



# Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão

Rosa Camila Lucchetta<sup>1</sup>; Patrícia de Carvalho Mastroianni<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Discente Departamento de Fármacos e Medicamentos, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, UNESP.

<sup>2</sup>Docente, Departamento de Fármacos e Medicamentos, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, UNESP.

## RESUMO

Uma revisão dirigida foi realizada nas bases de dados IBECs, LILACS e MEDLINE, até fevereiro/2011, para identificar intervenções farmacêuticas (IF) na atenção farmacêutica em saúde mental e os seus resultados. Para a busca utilizaram-se os descritores em saúde: *Pharmaceutical Care, Pharmaceutical Services, Medication Adherence, Pharmacists, Mental Health, Mental Health Services, Mental Health Assistance, Community Mental Health Services, Mentally Ill Persons and Mental Disorders*. Identificaram-se 1686 publicações, das quais 21 contemplaram os critérios de inclusão. Após exploração do material, apenas cinco estudos tratavam-se de IF. Todos foram conduzidos no nível secundário de atenção, com abordagem individual, por meio do acompanhamento da terapia (3), intervenção educativa por cartas a médicos e pacientes (1), aconselhamento farmacêutico presencial e remoto e inserção de terapia com sistema transdérmico de nicotina (1). Os resultados, tais como promoção da adesão e resolução de problemas relacionados a medicamentos foram positivos para a terapêutica. No entanto, é necessário que as IF monitorem os parâmetros clínicos, as mudanças de hábitos, a melhora na qualidade de vida e os aspectos farmacoeconômicos a fim de avaliar os seus impactos.

**Palavras-chave:** Atenção Farmacêutica. Assistência Farmacêutica. Adesão à Medicação. Farmacêuticos. Saúde Mental.

## INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), os transtornos mentais ou neurobiológicos atingem 10% dos adultos em todo o mundo. Há estimativas de que, em 2000, as perturbações mentais e neurológicas foram responsáveis por 12% do total de anos de vida perdidos ajustados por incapacitação. A expectativa é que,

até 2020, o peso dessas doenças cresça para 15% (OMS, 2002). Mas esse aumento pode estar relacionado aos avanços com o desenvolvimento de novos psicofármacos, que além de favorecer o tratamento, também favorece o diagnóstico, contribuindo, portanto para o aumento da prevalência e peso dos transtornos mentais.

Isso demonstra que os impactos além de clínicos, são também humanísticos, já que a qualidade de vida é prejudicada pelo estigma e discriminação, e sócio-econômicos, já que os transtornos mentais podem representar custos econômicos agregados de 23,2% do produto nacional bruto de países desenvolvidos (Meerding et al., 1998). Apesar de não existirem estudos dessa natureza realizados no Brasil ou em países em desenvolvimento, estima-se que os encargos também sejam elevados.

Contudo, o tratamento farmacológico, muitas vezes, aliado ao não farmacológico, pode minimizar os impactos negativos mencionados. Para isso, a OMS recomenda a adoção de ações visando o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, tal como a oferta de medicamentos psicotrôpicos e inclusão destes nas listas de medicamentos essenciais (OMS, 2002).

Entretanto, não basta a oferta dos medicamentos quando são frequentes os erros de medicação envolvendo psicofármacos - 0,79 por 1000 pacientes-dia (Ito & Yamazumi, 2003). Diante disso, no Brasil, a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica propõem, além da revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), também a oferta de orientações e informações sobre o uso dos medicamentos aos usuários e familiares (Brasil, 2002a) e a definição de uma política de assistência farmacêutica na área de saúde mental (SM), na qual constem mecanismos de seguimento terapêutico, avaliação do uso de medicamentos e exigência da presença do profissional farmacêutico nos programas de SM visando à promoção do uso racional dos psicofármacos (Brasil, 2005).

Ações farmacêuticas que corroborariam com este intento corresponderiam aos macrocomponentes resultantes do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (AF), tais como: dispensação, orientação farmacêutica, educação em saúde, atendimento farmacêutico, acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (OPAS, 2002). Estudo realizado por Strand et al. (2004), demonstra

*Autor correspondente:* Patrícia de Carvalho Mastroianni - Departamento de Fármacos e Medicamentos - Faculdade de Ciências Farmacêuticas Universidade Estadual Paulista/UNESP - Rodovia Araraquara - Jaú - km1 CEP.14801-902 - Araraquara - SP - Brasil - telefone: +55 16 3301-6977 fax: +55 16 3322-0073/3301-6960 - e-mail: pmastro@fcar.unesp.br

que nos 25 anos de experiência na prática da AF, a atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde traz inúmeros benefícios, com impacto clínico e econômico, resolvendo e prevenindo problemas com o tratamento farmacológico. O mesmo estudo demonstra que os médicos percebem a importância do trabalho dos profissionais na assistência farmacêutica e os pacientes reconhecem os benefícios na sua saúde.

