico dos pacientes, a fim de detectar Problemas Rela-

cionados aos Medicamentos (PRM), prevenindo e resolvendo PRM reais e potenciais (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Busca-se, com essa nova prática, não somente o uso racional dos medicamentos, mas que estes sejam efetivos no alcance das metas terapêuticas e não originem problemas de segurança para o paciente. A orientação do trabalho é deslocada do medicamento para o paciente e do produto para o serviço, valorizando a ocorrência de problemas de saúde no paciente e buscando resolvê-los, através da intervenção farmacêutica no contexto da equipe multiprofissional.

No Brasil, o termo atenção farmacêutica tem recebido basicamente duas interpretações distintas. De um lado, defende-se sua adoção, exclusivamente, como sendo a realização do acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, conforme o conceito original de *Pharmaceutical Care*. Por outro, tem-se um conceito mais amplo, que inclui, além do acompanhamento do tratamento farmacológico, atividades de dispensação de medicamentos, educação em saúde e até a promoção da saúde e prevenção da enfermidade. Dessa forma, acredita-se que o farmacêutico poderá contribuir para a satisfação das necessidades sanitárias da população brasileira.

Em encontro recentemente realizado em Fortaleza-CE, houve a elaboração de um pré-consenso sobre a atenção farmacêutica, no Brasil, a fim de se iniciar as discussões necessárias ao desenvolvimento de um consenso nacional. O documento final da Oficina traz como conceito de atenção farmacêutica o seguinte:

Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e 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 a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à 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 (I Oficina de trabalho em Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos, 2001).

Neste contexto, faz-se necessária a discussão das metodologias que serão empregadas pelo farmacêutico na execução dessas tarefas, incluindo o desenvolvimento e validação de instrumentos de trabalho para as diversas atividades citadas. O presente trabalho visa a contribuir para esse processo, através da análise do conceito de PRM, no âmbito da atenção farmacêutica, a fim de tentar elucidar seu papel no processo de trabalho do farmacêutico e sua relação com termos normalmente citados em trabalhos farmacêuticos, a saber:

Problema de saúde
Adesão terapêutica;
Erros de medicação;
Automedicação;
Interações medicamentosas;
Reações Adversas a Medicamentos (RAM);

MÉTODOS

A metodologia empregada foi a de revisão bibliográfica dos termos em questão, adotando-se como referenciais teóri-

cos documentos oficiais e trabalhos de pesquisadores. A classificação adotada para os Problemas Relacionados aos Medicamentos foi a estabelecida pelo Consenso de Granada (1998). Após a discussão dos conceitos indicados acima, buscou-se analisar se o termo em questão era um problema de saúde em si ou causa de problemas de saúde do paciente. Em seguida, observou-se se o termo referido poderia ser considerado causa de Problemas Relacionados aos Medicamentos, estando integrado à classificação adotada.

DISCUSSÃO DOS CONCEITOS

Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM)

Segundo o Consenso de Granada, um problema relacionado a medicamentos é um "problema de saúde vinculado à farmacoterapia, que interfere, ou pode interferir, com os resultados esperados de saúde de um paciente". Essa definição, apesar de sua simplicidade, implica a compreensão de alguns conceitos:

- Os resultados de uma farmacoterapia esperados para um paciente podem ser: 1) curar a enfermidade; 2) eliminar ou reduzir a sintomatologia; 3) deter ou retardar o processo da enfermidade, e 4) prevenir uma enfermidade ou sintoma (HEPLER & STRAND, 1999).
- Os Problemas Relacionados aos Medicamentos são considerados *reais*, quando o paciente apresenta um problema de saúde manifestado, isto é, com repercussões concretas sobre seu estado, e *potenciais*, quando não há, ainda, manifestação do problema, porém há probabilidade de que o problema ocorra.
- Cada PRM pode ser causado somente por um problema de saúde. Consequentemente, cada problema de saúde deve poder levar também somente a uma categoria de PRM, de forma atemporal e inequívoca (FERNÁNDEZ-LLIMÓS; ROMERO; FAUS, 1999).
- Um elemento importante dessa classificação é a separação que se faz de causa, problema e resolução. Um Problema Relacionado a Medicamentos é um problema de saúde e, como tal, pode ser resultado de inúmeras causas diferentes e, consequentemente, possuir inúmeras formas de resolução diferentes.
- Os Problemas Relacionados a Medicamentos são centrados nas condições dos pacientes e jamais nas condições dos medicamentos.

