



# **INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

### **O PAPEL DO FARMACÊUTICO NO USO RACIONAL DO MEDICAMENTO**

Trabalho submetido por  
**Ana Catarina Esteves Maia**  
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

**Novembro de 2013**



# **INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

### **O PAPEL DO FARMACÊUTICO NO USO RACIONAL DO MEDICAMENTO**

Trabalho submetido por  
**Ana Catarina Esteves Maia**  
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por  
**Dra. Nadine Ribeiro**

**Novembro de 2013**



## **Agradecimentos**

À memória da minha avó Luz;

À minha mãe por ser a minha melhor amiga;

Ao meu pai e avô pelo apoio incondicional;

Ao meu irmão Filipe pela motivação e apoio determinado que me dedicou ao longo da realização desta monografia;

À minha irmã Margarida pela amizade e por tornar melhor cada momento da minha vida;

À Dra. Nadine Ribeiro pela compreensão, disponibilidade e orientação;

À Prof. Dra. Mara Guerreiro pelas opiniões sábias;

A todos os meus amigos, especialmente à Maria e à Sílvia, pela amizade e apoio;

Os meus mais sinceros agradecimentos.



## **Resumo**

Todo o farmacêutico deve estabelecer como prioritário o bem-estar e a saúde do doente, intervindo de modo a assegurar a maior qualidade, eficácia e segurança da farmacoterapia. Esta monografia é o resultado de uma revisão da literatura sobre as várias atividades desenvolvidas pelo farmacêutico na persecução do uso racional do medicamento.

Abrange a intervenção do farmacêutico desde a seleção da melhor alternativa farmacoterapêutica para um dado doente, ao seu papel na monitorização da correta utilização dos medicamentos, prevenindo a exposição do doente aos problemas inerentes à sua utilização inadequada (inefetividade e insegurança), até à educação em saúde e promoção da qualidade de vida dos doentes.

Assim, procurar-se-á refletir sobre o papel do farmacêutico nas Comissões de Farmácia e Terapêuticas (CFTs), na avaliação da necessidade, eficácia, segurança e custo de todas as alternativas farmacoterapêuticas e a consequente criação de formulários e protocolos de orientação aos profissionais de saúde.

Destacar-se-á, igualmente, a relevância da sua ação na adequada validação e dispensa da medicação prescrita, de modo a reduzir os erros de medicação / Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs) inerentes a estes processos.

No âmbito dos cuidados farmacêuticos, serão abordadas as metodologias de Seguimento Farmacoterapêutico (SF), como ferramentas importantes na identificação, resolução e prevenção de PRMs. Finalmente, referir-se-ão as funções dos farmacêuticos na farmacovigilância, e na educação da população na promoção da saúde. O desenvolvimento profissional contínuo do farmacêutico, sendo uma ferramenta inerente à boa prestação da prática pelo farmacêutico realizada e, como tal, imprescindível à promoção do uso racional do medicamento, será também referido.

A compilação das atividades referidas tem como objetivo salientar a função do farmacêutico em cada uma delas e como as mesmas poderão ser relevantes para um uso do medicamento que se quer racional, seguro e eficaz.

**Palavras-chave:** Seleção de Medicamentos, Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Dispensa de Medicamentos, Validação da Medicação Prescrita, Cuidados Farmacêuticos, Seguimento Farmacoterapêutico (SF), Farmacovigilância, Educação do Farmacêutico, Promoção da Saúde e Educação do Doente.

## **Abstract**

The welfare and health of the patient are priorities to the pharmacist, as well as insuring the highest quality, efficacy and safety of pharmacotherapy. This monograph is the result of a literature review on the various activities undertaken by the pharmacist in the pursuit of the rational use of medicines.

Encompasses the pharmacist intervention ranging from the selection of the best alternative pharmacotherapy for a given patient, the role in monitoring the proper use of medicines, preventing the exposure of the patient to the problems inherent in its inadequate using (ineffectiveness and insecurity), up to giving education in health to the patients and promoting their quality of life.

Thus, the role of the pharmacist is essential in the Pharmacy and Therapeutics Committees, in assessing the need, effectiveness, safety and cost and of all alternative pharmacotherapeutic and the consequent creation of forms and protocols to support health professionals.

Noteworthy is also the relevance of their actions in the proper validation and dispensing of prescribed medication, in order to reduce medication errors / Drug-Related Problems (DRPs) inherent to these processes.

In the context of pharmaceutical care, the methodologies of Pharmacotherapeutic Follow-up will be approached as important tools in identifying, resolving and preventing DRPs. Finally, the roles of pharmacists in pharmacovigilance and in educating the population on health promotion will be mentioned. The continuing professional development of pharmacists, being a tool inherent to the good provision of practice carried out and, as such, essential to the promotion of rational use of medicines, is also mentioned.

The compilation of these activities aims to emphasize the role of the pharmacist in each of them and how they might be relevant to a rational, safe and effective use of medicines.

**Keywords:** Selection of Medicines, Pharmacy and Therapeutics Committee, Dispensing of Medicines, Prescription Validation, Pharmaceutical Care, Pharmacotherapeutic Follow-up, Pharmacovigilance, Pharmaceutical Education, Health Promotion and Patient Education.