Contudo, pouco se sabe sobre a inserção do profissional farmacêutico no âmbito da atenção farmacêutica em SM, suas ações, bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos das intervenções visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de transtorno mental.

O presente estudo teve por objetivo conhecer a atuação do farmacêutico (processo) na atenção farmacêutica em SM quanto à proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em SM; bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos das suas intervenções.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão dirigida da literatura, cuja coleta de dados foi realizada no período de março a outubro de 2010 e atualizada em fevereiro de 2011, abrangendo todos os estudos publicados disponíveis nas bases de dados IBECs, LILACS e MEDLINE, até fevereiro de 2011, utilizando os seguintes descritores: Atenção Farmacêutica (Pharmaceutical Care), Assistência Farmacêutica (Pharmaceutical Services), Adesão à Medicação (Medication Adherence), Farmacêuticos (Pharmacists), Saúde Mental (Mental Health), Serviços de Saúde Mental (Mental Health Services), Assistência em Saúde Mental (Mental Health Assistance), Serviços Comunitários de Saúde Mental (Community Mental Health Services), Pessoas Mentalmente Doentes (Mentally Ill Persons) e Transtornos Mentais (Mental Disorders).

Consideraram-se elegíveis para esta revisão os estudos primários originais, redigidos em português, inglês ou espanhol, com acesso ao texto na íntegra, que após cruzamento dos descritores e exploração do material apresentaram intervenções realizadas por farmacêuticos na terapêutica de pacientes portadores de transtornos mentais. Os critérios de qualidade utilizados para a seleção dos estudos foram: publicações resultantes de manuscritos originais em revistas indexadas nas bases de dados consultadas, excetuando-se os resumos expandidos publicados em revistas científicas. Consideraram-se critérios de exclusão os manuscritos de revisão, os editoriais, as cartas, as notícias, resumos de anais de congressos e os comentários.

Os estudos foram selecionados por um revisor, por meio da técnica de análise de conteúdo, que consiste no tratamento de dados de pesquisa voltada para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de “comunicações” (Bardin, 1977). O seu desenvolvimento é dividido em três fases: (a) pré-análise; (b) exploração do material e (c) tratamento dos dados.

A pré-análise é a fase da organização, a qual se inicia geralmente com os primeiros contatos com os documentos; denominada “leitura flutuante”. Nessa fase, foi possível identificar os estudos que não contemplavam

os critérios de inclusão por meio dos títulos, resumos e, quando necessário, leitura flutuante dos textos na íntegra.

A exploração do material é a fase de sistematização das decisões tomadas na pré-análise. Nessa fase, utilizou-se um roteiro para coleta de dados de maneira estruturada e padronizada dos estudos selecionados, contendo informações sobre o tipo de intervenção (métodos), período e local em que foi realizada (estrutura), população estudada (sujeitos da pesquisa) e os impactos clínicos, humanísticos e econômicos das intervenções (resultados).

Por fim, o tratamento dos dados permite que os dados constituam análises qualitativas e/ou quantitativas para formulação de inferências e interpretações.

## RESULTADOS

Identificaram-se 1686 publicações a partir dos descritores em saúde pré-definidos, sendo que após a aplicação dos limites (fatores de inclusão e exclusão), 214 publicações foram selecionadas para a fase de leitura flutuante. A leitura flutuante revelou que a maioria dos trabalhos referia-se à descrição de perfil de prescrição ou de problemas na utilização de psicofármacos, outros relatavam intervenções realizadas por outros profissionais da saúde ou voltadas para pacientes portadores de transtornos que não os mentais. Portanto, estes artigos foram excluídos da análise por não responderem aos objetivos desta revisão, resultando em 21 estudos selecionados para a exploração do material. Após exploração do material, pelos mesmos motivos destacados, percebeu-se que apenas cinco estudos contemplavam todos os critérios de inclusão e, portanto, foram considerados na análise (Figura 1).