A classificação adotada no Consenso de Granada (Quadro 1) parte do pressuposto de que uma terapia farmacológica ideal deve atender a três quesitos:

Indicação: Todo medicamento utilizado pelo paciente deve ser realmente necessário e visar ao processo profilático, de cura ou controle de uma doença ou paliativo. Além disso, é importante que todos os problemas de saúde de um paciente que necessitam de medicamentos estejam devidamente tratados com medicamentos. A partir disso, é possível considerarmos que quando um paciente não utiliza um medicamento que comprovadamente deveria utilizar, existe um PRM. Da mesma forma, se um paciente utiliza um medicamento que, na verdade, não é necessário a ele, neste momento, também ocorre, ou é possível que ocorra, um problema de saúde relacionado a este medicamento.

Efetividade: Além de estarem indicados, os medicamentos precisam ser efetivos no alcance das metas estabelecidas. É preciso que o paciente responda bem ao medicamento e que este esteja em sua dose e frequência adequadas ao paciente. Quando um paciente recebe um medicamento apropriadamente indicado, porém que não alcança as metas terapêuticas estipuladas, pode ser que estejamos frente a um problema de inefetividade terapêutica. Nesse caso, o problema pode se dever ao fato de o paciente estar recebendo uma quantidade insuficiente do fármaco (inefetividade quantitativa) ou ainda que a inefetividade independa da quantidade de princípio ativo no local de ação (inefetividade qualitativa).

Segurança: O medicamento perfeitamente indicado e efetivo precisa também ser seguro para o paciente. Assim, deve-se trabalhar para que os efeitos nocivos dos medicamentos possam ser prevenidos e tratados.

Nesse caso, pode ocorrer que o paciente receba um medicamento perfeitamente indicado e efetivo, porém que, por motivos inerentes ao paciente ou ao fármaco, produz um problema de saúde no paciente que inviabiliza a forma de tratamento empregada. Esse problema de segurança gerado faz com que a relação risco/benefício seja desfavorável. Isso pode se dever ao fato de o paciente estar recebendo uma quantidade muito alta do fármaco empregado (insegurança quantitativa) ou, ainda, que isso seja inerente ao paciente e independa da quantidade utilizada (insegurança qualitativa).

Quadro 1 - Problemas Relacionados aos Medicamentos, segundo o Consenso de Granada.

Indicação PRM 1. O paciente não usa o medicamento de que necessita PRM 2. O paciente usa um medicamento desnecessário
Efetividade PRM 3. O paciente não responde ao tratamento PRM 4. O paciente usa uma dose ou frequência inferior à que necessita
Segurança PRM 5. O paciente usa uma dose ou frequência superior à que necessita PRM 6. O paciente usa um medicamento que lhe provoca uma RAM

Problema de saúde

Trata-se por problema de saúde "tudo aquilo que requer, ou pode requerer, uma ação por parte dos agentes de saúde, incluindo o próprio paciente como agente" (CONSENSO DE GRANADA, 1998). Todo problema de saúde, para que seja considerado como tal, deve satisfazer três condições: 1) Deve ser percebido por qualquer membro da equipe de saúde, incluindo o paciente; 2) Deve ser considerado um desvio da normalidade ou do desejável; 3) Deve afetar a saúde do paciente (FERNANDEZ-LLIMÓS, 2001).

Adesão terapêutica

Mesmo não havendo um consenso geral do que venha a ser adesão terapêutica, podemos considerá-la como o "grau de conduta de um paciente, com relação à tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta ou modificação de hábitos de vida, coincidente com as instruções proporcionadas pelo médico ou profissionais da saúde" (GABARRÓ, 1999).