# Índice Geral

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Agradecimentos .....                                      | 3  |
| Resumo .....                                              | 5  |
| Abstract .....                                            | 7  |
| Índice Geral.....                                         | 9  |
| Índice de Figuras.....                                    | 11 |
| Índice de Tabelas .....                                   | 11 |
| Lista de Abreviaturas .....                               | 13 |
| 1 Introdução .....                                        | 15 |
| 1.1 O Farmacêutico .....                                  | 15 |
| 1.2 O Medicamento .....                                   | 18 |
| 1.3 Qualidade no Sistema de Saúde .....                   | 19 |
| 1.4 O Uso Racional do Medicamento .....                   | 21 |
| 1.4.1 Perspetiva Nacional .....                           | 26 |
| 1.5 Objetivos .....                                       | 26 |
| 1.6 Métodos.....                                          | 27 |
| 2 Desenvolvimento .....                                   | 28 |
| 2.1 Seleção de Medicamentos .....                         | 28 |
| 2.1.1 Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFTs) .....    | 30 |
| 2.1.2 Formulário Farmacoterapêutico.....                  | 39 |
| 2.1.3 Normas de Orientação Terapêutica (NOTs) .....       | 41 |
| 2.1.4 Normas de Orientação Clínica (NOCs) .....           | 42 |
| 2.1.5 Estudo do Uso de Medicamentos (EUM) .....           | 44 |
| 2.2 Dispensa e Validação da Medicação Prescrita.....      | 45 |
| 2.2.1 Prescrição Eletrónica .....                         | 47 |
| 2.2.2 Validação da Prescrição .....                       | 49 |
| 2.2.3 Dispensa de Medicamentos .....                      | 54 |
| 2.2.4 Reconciliação Terapêutica.....                      | 56 |
| 2.3 Cuidados Farmacêuticos .....                          | 56 |
| 2.3.1 Erros de Medicação .....                            | 60 |
| 2.3.2 Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs)..... | 63 |

|       |                                                 |    |
|-------|-------------------------------------------------|----|
| 2.3.3 | Seguimento Farmacoterapêutico (SF) .....        | 68 |
| 2.3.4 | Farmacovigilância.....                          | 72 |
| 2.3.5 | Adesão à Terapêutica.....                       | 77 |
| 2.3.6 | Educação do Farmacêutico .....                  | 79 |
| 2.3.7 | Promoção da Saúde na Educação da População..... | 83 |
| 3     | Conclusão .....                                 | 86 |
|       | Bibliografia .....                              | 89 |

## **Índice de Figuras**

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Circuito do medicamento de uso humano (INFARMED, 2008) .....                                                        | 19 |
| Figura 2: Algoritmo do Método Dáder no SF (Hernández et al., 2009).....                                                       | 72 |
| Figura 3: Notificações de RAMs participadas entre 1992-2012 (INFARMED, 2013c)                                                 | 74 |
| Figura 4: Número de RAMs notificadas pelo profissional de saúde ou o utente entre o ano de 1992 e 2012 (INFARMED, 2013d)..... | 76 |
| Figura 5: Ciclo CPD (Wiedenmayer et al., 2006).....                                                                           | 81 |

## **Índice de Tabelas**

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1: Funções desempenhadas pelo farmacêutico .....                              | 17 |
| Tabela 2: Fatores que condicionam a qualidade na saúde .....                         | 20 |
| Tabela 3: Indicadores dos cuidados de saúde, de modo a avaliar a sua qualidade ..... | 22 |
| Tabela 4: Métodos de medição do uso irracional de medicamentos .....                 | 23 |
| Tabela 5: Critérios de inclusão e exclusão de medicamentos.....                      | 34 |
| Tabela 6: Principais conceitos para a criação do FNM .....                           | 41 |
| Tabela 7: Objetivos do processo do EUM .....                                         | 45 |
| Tabela 8: Níveis de gravidade de erros de medicação .....                            | 63 |
| Tabela 9: Classificação de alguns PRMs .....                                         | 64 |
| Tabela 10: Estrutura de classificação dos PRMs .....                                 | 65 |
| Tabela 11: Classificação dos RNMs .....                                              | 66 |
| Tabela 12: Resumo das sete etapas do Método Dáder no SF .....                        | 70 |
| Tabela 13: Etapas da realização do DPC .....                                         | 81 |



## Lista de Abreviaturas

- AIM: Autorização de Introdução no Mercado
- ASHP: Sociedade Americana de Sistemas Farmacêuticos de Saúde (*American Society of Health - System Pharmacists*)
- ATC: Classificação Terapêutica Anatômica (*Anatomic Therapeutical Chemical*)
- BPF: Boas Práticas Farmacêuticas
- CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CFTs-ARS: Comissões de Farmácia e Terapêutica das Administrações Regionais de Saúde
- CNFT: Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
- CNPEM: Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos
- DCI: Designação Comum Internacional
- DGS: Direção-Geral de Saúde
- DPC: Desenvolvimento Profissional Contínuo
- EUM: Estudo do Uso de Medicamentos
- FHNM: Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
- FIP: Federação Farmacêutica Internacional (*International Pharmaceutical Federation*)
- FNM: Formulário Nacional de Medicamentos
- IMM: Interação Medicamento – Medicamento
- INFARMED: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
- NOCs: Normas de Orientação Clínica
- NOTs: Normas de Orientação Terapêutica
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PCNE: Rede Europeia de Cuidados Farmacêuticos (*Pharmaceutical Care Network Europe*)
- PRMs: Problemas Relacionados com os Medicamentos
- PST: Programa de Substituição Terapêutica
- RAMs: Reações Adversas Medicamentosas
- RNMs: Resultados Negativos associados à Medicação

- SF: Seguimento Farmacoterapêutico
- SNF: Sistema Nacional de Farmacovigilância
- SNS: Serviço Nacional de Saúde
- URFs: Unidades Regionais de Farmacovigilância
- VTA: Valor Terapêutico Acrescentado

# 1 Introdução

## 1.1 O Farmacêutico

Segundo o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, o exercício farmacêutico orienta-se, essencialmente, para o doente. (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001) Assim, o profissional do medicamento estabelece como prioritário o bem-estar e a saúde do doente, de modo a assegurar a maior qualidade, eficácia e segurança da farmacoterapêutica. (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001)

Nos últimos 40 anos a profissão farmacêutica evoluiu do processo elementar da dispensa, para o amplo processo da gestão e controlo do regime farmacoterapêutico, direcionado para um doente específico. (Wiedenmayer et al., 2006)

O farmacêutico possui a responsabilidade de assegurar o uso racional do medicamento, tanto enquanto este se encontra sobre a sua guarda, como, posteriormente à dispensa, na informação da correta utilização ao doente. (*Estatuto do Medicamento*, 2006)

As atividades de saúde pública prestadas pelos farmacêuticos englobam os serviços farmacêuticos, a avaliação e a revisão do uso de medicamentos, a seleção de medicamentos essenciais, as políticas dos medicamentos nacionais, a farmacovigilância, a análise das necessidades e a farmacoepidemiologia. (Wiedenmayer et al., 2006)