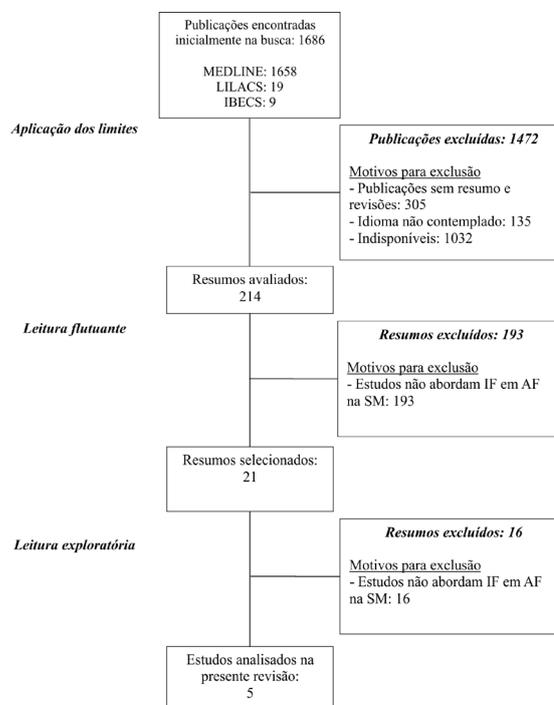


Figura 1 - Fluxograma da seleção e análise de conteúdo das publicações encontradas na base de dados LILACS, IBECs e MEDLINE, até fevereiro de 2011 (n = 1686).

AF: Atenção Farmacêutica, IF: Intervenções Farmacêuticas, SM: Saúde Mental.

Os estudos analisados foram publicados no período de 1978 a 2010, nos EUA (3), na Argentina (1) e na Inglaterra (1), não tendo sido localizado nenhum estudo publicado ou realizado no Brasil. Todos apresentaram desenho experimental com grupos controle, os quais se conduziram no nível secundário de atenção à saúde, com abordagem individual do paciente (5) e/ou do médico (1) e/ou da família (1), por meio do acompanhamento da terapia (3), intervenção educativa por cartas a médicos e pacientes (1), aconselhamento farmacêutico presencial e remoto e inserção de terapia com sistema transdérmico de nicotina (1) (Tabela 1).

Tabela 1 – Estudos de intervenção farmacêutica em saúde mental, segundo o tipo de intervenção, duração, transtorno mental e resultados.

| Tipo de Intervenção   | Duração             | Transtorno mental         | Desfechos primários  | Desfechos secundários  |
|---|---------------------|---------------------------|--|--|
| Acompanhamento da terapia (Rosen et al., 1978 - EUA)  | 3 anos              | -                         | - Melhor ajustamento psicológico ( $p < 0,05$ ) (C);<br>- Nível de satisfação igual (H);<br>- Pacientes relataram se sentir mais saudável desde o início do acompanhamento ( $p < 0,05$ ) (H);<br>- Pacientes precisarem de menos ajuda ( $p < 0,001$ ) (H).   | - Economia no sistema de saúde de US\$20 mil/ano (E).  |
| Acompanhamento da terapia (Furniss et al., 2000 - INGLATERRA)   | 3 semanas           | Esquizofrenia e Depressão | - Maior deterioração da função cognitiva e distúrbios de comportamento, porém sem significância estatística (C e H);<br>- Alteração na depressão foi igual (C);<br>- Alteração da qualidade de vida foi igual (H);<br>- Redução no número de medicamentos igual ( $p = 0,07$ ) (T e E);<br>- Número de acidentes e quedas iguais (C e H);<br>- Número de óbitos igual durante o período do estudo (C);<br>- Clara tendência de redução nos custos, porém sem significância estatística (E).  |  |
| Intervenções educativas por meio de cartas a médicos e pacientes (Hoffman et al., 2002 - EUA)                                       | 6 meses             | Depressão                 | - Maior adesão na 1ª ( $p < 0,05$ ), 2ª e 3ª observações ( $p < 0,01$ ) com base na relação de posse da medicação (T).   |  |
| Acompanhamento da terapia (Fridman et al., 2006 - ARGENTINA)  | 12 meses + 12 meses | Esquizofrenia             | - Melhora na psicopatologia geral (C);<br>- No 1º ano, houve redução de 48,6% dos PRM de segurança e cumprimento no grupo intervenção e 11,6% no grupo controle (T);<br>- No 2º ano, houve redução de 31,6% dos PRM no grupo controle e 52,6% no grupo intervenção (T);<br>- No 1º ano, houve redução de 47,1% dos PRH no grupo intervenção e 12,5% no grupo controle (T);<br>- No 2º ano, houve redução de 50,0% do PRH no grupo intervenção e 33,3% no grupo controle (T);<br>- Houve redução dos FI (T);<br>- A Atenção Farmacêutica atuou como fator de proteção para a aquisição de PRM (T);<br>- Não houve diferenças estatísticas na qualidade de vida, mas sim no nível de satisfação (H). | - Melhora na relação entre o médico e o farmacêutico (H);<br>- Melhora da integração familiar ao tratamento (H). |
| Aconselhamento farmacêutico (AC) e Aconselhamento farmacêutico com sistema transdérmico de nicotina (AC+) (Bock et al., 2010 - EUA) | 6 meses             | Dependência à nicotina    | - Maiores tentativas de cessar o fumo nos grupos AC (76%) e AC+ (65%), do que no grupo controle (42%) ( $p < 0,02$ ) (T);<br>- Maior frequência de abstinência de sete dias foi em AC+ (28%) e em AC (15%) comparado ao grupo controle (8%) ( $p < 0,01$ ) (T);<br>- Os pacientes de AC+ tiveram o dobro de chances de cessar o fumo do que AC ( $p < 0,01$ ) (T).   |  |