O termo adesão terapêutica freqüentemente é referido também como aderência ou cumprimento terapêutico. Do ponto de vista semântico, adesão e aderência podem ser considerados sinônimos e tradução do termo americano *adherence*, definido como "o seguimento da medicação e instruções do plano de acompanhamento conforme o estabelecido" (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Este termo é utilizado como possuidor de uma conotação não autoritária, em que o paciente compreende e concorda com as orientações dadas numa postura ativa de cooperação com o profissional da saúde, diferentemente de uma atitude passiva em que simplesmente obedece às "ordens" deste. Da mesma forma, o termo cumprimento pode ser considerado tradução do termo *compliance*, definido por Cipolle, Strand e Morley (1998) como sendo a "capacidade de um paciente de cumprir uma pauta terapêutica acordada entre o paciente e o profissional, tão somente após este último ter avaliado a idoneidade, efetividade e segurança do tratamento e determinado que este vai de encontro aos interesses do paciente".

Segundo os autores, diferentemente do termo adesão, o termo cumprimento envolve conotações de postura autoritária do profissional, não coincidente com a relação que deve estabelecer farmacêutico e paciente, no desenvolvimento da atenção farmacêutica.

As causas da não adesão à terapia farmacológica são várias, mas geralmente têm relação com 1) as características pessoais/comportamentais do paciente, 2) a qualidade do serviço prestado pelos profissionais, 3) condições socioeconômicas, 4) as características ou conseqüências do tratamento e 5) à própria evolução da doença ou surgimento de outras patologias (LESSA, 1998). As conseqüências da não adesão incluem a falta de resposta terapêutica, o agravamento da enfermidade, a introdução de novos medicamentos que seriam desnecessários, o aumento dos gastos em saúde, o surgimento de efeitos colaterais, entre outras que se devem em suma à sub-utilização ou super-utilização da medicação prescrita ou indicada (GABARRÓ, 1999).

Erros de medicação

Um erro de medicação pode ser definido como *qualquer fato passível de prevenção que possa causar ou conduzir a um uso inapropriado da medicação ou a um dano¹ ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle do profissional da saúde, do paciente ou do consumidor. Tais fatos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado da saúde, aos procedimentos e aos sistemas, que incluem: a prescrição, a comunicação do pedido, a etiquetagem do produto, o envasamento e identificação, o preparo, a dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e o uso* (FIP, 1999).

Ainda segundo a Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP, 1999), os erros de medicação podem ser de vários tipos, classificados na forma de categorias, que vão desde a Categoria A, em que ainda não houve erro, mas há a presença de circunstâncias que potencialmente podem levar ao erro, até a Categoria I, em que um erro teve como conse-

1 Segundo a FIP, a definição de dano inclui tanto o "prejuízo temporário ou permanente de uma função/estrutura do corpo que requeira intervenção, ou um erro que dê por resultado o óbito". A intervenção pode incluir a monitorização das condições do paciente, mudança na terapia, tratamento médico ou cirúrgico ativo.

qüência a morte do paciente. O farmacêutico tem um papel muito importante na prevenção dos erros de medicação, geradores de problemas de saúde, devendo estabelecer estratégias de avaliação, prevenção e notificação que combatam seu surgimento e suas conseqüências (ASCP, 1997).

Automedicação

A automedicação é considerada elemento integrante do conceito de autocuidado, juntamente com cuidados higiênicos, de nutrição, estilo de vida, entre outros. A automedicação é definida como "a seleção e utilização de medicamentos, por iniciativa própria, para tratar enfermidades ou sintomas auto-identificados" (WHO, 1997).

O processo de automedicação envolve riscos como mascaramento da evolução de doenças graves, surgimento de efeitos adversos, interações medicamentosas, erro na escolha do medicamento, forma farmacêutica, dosagem, posologia ou tempo de tratamento, entre outras. Situações que podem agravar problemas de saúde já existentes ou fazerem surgir novos problemas de saúde, prejudicando a qualidade de vida de quem se automedica.

A automedicação responsável, porém, é parte importante do processo de autocuidado e tem sido, por muitos anos, uma característica da assistência sanitária. Os farmacêuticos desempenham um papel chave na provisão da assistência, assessoria e informação acerca dos medicamentos disponíveis para automedicação (FIP, 1999). O Conselho Federal de Farmácia (2001) define automedicação responsável como o "uso de medicamentos não prescritos sob a orientação e acompanhamento do farmacêutico", e a estabelece como "responsabilidade do farmacêutico relativamente a cada patologia que possa ser objeto de sua intervenção no processo saúde-doença".