Segundo o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, o farmacêutico tem o dever de seguir, vigiar e monitorizar a distribuição, cedência e uso de medicamentos pelo doente. (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001)

Além disso, o farmacêutico é responsável pelos serviços de cuidados farmacêuticos direcionados para a saúde pública e para o doente individual (Wiedenmayer et al., 2006), devendo informar o doente de todos os serviços disponíveis e complementares possíveis ao tratamento de determinada patologia, como o Seguimento Farmacoterapêutico (SF), a educação para a saúde, a identificação e notificação de Reações Adversas Medicamentosas (RAMs), o controlo de parâmetros bioquímicos e a administração da terapêutica. (Santos, Cunha, & Coelho, 2009)

O farmacêutico durante a prestação de cuidados farmacêuticos centrados num doente específico, deve avaliar e determinar o regime farmacoterapêutico mais adequado para o doente, em concordância com o mesmo, de modo a garantir o sucesso farmacoterapêutico. (Wiedenmayer et al., 2006) Assim, deve criar um plano de ação individual em cooperação com os outros profissionais de saúde intervenientes e o indivíduo em questão. A responsabilização dos doentes nas suas decisões farmacoterapêuticas permite o aumento dos resultados positivos obtidos. (Wiedenmayer et al., 2006)

O SF pelo farmacêutico permite aumentar a qualidade da saúde do doente, através da análise da efetividade e da segurança do regime terapêutico. (Santos et al., 2009) Este acompanhamento permanente, metódico e registado, proporciona a identificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) e, deste modo, evita ou resolve os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM). (Santos et al., 2009)

A promoção da saúde pública consiste, essencialmente, na educação da população, de modo a fomentar o conhecimento sobre as precauções e os cuidados necessários na assistência de determinadas patologias, de modo a cessar as atitudes de risco e a beneficiar de uma melhor saúde. (Santos et al., 2009)

O farmacêutico, atualmente, é responsável por exercer uma multiplicidade de funções, sendo o seu exercício uma atividade em constante progresso. (International Pharmaceutical Federation (FIP), 2000) Estas funções encontram-se resumidas na Tabela 1.

Tabela 1: Funções desempenhadas pelo farmacêutico

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Profissional que concede serviços de cuidados para a saúde | Cuidados farmacêuticos complementares aos serviços realizados por outros profissionais de saúde (Wiedenmayer et al., 2006)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Educador                                                   | Conhecedores da evidência científica e técnica, transmitindo-a aos restantes profissionais de saúde, estudantes e ao doente, de modo a fomentar sempre o uso racional do medicamento. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1994) A educação permite aos doentes autonomia no momento de adotar decisões relativamente à sua doença. (Santos et al., 2009) O conhecimento dispensado ao doente deve abranger o conteúdo da correta utilização de medicamentos, modo de administração, resultados farmacoterapêuticos positivos e negativos, interações e conservação do medicamento. (Grupo Farmacêutico da Comunidade Económica Europeia, s.d.) |
| Gestor                                                     | Gestão racional dos conhecimentos e dos recursos disponibilizados. (Wiedenmayer et al., 2006)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Líder                                                      | Diversas ações, referentes aos cuidados de saúde, são controladas, determinadas e comunicadas pelo especialista do medicamento ao restante grupo de profissionais de saúde interveniente. (Wiedenmayer et al., 2006)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Profissional responsável na adoção de pareceres            | Decisor das atividades a realizar, após a análise de informação, de modo a garantir o uso mais adequado dos recursos. (Wiedenmayer et al., 2006)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Estudante                                                  | Formações assíduas, ao nível científico, legal e ético, devido à constante evolução dos conhecimentos e aptidões, de modo a exercer a melhor prática. (Santos et al., 2009; Wiedenmayer et al., 2006)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Comunicador                                                | Comunicação de qualidade, sobre a medicina baseada na evidência, cedida pelo farmacêutico ao profissional de saúde, ou ao doente. Com o doente, a comunicação deve ser clara, simples e concisa, adaptada aos conhecimentos socioculturais do indivíduo. A comunicação pode ser verbal ou não verbal. Deve-se incentivar o utente a ler a informação disponível sobre os medicamentos constituintes do seu regime terapêutico (Santos et al., 2009)                                                                                                                                                                                             |
| Investigador                                               | Permanente atualização da evidência científica e técnica, de modo a promover o uso racional do medicamento mediante o conhecimento transmitido aos indivíduos ou à documentação de estudos. (Wiedenmayer et al., 2006) Participação em ensaios clínicos dos medicamentos, avaliando a relação benefício-risco. (Santos et al., 2009)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 1.2 O Medicamento

O medicamento designa-se como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.” (*Estatuto do Medicamento*, 2006)

A Denominação Comum Internacional (DCI), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), caracteriza-se pela designação do medicamento, segundo a sua substância ativa. (*Estatuto do Medicamento*, 2006)

Em Portugal, o INFARMED é a entidade reguladora do medicamento, que concede a sua Autorização de Introdução no Mercado (AIM). O INFARMED é igualmente responsável pela avaliação económica e comparticipação dos medicamentos, inspeções, comprovação da qualidade do medicamento e farmacovigilância. (INFARMED, 2008)

O medicamento é avaliado segundo os princípios de qualidade, segurança e eficácia, durante todo o seu circuito, que se inicia na fase de investigação e desenvolvimento e finaliza na utilização pelo utente (Figura 1). (INFARMED, 2008)

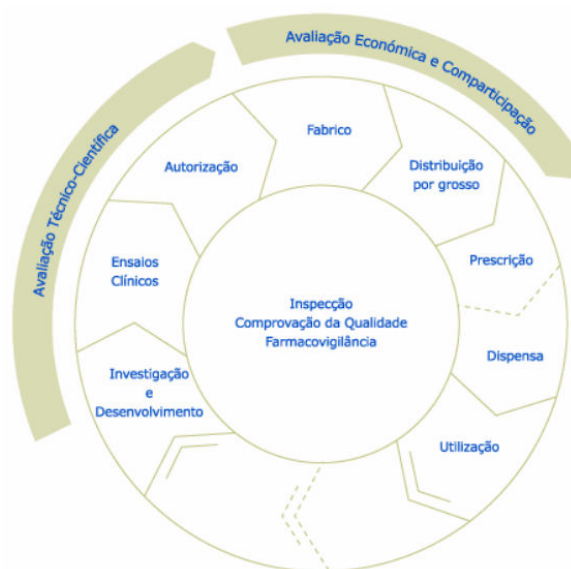


Figura 1: Circuito do medicamento de uso humano (INFARMED, 2008)