C: Clínico, H: Humanístico, E: Econômico, T: Terapêutico, PRM: Problema Relacionado a Medicamento, PRH: Problema Relacionado a Hábito, FI: Fatores Inespecíficos do tratamento.

Fridman et al. (2006), assim como os demais, realizaram estudo experimental com grupo-controle, contudo o desenho compreendeu entrecruzamento dos grupos controle e intervenção após 12 meses de duração da intervenção. No entanto, não relata claramente como foram realizadas as intervenções e nem os seus resultados quantificados, apenas sugerem que intervenção foi positiva. Porque os fatores inespecíficos, ou seja, aqueles que não dependem das propriedades psicofarmacológica dos medicamentos, modificaram positivamente a resposta terapêutica, como por exemplo, os aspectos socioculturais, convívio familiar entre outros (citado por Fridman et al., 2006) considerando assim que atenção farmacêutica oferecida por um ano resultou em resultados inespecíficos positivos a terapia dos pacientes.

Rosen et al. (1978) relataram melhor ajustamento psicológico, avaliado pela presença e quantidade de confusão, ansiedade, depressão, agitação, uso de álcool ou outras drogas e os conflitos interpessoais. E relataram, ainda, impacto econômico positivo, baseado na redução

de encargos com contratação de psiquiatras adicionais. Isso porque, a atuação do farmacêutico permitiria que os psiquiatras se dedicassem menos a prestação de serviços aos pacientes internados e mais a avaliações psiquiátricas, consultas e prestação de serviços voltados à educação da comunidade médica e paramédica.

## DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que as intervenções farmacêuticas (IF) são positivas e apresentam predomínio de análise de parâmetros terapêuticos como PRM. No entanto, tais IF ainda são escassas. Visto que é elevada a distribuição dos transtornos mentais no mundo (OMS, 2002), percebe-se que a prática farmacêutica junto à população portadora dessas doenças é extremamente reduzida ou pouco divulgada.

Assim como foram identificadas poucas IF, também se observou pouca análise de parâmetros clínicos e, principalmente econômicos, bem definidos. Apenas dois

estudos consideraram os aspectos econômicos, sendo que um deles, dada à subjetividade da análise, foi agrupado como desfecho secundário (Rosen et al., 1978) e outro estudo observou que entre o grupo controle e intervenção não houve diferença com significância estatística nos custos com medicamentos e utilização dos serviços de saúde (Furniss et al., 2000).

A escassez de avaliações dos parâmetros clínicos demonstra o quanto é difícil para o farmacêutico contemplá-los ou avaliá-los na SM, já que os instrumentos de avaliação clínica são os mesmos utilizados para fins diagnósticos e, portanto, aplicados por outros profissionais da saúde. Percebe-se como é de fundamental importância a integração transprofissional para mensurar os benefícios clínicos dos usuários.