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) estabelece, ainda, como uma das atividades do farmacêutico na farmácia comunitária, o tratamento de sintomas de afecções leves, em que orientações não-farmacológicas ou a dispensação de medicamentos não sujeitos à prescrição sejam suficientes. Nos casos em que seja necessária assistência médica, o paciente deve ser encaminhado prontamente pelo farmacêutico.

Interações medicamentosas

As interações medicamentosas sempre foram tema de discussão entre os profissionais e os usuários de medicamentos. A polimedicação ou polifarmácia (uso de vários medicamentos, simultaneamente) constitui prática bastante comum, o que aumenta as chances do surgimento de interações medicamentosas que, eventualmente, podem gerar problemas de saúde para o paciente. Porém, o uso de vários medicamentos, ou de medicamentos que contenham vários fármacos, não necessariamente trará malefícios para o paciente. Ambos possuem suas vantagens e desvantagens, como, por exemplo, a impossibilidade de se individualizar as dosagens dos componentes de um medicamento que contenha vários fármacos, ou a maior chance de erro, quando se precisa ajustar a dose de vários medicamentos num mesmo paciente (OGA; BASILE, 1994).

As interações medicamentosas podem ocorrer por diversos mecanismos e são classificadas em: a) interações físico-químicas, b) farmacocinéticas e c) farmacodinâmicas. Inde-

pendentemente do tipo de interação ocorrida entre dois fármacos ou dois medicamentos, o resultado sempre será a diminuição do efeito de um dos fármacos, gerando uma diminuição da efetividade terapêutica, ou a exacerbação do efeito de um deles, fazendo com que surjam problemas de insegurança (ex. RAMs do tipo A) na terapia farmacológica. Cabe lembrar que uma mesma interação medicamentosa pode ser clinicamente relevante em um dado paciente e simplesmente não ultrapassar a barreira do potencial em outro (OGA, BASILE, 1994).

Reações Adversas a Medicamentos (RAM)

Uma Reação Adversa a Medicamentos é uma "resposta a um medicamento, nociva e indesejável, que ocorre em doses normalmente utilizadas no homem para fins de diagnóstico, profilaxia ou tratamento" (WHO, 2000). São elementos importantes dessa definição o fato de ser um fenômeno nocivo à saúde e ter como agente significativo a resposta individual do paciente.

Podemos considerar os termos "Reação Adversa" e "Efeito Adverso" como sinônimos. Um "Efeito Colateral", porém, é definido como "um efeito não desejado de um produto farmacêutico, ocorrido em doses normalmente utilizadas no homem, que pode ser atribuído às propriedades farmacológicas do fármaco" (WHO, 2000). São elementos importantes desse conceito a natureza farmacológica do efeito, o fato de ser um fenômeno não desejado (mas não necessariamente nocivo) e não estar ocorrendo em situações de overdose, mas, sim, em doses usuais. Dessa forma, podemos concluir que uma resposta não desejada a um fármaco pode ser um efeito colateral, mas não necessariamente uma RAM.

As RAM podem ser divididas em dois tipos, de acordo com o mecanismo envolvido: 1) Reações dose-dependentes (tipo 1 ou A) e 2) Reações dose-independentes (tipo 2 ou B) (ARANCIBIA ET AL, 1993).

As reações do tipo A são também chamadas "drug actions" e são aquelas resultantes do efeito exacerbado do fármaco, incluindo os efeitos colaterais (com efeitos nocivos). São mais comuns do que as do tipo B, ocorrem normalmente em altas doses e podem ser comumente revertidas com a diminuição da dose empregada. As reações do tipo B, também chamadas "patient reactions", são mais incomuns, geralmente imprevisíveis e podem ser mais graves que as do tipo A. Geralmente, possuem bases imunológicas envolvidas, mas também podem se dever à predisposição do indivíduo, como acontece, por exemplo, nos casos de intolerância ao medicamento e não podem ser revertidas totalmente pela diminuição da dose (WHO, 2000).