Os medicamentos podem ser classificados mediante o modo de ação, as indicações terapêuticas e a estrutura química. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003)

A Classificação Terapêutica Anatómica (ATC), estabelecida pela OMS, é um sistema de classificação de medicamentos, que divide as substâncias ativas em diferentes grupos, mediante o órgão ou o sistema onde atuem e com as respectivas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas destas. (WHO Collaborating Centre for Drug (WHOC), 2011; Despacho n.º 21 844/2004, de 12 de outubro, 2004)

A classificação de medicamentos a nível nacional, instituída no ano de 2004, designa-se de classificação farmacoterapêutica e segue o modelo de classificação ATC, possibilitando assim, a agilidade de utilização de ambas as classificações pelos profissionais de saúde. (*Despacho n.º 21 844/2004, de 12 de outubro, 2004*)

Atualmente, o elevado número de medicamentos com AIM requer uma maior responsabilidade pelos profissionais de saúde na monitorização da qualidade e na promoção do uso racional destes. (Wiedenmayer et al., 2006)

Assim, a farmacoepidemiologia é a ciência que estuda os resultados positivos e negativos obtidos com a utilização de um medicamento, num número elevado de indivíduos, tendo a finalidade de promover o uso racional do medicamento e a seleção de medicamentos custo – efetivos, aumentando a qualidade de vida do doente. (OMS, 2003)

### **1.3 Qualidade no Sistema de Saúde**

Segundo a OMS, a saúde caracteriza-se pelo “estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” (Organização Mundial de Saúde (OMS), s.d.)

A qualidade na saúde consiste na medida de competência dos serviços em melhorar os cuidados de saúde prestados, concordante com a evidência científica e técnica. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2011)

A Tabela 2 representa o que um sistema de saúde com qualidade engloba. (Committee on Quality of Health Care in America, 2001)

Tabela 2: Fatores que condicionam a qualidade na saúde  
(OMS, 2011; Committee on Quality of Health Care in America, 2001)

|                    |                                                                                                                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Segurança          | Inexistência de dano no doente referente aos cuidados de saúde prestados                                                 |
| Efetividade        | Cedência de cuidados de saúde adequados, baseados na evidência científica, alcançando os benefícios delineados no doente |
| Orientação         | Dispensa de cuidados de saúde respeitadores das preferências individuais, como as necessidades e os valores do doente    |
| Cuidados Atempados | Redução dos atrasos prejudiciais à saúde                                                                                 |
| Eficiência         | Conformidade dos efeitos dos cuidados de saúde obtidos com os recursos dispensados, evitando o desperdício de meios      |
| Equidade           | Fornecimento de cuidados de qualidade análoga entre os doentes                                                           |

A garantia da qualidade de todos serviços de saúde concedidos ao doente, incluindo os cuidados farmacêuticos, deve ser aprovada, segundo os princípios da estrutura, processo e resultado, ditados por *Donabedian*. (Wiedenmayer et al., 2006) Assim, utilizando estes princípios, o conceito da qualidade dos cuidados farmacêuticos deve certificar os meios utilizados (estrutura) e as atividades desenvolvidas (processo), de modo a assegurar ou melhorar a qualidade dos cuidados farmacêuticos prestados (resultados). (Wiedenmayer et al., 2006)

A qualidade do uso dos medicamentos deve ser analisada e monitorizada, de modo a promover a sua melhoria. O processo sistemático e contínuo, designado PCDA (*Plan, Do, Check, Act*), permite a realização da proposição referida anteriormente:

1. Planear;
2. Fazer;
3. Verificar;
4. Atuar. (OMS, 2003)

## **1.4 O Uso Racional do Medicamento**

O uso racional do medicamento deve ser uma prática promovida pelos farmacêuticos, a par com os outros profissionais de saúde, em todos os serviços de saúde. (Santos et al., 2009)

Este profissional deve, para além do processo de dispensa, avaliar e validar a conformidade das prescrições medicamentosas com os doentes a que se destinam, colaborando com o médico na otimização da utilização de medicamentos. Deve ainda participar na criação de formulários farmacoterapêuticos e normas de orientação terapêutica, através da seleção de medicamentos, complementar a informação dos medicamentos após AIM. (Verrue, Petrovic, Mehuys, Remon, & Stichele, 2009)

O Valor Terapêutico Acrescentado (VTA) é caracterizado segundo uma inovação terapêutica para uma necessidade já anteriormente determinada como requerida de uma nova tecnologia de saúde. A avaliação sujeita entre dois ou vários medicamentos tem o objetivo de identificar um novo ou melhor resultado de eficácia, segurança e/ou conveniência, de um medicamento, para uma determinada indicação, ao invés das outras opções terapêuticas comparadas. (Marques, 2004; Ribeiro, 2010)

A identificação do VTA de um medicamento possibilita prescrições racionais, aumento dos benefícios em saúde e diminuição dos recursos gastos. (Marques, 2004) A análise do VTA de medicamentos não é uma prioridade documentada no processo de AIM a nível Europeu, apesar de ser declarada a sua importância nos respetivos sistemas. (Marques, 2004)

Os medicamentos que não apresentam VTA às alternativas já existentes são, frequentemente designados de medicamentos “me-too”. (Régner, 2013)

Além disso, o farmacêutico deve partilhar conhecimentos farmacoterapêuticos com os outros profissionais de saúde e com o doente e implementar atividades de promoção de saúde, como campanhas direcionadas para a saúde pública ou programas de gestão da doença e da terapêutica orientada para o doente individual. (Verrue et al., 2009)