A maioria dos estudos não descreveu detalhadamente as intervenções. A falta de detalhamento das IF implicou que peculiaridades do cuidado ao paciente portador de transtorno mental não foram contempladas como, por exemplo, no caso da esquizofrenia: quais estratégias educacionais foram utilizadas com pacientes que apresentam algum tipo de psicose, menores níveis insight (consciência sobre o próprio transtorno) ou dificuldades cognitivas relacionadas à atenção e memorização causadas pelo transtorno ou pela própria medicação; ou ainda o detalhamento das intervenções realizadas com familiares, que são considerados parte integrante do tratamento, pois, em determinados casos, de seu apoio pode decorrer o sucesso ou o fracasso relacionado à terapia e/ou à reinserção social. Sabe-se que a esquizofrenia altera a dinâmica de relacionamentos que envolvem o indivíduo que com ela convive, assim como familiares e profissionais (Pinho & Kantorski, 2011). Aaltonen et al. (2010) identificaram que, em média, 30,7% das barreiras possíveis para o aconselhamento farmacêutico são relativas aos pacientes portadores de transtornos mentais, tais como indisposição dos pacientes para se comunicar com os farmacêuticos e desinteresse em receber aconselhamento. Portanto, conhecer os tipos de abordagens utilizadas com pacientes que apresentam estas peculiaridades e outros aspectos citados é preponderante na construção de um projeto de AF em SM e, portanto, é importante que as divulgações dessas experiências considerem esses cuidados, de forma a contribuir para a mudança do paradigma atual de cuidado.

O estudo menos detalhado foi o de Rosen et al. (1978), porque a sistematização da prática do farmacêutico voltado ao cuidado do paciente, mesmo nos EUA, ainda era inicial à época do estudo. Rosen et al. (1978) ainda apresentam lacunas metodológicas, conferindo subjetividade às conclusões, o que pode dever-se também ao contexto da pesquisa em ciências farmacêuticas, na época. Apesar disso, o estudo demonstra como a preocupação com o cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de transtornos mentais nos EUA ocorre cerca de duas décadas depois que o movimento da Farmácia Clínica se inicia neste país, o que data da década de 1960.

Extrapolando para a realidade brasileira, essa lógica induz que é presumível que no Brasil, nove após as discussões de AF (OPAS, 2002) ainda não tenhamos divulgações sobre IF em SM. Mas não só pela lógica pode ser justificada a inexistência de estudos no Brasil: apenas com a reforma psiquiátrica brasileira que, em 2001,

culminou na publicação da lei que redireciona o modelo assistencial psiquiátrico, que o processo de humanização do cuidado ao paciente portador de transtorno mental se torna eixo norteador da atenção em SM (Brasil, 2001). Apesar disso, o novo modelo assistencial, mesmo sendo complexo e integral, não inclui o farmacêutico na equipe mínima do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades modeladoras da atenção à SM em âmbito regional (Brasil, 2002b). Salvo nos casos em que os CAPS contam também com farmácias que centralizam a distribuição de psicofármacos, os farmacêuticos do Sistema Único de Saúde (SUS) têm raros e breves encontros com estes pacientes, o que aliado à necessidade destes profissionais se dedicaram majoritariamente a práticas gerenciais, dificultam a atuação em AF, seja ela uma dispensação ou um acompanhamento farmacoterapêutico.

Outra possibilidade para a inexistência de estudos brasileiros nesta revisão, é que o Brasil inicia suas discussões sobre AF apenas no início dos anos 2000 (OPAS, 2002). É certo que a essa altura os farmacêuticos assistenciais que iniciaram seus trabalhos de AF puderam contar com experiências internacionais. Entretanto, quando estas experiências compartilhadas na literatura científica não detalham os meios pelos quais se alcançaram determinados resultados ou ainda quando os métodos para avaliação dos resultados não são confiáveis torna-se pouco efetivo o aproveitamento por parte do leitor, neste caso o farmacêutico, o que reforça a necessidade já destacada de aumentar a descrição do *processo* e conferir robustez aos métodos construídos para apresentar os *resultados*, permitindo assim a replicação tanto no âmbito acadêmico, quanto do serviço; características não observadas na maioria dos estudos analisados. Além do mais, não só a partir das experiências internacionais que será possível o desenvolvimento da AF no Brasil, mas ainda é necessária a construção local, levando em conta os aspectos culturais, educacionais e de assistência à saúde do próprio país.