Resultados

Como resultado dos conceitos acima analisados, podemos observar alguns pontos de inter-relação entre os PRM, segundo o Consenso de Granada, e os termos discutidos. Para isso, será preciso, primeiro, que consideremos duas formas diferentes de abordagem dos termos:

1. Aqueles que realmente representem problemas concretos de saúde;
2. Aqueles que representem causas, reais ou potenciais, de problemas que o paciente possa apresentar.

Considerando a definição de problema de saúde, podemos concluir que a não adesão à terapia medicamentosa por um paciente pode lhe gerar diversos problemas de saúde, conforme citado, porém a não adesão em si não pode ser considerada um problema de saúde. Por exemplo, um paciente hipertenso que não toma seu medicamento anti-hipertensivo como lhe foi prescrito, certamente terá seu controle pressórico comprometido e apresentará valores elevados de pressão arterial (P.A.).

A P.A. elevada é reconhecidamente um problema de saúde, pois sabidamente prejudica a saúde do paciente. Assim, pode-se dizer que a não adesão do paciente ao tratamento não foi, por si só, um problema de saúde, mas foi causadora do problema (P.A. elevada). Aplicando-se a classificação de PRM, podemos concluir que a não adesão terapêutica pode ser causa de um PRM 1, quando o paciente não utiliza nada do seu medicamento; de um PRM 4, quando o paciente utiliza menos medicamento do que o necessário ou, mais raramente, PRM 5, quando o paciente utiliza maior quantidade do que a indicada.

Os erros de medicação, da mesma forma, não podem ser considerados problemas de saúde, em si, pois nem sempre prejudicam a saúde do paciente, conforme discutido, anteriormente. Porém, a ocorrência de um erro de medicação pode gerar um problema de saúde relacionado com medicamentos. Quando, por exemplo, se dispensa um medicamento errado, por interpretação equivocada da letra do médico, e esse medicamento, além de não resolver a enfermidade do paciente (PRM 1), torna-se um medicamento desnecessário que passa a utilizar o paciente (PRM 2). Da mesma forma, um erro de administração, cometido pelo paciente ou responsável, pode gerar um problema de saúde, seja pela administração em dose elevada ou inferior a que o paciente necessita (PRMs 5 e 4, respectivamente).

A automedicação, assim como o uso de medicamento prescritos, pode ser causa de vários tipos de problemas de saúde, mas não pode ser considerada um problema de saúde por si mesma. Um paciente que se automedica sem a devida orientação pode, por exemplo, selecionar erroneamente um medicamento e iniciar sua utilização sem que esse seja necessário (PRM 2) ou pode ser orientado pelo farmacêutico, porém apresentar problemas de efetividade (PRM 3 e 4) ou segurança (PRM 5 e 6).

Da mesma forma, um paciente que apresenta um problema de saúde não tratado (PRM 1) pode receber orientação do farmacêutico para que utilize determinado medicamento num processo de automedicação responsável. Nesse caso, a automedicação deixa de ser uma causa de problema de saúde para se tornar uma forma de resolução de um PRM apresentado pelo paciente.

As interações medicamentosas não devem ser consideradas problemas de saúde, em si, pois, como discutido anteriormente, em inúmeras vezes, o paciente não apresentará nenhuma manifestação clinicamente relevante dessa interação, o que não requererá do farmacêutico mais do que um estado de vigilância, até que algum problema concreto ocorra. Por outro lado, quando do surgimento de conseqüências para a saúde do paciente, a interação medicamentosa não deverá ser abordada como um problema de saúde, mas como causa de sub-dosificações (PRM 4), sobre-dosificações (PRM 5) ou RAMs (PRM 6).

As RAMs, conforme a definição da OMS, podem ser causas tanto de PRM 5 como de PRM 6, diferentemente do que diz o Consenso de Granada, em que as RAMs são causas exclusivamente de PRM 6. Isso ocorre, por que o Consenso de Granada considera como sendo RAM somente aqueles eventos indesejados e nocivos para a saúde dos pacientes, que ocorrem independentemente da dose empregada. Adotando-se, porém, a definição oficial da OMS, as reações tipo A ou dose-dependentes podem ser consideradas genuinamente causas de PRM 5 (insegurança quantitativa) e as reações tipo B ou dose-independentes, consideradas causas de PRM 6 (insegurança qualitativa). Nesse caso, o título empregado pelo consenso para o PRM 6 não caracteriza perfeitamente a categoria de problema de saúde que representa: a ocorrência de insegurança qualitativa ou dose-independente.