Segundo a OMS, o uso irracional do medicamento é uma problemática mundial, declarando que 50% das prescrições, dispensas e vendas de medicamentos são realizadas indevidamente pelos profissionais de saúde e que 50% dos doentes têm uma má adesão à terapêutica. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002) Além disso, constata-se que mais de 50% dos países em todo o mundo não desenvolvem políticas de promoção para o uso adequado do medicamento. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2010)

Muitos dos prejuízos sociais e económicos no âmbito da saúde são resultantes da morbimortalidade relacionada ao medicamento. (Santos et al., 2009)

A qualidade dos cuidados de saúde é avaliada mediante a Tabela 3. (OMS, 2002)

Tabela 3: Indicadores dos cuidados de saúde, de modo a avaliar a sua qualidade  
(OMS, 2002)

| Indicadores de qualidade dos cuidados de saúde |                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicador de Prescrição                        | Estudo da média do número de medicamentos genéricos, antibióticos, injeções e medicamentos essenciais, pertencentes ao formulário farmacoterapêutico, prescritos por doente |
| Indicador de Cuidados Concedidos ao Doente     | Estudo da média do tempo de consulta e do tempo de cedência de medicamentos prestada ao doente                                                                              |
| Indicador de Recursos                          | Conferir a consulta de formulários farmacoterapêuticos e normas de orientação clínica pelos profissionais de saúde                                                          |
| Indicador Complementar                         | Estudo do custo médio dos medicamentos                                                                                                                                      |

Na conferência internacional no Quénia, em 1985, a OMS declara que o uso racional de medicamentos coexiste quando “os doentes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, nas doses adequadas aos seus requisitos individuais, por um período de tempo correto e ao menor custo para o doente e para a comunidade.” (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1985)

Em 2012, a OMS acrescenta a esta a necessidade de consonância das ações, das competências e dos meios monetários de todos os intervenientes do sistema de saúde. (Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012)

A utilização correta dos medicamentos é fomentada pelo maior conhecimento e conseguinte colaboração do doente na sua farmacoterapêutica. (OMS, 2012)

O uso racional do medicamento promove a qualidade de saúde do doente e evita gastos financeiros prescindíveis. (OMS, 2012)

As origens que conduzem ao uso irracional do medicamento devem ser controladas mediante a análise do tipo, gravidade e razão dessa utilização, de modo a fomentar procedimentos eficazes que atuem concretamente no incidente. (OMS, 2002)

Os seguintes métodos permitem identificar o tipo e a gravidade de utilização incorreta dos medicamentos (Tabela 4). (OMS, 2002)

Tabela 4: Métodos de medição do uso irracional de medicamentos  
(OMS, 2002; WHO Collaborating Centre for Drug (WHOC), 2009)

|                                                                  |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do consumo real de medicamentos                            | Examinar a relação custo-efetividade                                                         |
|                                                                  | Comparar ao consumo esperado de medicamentos                                                 |
| Classificação Terapêutica<br>Anatômica / Dose Diária<br>Definida | Comparar as estatísticas de consumo de medicamentos ao nível internacional, nacional e local |

Alguns autores indicam que as ações incorretas desempenhadas pelo profissional de saúde e pelo doente e a inexistência de políticas nacionais de orientação clínica são os fatores dominantes que contribuem para o uso irracional do medicamento. (Grand, Hogerzeil, & Haaijer-ruskamp, 1999)

As principais causas que conduzem o profissional de saúde ao uso inadequado dos medicamentos são a informação insuficiente, a inexistência de políticas nacionais de orientação clínica, a falta de ética, a fadiga, resultante do excesso de trabalho, os lucros nas vendas e a cedência ilimitada de medicamentos. (OMS, 2010; Grand et al., 1999)

Assim, as principais ações que incrementam o uso irracional dos medicamentos são:

- O excesso de medicamentos usados por doente;
- O uso de medicamentos antimicrobianos não indicados para a patologia em causa;
- A administração por via parentérica de medicamentos em doentes capacitados para a administração oral;
- A prescrição de medicamentos não concordante às Normas de Orientação Clínica (NOCs);
- A automedicação realizada pelo doente;
- A má adesão à terapêutica. (OMS, 2010; Grand et al., 1999)

Os resultados provocados por este uso impróprio dos medicamentos englobam as resistências microbianas, os PRMs, os gastos desnecessários em recursos e a desconfiança do doente nos cuidados prestados pelo profissional de saúde. (OMS, 2010)

A OMS, em cooperação com outras organizações, promove a educação do profissional de saúde no âmbito do uso racional do medicamento. (OMS, 2002) Um exemplo destas é a *International Network for Rational Use of Drugs*, a qual tem a finalidade de elaborar, conferir e divulgar os melhores procedimentos de prescrição, cedência e utilização de medicamentos, dirigida, especialmente, para os países em desenvolvimento. (International Network for Rational Use of Drugs (INRUD), s.d.)

Deste modo, a implementação de organizações, políticas e educação nacional auxiliam a precaver a utilização inadequada do medicamento. (OMS, 2010)

Assim, a OMS evidencia, pormenorizadamente, os princípios necessários para a promoção do uso racional do medicamento em todos os países, destacando-se os seguintes:

- Constituição de uma organização multidisciplinar nacional responsável por criar, implementar e analisar políticas de utilização de medicamentos; (OMS, 2010; OMS, 2002)
- Formação de Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFTs), pois têm a finalidade de selecionar os medicamentos com as melhores qualidades, considerando as características de custo-efetividade, de modo a criar formulários e protocolos farmacoterapêuticos e para a promoção da prescrição de medicamentos coerentes. (OMS, 2010; Santos et al., 2009)

- Seleção de medicamentos essenciais; (OMS, 2010)
- Criação de protocolos terapêuticos, baseados na evidência técnica e científica, como auxiliar de apoio às decisões farmacoterapêuticas; (OMS, 2010)
- Informação científica e imparcial sobre os medicamentos acessíveis aos profissionais de saúde e aos doentes; (OMS, 2010)
- Aprendizagem, durante a graduação acadêmica, sustentada em casos clínicos reais de farmacoterapêutica e prescrição; (OMS, 2010)
- Educação contínua dos profissionais de saúde; (OMS, 2010)
- Educação da população sobre os medicamentos: (OMS, 2010) atualmente, o paciente tem opinião na seleção da sua terapêutica e, por isso, há um melhor uso dos medicamentos. (OMS, 2012)
- Eliminação de incentivos financeiros que condicionem o uso adequado de medicamentos; (OMS, 2010)
- Regulamentação e fiscalização que garanta a prestação de cuidados de saúde segundo a ética; (OMS, 2010)
- Recurso governamentais que garantam a disponibilidade de medicamentos e profissionais de saúde, ou seja, participação do governo na construção de políticas e no financiamento dos cuidados de saúde. (OMS, 2010) (OMS, 2012)