Por fim, considera-se que determinante para a atuação do farmacêutico em AF e divulgação de suas experiências, é a sua formação, seja ela a acadêmica ou a continuada. Contemporânea ao consenso de AF, as diretrizes nacionais do curso de farmácia (Brasil, 2002c) propõem a formação de um profissional humanista, apto para atuar nos diferentes níveis de atenção e de cuidado ao paciente, bem como na investigação científica. Levando em conta que para a formação de um profissional com esse perfil é necessária a mudança de comportamentos e de entendimentos para visualização dos aspectos clínicos e humanísticos, ainda precisamos de tempo para que a formação acadêmica e continuada contribua para o advento desse profissional.

O estudo pode apresentar limitações já que foram excluídos os estudos sem acesso livre ao texto na íntegra. Portanto, apesar de ser possível a geração de hipóteses, não é possível a comprovação das mesmas ou generalizações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora haja poucos estudos indexados e disponíveis de IF, e nenhum no Brasil, os resultados são positivos. No entanto, faz-se necessário que as IF monitorem os parâmetros clínicos, as mudanças de hábitos, a melhora na

qualidade de vida e os aspectos farmacoeconômicos a fim de avaliar os seus impactos.

## ABSTRACT

*Pharmaceutical interventions in mental health services:  
a review*

**A directed review was performed in IBECs, LILACS and MEDLINE databases, until February/2011, in order to identify the studies which developed pharmaceutical interventions (PI) in pharmaceutical care in mental health services and estimated their results. The search was carried out using the follow health science descriptors: *Pharmaceutical Care, Pharmaceutical Services, Medication Adherence, Pharmacists, Mental Health, Mental Health Services, Mental Health Assistance, Community Mental Health Services, Mentally Ill Persons and Mental Disorders*. It was identified 1686 manuscripts, of whose 21 contemplated the inclusion criteria. After the content analysis of the eligible manuscripts, only five developed PI. All of them were conducted in the second level of health care, with individual approach, through: therapy follow-up (3), educational interventions by letters to physicians and patients (1), presence or remote pharmaceutical counseling and inclusion of therapy with nicotine transdermal patch (1). The data, such as adherence promotion and solving drug related problems, were positive for the therapeutic. However, it is necessary that the PI monitor the clinical parameters, the habit changes, the improvement in the quality of life and the pharmaco-economic aspects, in order to assess their impacts.**

*Keywords:* Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Services. Medication Adherence. Pharmacists. Mental Health. Mental Disorders.

## REFERÊNCIAS

- Aaltonen SE et al. Barriers to medication counselling for people with mental health disorders: a six country study. *Pharm Pract*. 2011;8(2):122-31.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Bock BC, Hudmon KS, Christian J, Graham AL, Bock FR. Tailored Intervention to Support Pharmacy-Based Counseling for Smoking Cessation. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(3): 217-25.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviço CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad para os Centros de Atenção Psicossocial e define a forma de financiamento dos procedimentos realizados. Diário Oficial da União, Brasília, fev 2002b.
- Brasil. CNE - Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 4 mar 2002c.
- Brasil. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, 2005.
- Fridman GA, Filinger EJ, Presman A. Atención Farmacéutica en el Seguimiento de Pacientes Ambulatorios Psiquiátricos. *Pharm Care Esp*. 2006;8(1):11-7.
- Furniss L, Burns A, Craig SKL, Scobie S, Cooke J, Faragher B. Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. *Brit J Psychiatr*. 2000;176: 563-7.
- Hoffman L, Enders J, Luo J, Segal R, Pippins J, Kimberlin C. Impact of an antidepressant management program on medication adherence. *Am J Manag Care*. 2002;9(1):70-80.
- Ito H, Yamazumi S. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(3):207-12.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *Brit Med J*. 1998;317:111-5.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2002 [citado 2010 mar 23]. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>.
- OPAS - Organização Panamericana da Saúde. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - relatório 2001 – 2002 [citado 2010 mar 23]. Disponível: <[http://www.opas.org.br/medicamentos/temas\\_documentos\\_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245](http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245)>.
- Pinho LB, Kantorski LP. Psychiatric care in the Brazilian context. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2107-14.
- Rosen CE, Copp WM, Holmes S. Effectiveness of a Specially Trained Pharmacist in a rural community mental health center. *Public Health Rep*. 1978;93(5):464-7.
- Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. 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*. 2004;10(31):3987- 4001.

Recebido em 20 de novembro de 2011.

Aceito em 23 de maio de 2012.