Considerações finais

Os Problemas Relacionados aos Medicamentos são, antes de tudo, problemas de saúde que o paciente pode apresentar e que requerem intervenções profissionais. Dada a relação direta entre esses problemas e a terapia farmacológica, a provisão da atenção pelo farmacêutico torna-se o meio de revertê-los, melhorando a qualidade de vida do paciente e diminuindo os gastos em saúde. A sistemática de identificação de PRMs, mais do que uma metodologia de trabalho, são, como vimos, uma forma de raciocínio clínico voltada aos problemas de saúde dos pacientes e não somente às suas causas. Além disso, centra o trabalho no paciente ao invés de direcioná-lo ao medicamento ou processos.

A utilização de uma sistemática de classificação (FERNÁNDEZ-LLIMÓS; ROMERO; FAUS, 1999) constitui um meio eficaz de identificação desses problemas, abordando temas, como adesão terapêutica, erros de medicação, automedicação, interações e RAMs no complexo das seis categorias de PRM. A provisão da atenção farmacêutica, nesses termos, possibilita, além disso, a sistematização e documentação da prática farmacêutica, de modo que se possa avaliá-la e demonstrar seu impacto na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN SOCIETY OF CONSULTANT PHARMACISTS (ASCP). Guidelines on Preventing Medication Errors in Pharmacies and Long-Term Care Facilities through Reporting and Evaluation. Disponível em: <<http://www.ascp.com/public/pr/guidelines/medication.shtml>>
- ARANCIBIA, Aquiles et al. **Fundamentos de Farmácia Clínica**. 1ª Ed. Santiago, Chile: Piade, 1993.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 20 de Abril de 2001: Regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>
- CIPOLLE, Robert J.; STRAND, Linda M.; MORLEY, Peter C. **Pharmaceutical Care Practice**, Mc Graw Hill: Nova York, 1998.
- FEDERACIÓN FARMACÉUTICA INTERNACIONAL (FIP). **Automedicación Responsable**. Disponível em <<http://www.exist.nl/pdf/selfmed-sp.pdf>>

FEDERACIÓN FARMACÉUTICA INTERNACIONAL (FIP). **Declaración de la FIP sobre Estándares Profesionales – Errores de medicación asociados a los medicamentos de prescripción.** Disponível em <http://www.exist.nl/pdf/mederror_sp.pdf>

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, Fernando. ROMERO, Francisco M. DÁDER, Maria J.F. **Problemas Relacionados con la Medicación. Conceptos y sistemática de clasificación.** Pharmaceutical Care Espanha, v.1, n.4, p.279-288, jul./ago. 1999.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, Fernando. **Curso Práctico de Atención Farmacéutica: Problemas Relacionados con los Medicamentos.** Disponível em: <<http://www.bayvit.com/cur-sophcare/9.htm>>.

GABARRÓ, Miguel B. **El cumplimiento terapéutico.** Pharmaceutical Care Espanha, v.1, n.2, p.97-106, mar./abr. 1999.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. **Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica.** Pharmaceutical Care Espanha. Barcelona, v.1, n.1, p.35-47, jan./fev. 1999.

LESSA, Ines. **Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus.**

In: _____. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Ed. Hucitec Abrasco, 1998. 223-239.

OFICINA DE TRABALHO: “ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL: TRILHANDO CAMINHOS”. **Relatório da Oficina de Trabalho.** Fortaleza, 11 a 13 de setembro de 2001.

OGA, Seizi. BASILE, Aulus C. **Medicamentos e suas interações.** 1ª Ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud.** Tóquio, 1993.

PAINEL AD HOC. **Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos.** Pharmaceutical Care Espanha. Barcelona, v.1, n.2, p.107-112, mar./abr. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication.** Report of the 4 th WHO Consultive Group on the Role of the Pharmacist (WHO/DAP/98 .13).

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Safety Monitoring of Medicinal Products: Guidelines for setting up and running a Pharmacovigilance Centre.** Disponível em: <<http://www.who-umc.org/pdfs/guidelines.pdf>>