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas (BPF), a promoção do correto uso do medicamento inicia-se no processo da seleção, prescrição e cedência, finalizando na administração, mediante as indicações de uso citadas pelo prescritor. (Santos et al., 2009)

O uso racional do medicamento engloba princípios como a dispensa de medicamentos, indicação terapêutica, educação para a saúde, revisão da terapêutica, farmacovigilância e seguimento farmacoterapêutico. (Santos et al., 2009)

A utilização adequada de medicamentos reduz o uso de outros medicamentos, as hospitalizações, o número de consultas e os custos de administração, evitando, assim, despesas na saúde. (OMS, 2003)

### **1.4.1 Perspetiva Nacional**

Em Portugal, o Memorando da *Troika*, publicado em 2011, expõe a necessidade de melhorar a qualidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS), mediante o uso coerente dos serviços de saúde e a adequada gestão de recursos económicos, a qual inclui a diminuição da despesa em medicamentos. (Troika, 2011)

Este Memorando declara, igualmente, a obrigatoriedade da prescrição eletrónica e a necessidade da sua supervisão e validação. Além disso, propõe a implementação de NOCs de apoio à prescrição de medicamentos e de métodos adicionais de diagnóstico e de terapêutica, sustentadas em protocolos internacionais, acrescentando, no sector hospitalar o dever de auditorias para verificação da sua prática. (Troika, 2011)

Assim, as pretensões descritas no memorando constituem medidas frequentemente apontadas como de importância vital para a persecução do uso racional do medicamento.

## **1.5 Objetivos**

O objetivo desta monografia é dar a conhecer o papel potencial do farmacêutico no uso racional do medicamento. Assim, serão abordados os conceitos de maior relevância neste âmbito inerentes à atividade do farmacêutico, como a seleção de medicamentos, mediante a ação das CFTs na criação de formulários farmacoterapêuticos e de protocolos terapêuticos; a análise e validação das prescrições de medicamentos, fomentando a sua correta dispensa; e os cuidados farmacêuticos ativos na promoção da saúde, particularmente nas campanhas direcionadas para a saúde pública e programas de gestão da doença e da terapêutica orientada para o doente individual, além da referência à constante necessidade de atualização de conhecimentos do farmacêutico como condição indispensável ao desempenho da sua profissão segundo o estado da arte. A compilação das atividades referidas tem como objetivo salientar a função do farmacêutico em cada uma delas e como as mesmas poderão ser relevantes para um uso do medicamento que se quer racional, seguro e eficaz.

## **1.6 Métodos**

A pesquisa de informação científica foi realizada mediante a utilização do *Pubmed*, do *ScienceDirect*, do site da OMS e do Google Académico. As palavras-chave empregadas para a recolha desta pesquisa foram essencialmente “Seleção de Medicamentos”, “Comissão de Farmácia e Terapêutica”, “Dispensa de Medicamentos”, “Validação da Medicação Prescrita”, “Cuidados Farmacêuticos”, “Seguimento Farmacoterapêutico”, “Farmacovigilância”, “Educação do Farmacêutico”, “Promoção da Saúde” e “Educação do Doente”, de modo a obter a evidência científica e técnica nestes âmbitos. A informação desta monografia foi cruzada entre toda a pesquisa recolhida e analisada.

O programa utilizado para a gestão das referências bibliográficas foi o *Mendeley*.

## **2 Desenvolvimento**

### **2.1 Seleção de Medicamentos**

Existem vários fatores que influenciam o aumento dos atuais encargos em medicamentos sendo, entre as principais causas, o envelhecimento da população, as doenças crónicas e as novas terapêuticas de elevados custos. (Martins, 2008a)

O constante crescimento do mercado farmacêutico disponibiliza uma vasta gama de medicamentos com características semelhantes aos já existentes e sem vantagens terapêuticas adicionais, além de serem mais caros. (Martins, 2008a) (Simon, Psaty, Hrachovec, & Mora, 2005) (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2001)

Embora os novos fármacos introduzidos no mercado tenham que respeitar os parâmetros de qualidade, segurança e eficácia exigidos à concessão de uma AIM, o seu VTA não é alvo de análise nesta fase. (Martins, 2008a) (Marques, 2004) Frequentemente, um dos maiores inconvenientes relativos aos atuais medicamentos é o desconhecimento da sua verdadeira relação custo-efetividade face aos benefícios muitas vezes irrisórios que aportam. Outra desvantagem reside no facto da análise da segurança não apresentar estudos durante um período de tempo necessário a avaliar a toxicidade a longo termo ou a implícita ao uso crónico de muitos fármacos. (Martins, 2008a)

De modo a evitarem-se gastos desnecessários e a promoverem-se os cuidados adequados ao doente, realiza-se uma seleção de medicamentos a utilizar nos serviços de saúde, tendo em consideração, maioritariamente, quatro fatores: a necessidade, a eficácia, a segurança e os custos. A seleção das várias opções terapêuticas deve ser sustentada na medicina baseada na evidência. (OMS, 2001) (Martins, 2008a)

Segundo Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson (1996), a medicina baseada na evidência define-se como “o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual na adoção de decisões sobre os cuidados de saúde do doente individual”. Esta incorpora a prática clínica individual do profissional de saúde com a evidência externa das melhores revisões sistemáticas. (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996)

Esta evidência é utilizada na elaboração de formulários farmacoterapêuticos e de protocolos clínicos, com a finalidade de auxiliar as decisões nos cuidados de saúde, promovendo o uso racional do medicamento. (Wiedenmayer et al., 2006) (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013a) (Management Sciences for Health (MSH), 2012a)

A fonte da evidência de maior nível é constituída pelos ensaios clínicos. É fundamental a análise dos ensaios clínicos para conhecer o real perfil terapêutico do fármaco e para educar os profissionais de saúde sobre as vantagens e desvantagens dos novos medicamentos relativamente às terapêuticas já presentes. (Martins, 2008a)

Segundo a OMS, a seleção de medicamentos essenciais permite uma maior qualidade de vida no doente, promovendo uma melhor gestão no uso de medicamentos através da análise da relação custo-efetividade nos cuidados de saúde. (OMS, 2013a)

Durante a seleção de medicamentos analisam-se várias alternativas terapêuticas, ou seja, medicamentos equivalentes em eficácia e segurança, numa dada indicação e grupo de doentes. (Tyler et al., 2008) (Puigventós, Ventayol, & Delgado, 2002) Nestas situações, é necessário uma avaliação da mais-valia farmacoeconómica, relacionando todos os custos despendidos com o medicamento, direta e indiretamente. (Tyler et al., 2008)

A seleção de medicamentos é, assim, um processo de relevância extrema, tendo como finalidade auxiliar a prescrição, promovendo a utilização racional do medicamento e a diminuição da despesa. (Ordovás, Climente, & Poveda, 2002) (MSH, 2012a)

Os medicamentos essenciais são definidos como medicamentos prioritários às necessidades da população, devendo, por isso, estar sempre acessíveis nos sistemas de saúde. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013b)

A lista de medicamentos essenciais da OMS é atualizada de dois em dois anos pela Comissão de peritos em seleção e uso de medicamentos e auxilia na criação de listas nacionais e institucionais de vários países, promovendo a equidade na saúde. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013c)

Os medicamentos essenciais contidos nos formulários farmacoterapêuticos são selecionados de forma “contínua, multidisciplinar e participativa, de modo a assegurar o acesso aos fármacos necessários num determinado nível assistencial tendo em atenção critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo, assegurando, deste modo, o uso racional dos mesmos”. (OMS, 2013a)

Atualmente, encontra-se em elaboração a nível nacional o primeiro Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), que se propõe ser o guia farmacoterapêutico de todos os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer trabalhem nos cuidados de saúde primários, quer a nível hospitalar. (INFARMED, 2013a)

A política da boa gestão do medicamento tem como princípios assegurar o uso mais coerente e o fácil acesso ao medicamento nos sistemas de saúde, certificando um melhor controlo da terapêutica. (Martins, 2008b)

O Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos refere o dever do farmacêutico na seleção de medicamentos. (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001)

O farmacêutico tem demonstrado ao longo dos anos a sua competência e certificação na execução desta função. (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), 2012)

### **2.1.1 Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFTs)**

O maior objetivo das CFTs é sustentar o uso racional do medicamento por parte dos profissionais de saúde, desenvolvendo, para isso, um sistema de elaboração de pareceres científicos credíveis com recurso a um sistema de resolução de opiniões, no caso de desacordo. (Ordovás et al., 2002)

A composição legislada das CFTs refere a existência de paridade entre os dois grupos profissionais que a constituem: médicos e farmacêuticos. (*Deliberação n.º 690/2013 de 7 de fevereiro*, 2013) (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro*, 2012) (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro*, 2003)

A prescrição racional de medicamentos é auxiliada pelo formulário farmacoterapêutico, o qual está amplamente implementado em meio hospitalar. Este documento é elaborado, gerido e atualizado pelas CFTs, mediante os fatores de eficácia, custo, qualidade e segurança. (Puigventós et al., 2002) (Martins, 2008a) (Tyler et al., 2008)

A CFT, para além de elaborar o formulário farmacoterapêutico, tem como objetivos estudar e melhorar o uso dos medicamentos, reportar e controlar RAMs, analisar e implementar medidas que visem evitar erros de medicação e incrementar a adesão às NOCs nacionais e o desenvolvimento de NOCs institucionais, com a finalidade de

melhorar os resultados em saúde das terapêuticas utilizadas na sua instituição. (Tyler et al., 2008)

Os protocolos terapêuticos desenvolvidos sob a égide da CFT deverão ser baseados na técnica e científica e identificar quais as patologias a que se direcionam e qual a relação custo-efetividade das opções terapêuticas referidas. (Martins, 2008a) (SEFH, 2012)

Enquanto a análise do custo das várias alternativas medicamentosas proporciona a melhor gestão dos recursos económicos, a avaliação da efetividade destas propicia os resultados ótimos em saúde. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003)

A CFT deve avaliar sistematicamente os medicamentos incluídos no formulário, de modo a obter informação sobre a sua utilização, ou seja, se são medicamentos ajustados ao tipo de prescrição do serviço de saúde com consumos consideráveis. Além disso, a CFT deve igualmente analisar os estudos dos medicamentos não incluídos no formulário, de modo a garantir uma constante atualização deste. (Martins, 2008b)

A avaliação da seleção de medicamentos pela CFT rege-se principalmente nos cinco seguintes fundamentos:

➤ Qualidade do medicamento:

Avaliar através da medicina baseada na evidência (guidelines, revisões sistemáticas, e protocolos clínicos), bem como todos os ensaios realizados, que comprovem a sua eficácia e segurança; (Martins, 2008a) (MSH, 2012a)

➤ Posicionar no grupo farmacoterapêutico:

Definir as indicações terapêuticas e condições de utilização correta do medicamento. (Martins, 2008a) (MSH, 2012a)

➤ Comparar as vantagens entre todas as alternativas medicamentosas:

Identificar o VAT que tem um determinado medicamento relativamente a outros. (Martins, 2008a) (MSH, 2012a)

➤ Custos do medicamento:

Analisar o custo de medicamentos, relacionando-os com os benefícios que aporta. (Martins, 2008a) (MSH, 2012a) O custo de um medicamento é um dos fatores importantes a considerar na seleção de medicamentos, contribuindo para a eficiência na gestão de recursos. As decisões das CFTs em autorizar ou impedir a introdução de um novo fármaco no arsenal terapêutico da instituição deverão ser fundamentadas também

em estudos farmacoeconómicos. A educação dos profissionais que constituem as CFTs na área da farmacoeconomia ou a sua acessibilidade a pareceres desta área, constitui, atualmente, uma prioridade. (Martins, 2008b) (MSH, 2012a)

➤ **Inclusão em Programas de Substituição Terapêutica (PST):**

O PST tem como finalidade a utilização da melhor opção terapêutica disponível no formulário farmacoterapêutico duma dada instituição de saúde, para um determinado doente. Permite como opções a substituição, a suspensão ou a continuação da terapêutica. (Martins, 2008a) (Martins, 2008b)

Assim, deverão ser suspensos todos os fármacos que, não existindo no arsenal terapêutico da instituição, não apresentam mais-valia clínica para o doente na situação em análise; deverão ser mantidos (continuados) todos os fármacos que, não existindo no arsenal terapêutico da instituição, não são passíveis de alterar por outros considerados equivalentes, por razões várias; deverão ser substituídos os fármacos que, não existindo no arsenal terapêutico da instituição, se encontram incluídos em PST, tendo sido identificados os fármacos que constituem alternativa terapêutica e definidas as condições de “switch” entre esses. (Puigventós et al., 2002)

A substituição de medicamentos tem de obedecer a algumas normas para ser aprovada. Inicialmente, terá de ser realizada uma análise detalhada dos medicamentos do mesmo grupo farmacoterapêutico e aprovada a decisão por todos os profissionais clínicos especialistas na área. De seguida, a proposta final terá de ser aceite pela CFT do hospital. A substituição da terapêutica deve ser divulgada a todos os profissionais de saúde. (Puigventós et al., 2002) (Martins, 2008a) (Martins, 2008b)

Assim, a substituição terapêutica de fármacos consiste na mudança de um medicamento utilizado num determinado esquema terapêutico por outro com igual ou maior benefício, dependendo do doente e dos medicamentos selecionados por esse hospital. (Puigventós et al., 2002) (Martins, 2008b)

Estes medicamentos designam-se de medicamentos equivalentes, ou seja, pertencentes ao mesmo grupo farmacológico e contendo as mesmas indicações terapêuticas, apresentando resultados de eficácia e segurança semelhantes nos ensaios clínicos e a posologia, dose e farmacocinética homóloga. (Puigventós et al., 2002) (Martins, 2008b)

Assim, a substituição da terapêutica permite a alteração medicamentosa para o fármaco que demonstra resultados de eficácia e segurança superiores ao medicamento anterior, permitindo uma troca segura. (Puigventós et al., 2002) (Martins, 2008b)

Os medicamentos homólogos são compostos por diferentes princípios ativos mas com indicação terapêutica igual, para os quais não foi demonstrada maior eficácia ou segurança relativamente um ao outro. (Martins, 2008a) (Puigventós et al., 2002)

Para definir o fármaco de referência (aquele para o qual deverá ser feita a substituição) no grupo de medicamentos homólogos, deve realizar-se uma análise baseada em dados farmacoeconómicos, onde se avaliam parâmetros de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade. (Martins, 2008a) (Puigventós et al., 2002) (SEFH, 2012) A identificação destes grupos é muito importante, devido à grande oferta de fármacos “me too”, que atualmente se verifica no mercado farmacêutico. (Durán-García, Santos-Ramos, Puigventós-Latorre, & Ortega, 2011) Esta pesquisa permite a racionalização dos recursos económicos afeitos aos medicamentos, mantendo-se a sua eficácia terapêutica. (Martins, 2008a) (Puigventós et al., 2002)

O PST deve ser alvo de atualizações constantes, tendo em atenção os dados publicados à data referentes a eficácia e segurança dos medicamentos, bem como ao grau de aceitação e de implementação do programa. Os doentes submetidos a esta intervenção devem ser alvo de farmacovigilância contínua, de modo a despistar qualquer reação adversa. (Martins, 2008a) (Martins, 2008b)

Além disso, os PST auxiliam a utilização de medicamentos não incluídos nos formulários e/ou adendas, quando é necessária uma revisão da terapêutica de acordo com a política dos medicamentos desse hospital, apesar da melhor opção ser sempre a utilização de um medicamento incluído no formulário e/ou adenda. (Martins, 2008a)

A CFT deve proporcionar atividades de consultoria, avaliação e educação aos médicos e outros profissionais de saúde relativos a assuntos farmacoterapêuticos, incluindo medicamentos em investigação. (Tyler et al., 2008)

Na Tabela 5 estão representados os critérios de inclusão e exclusão a observar na seleção de medicamentos. (Ordovás et al., 2002)

Tabela 5: Critérios de inclusão e exclusão de medicamentos  
(Ordovás et al., 2002)

| <b>Critérios de Inclusão</b>                                  | <b>Critérios de Exclusão</b>                                                    |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Medicamentos não pertencentes ao formulário em vigor corrente | Medicamento pouco utilizado no ano antecedente                                  |
| Medicamentos com maior segurança                              | Medicamento eliminado pela indústria farmacêutica                               |
| Medicamentos benefício-custo superior                         | Medicamentos equivalentes terapêuticos                                          |
| Medicamentos com variabilidade de dosagem                     | Medicamentos com segurança inferior                                             |
| Medicamentos dispensados em dose unitária                     | Medicamentos com custo-benefício inferior, relativamente às outras opções       |
| Medicamentos genéricos                                        | Medicamentos especialmente de uso não hospitalar, no caso das CFTs hospitalares |

As CFTs devem seguir as normas de qualidade definidas pelas organizações responsáveis. Os indicadores utilizados na avaliação da qualidade das CFTs são vários e incluem, entre outros, o número de reuniões efetuadas, número e tipo de medicamentos selecionados, número de estudos de utilização de medicamentos realizados, a partilha de informação farmacoterapêutica e a farmacovigilância. (Ordovás et al., 2002)

Resumindo a CFT tem o dever de:

- Aprovar o uso de NOCs nos sistemas de saúde;
- Selecionar a lista de medicamentos essenciais e construir o formulário farmacoterapêutico;
- Estudar e atualizar métodos que melhorem o uso de medicamentos;
- Educar os profissionais de saúde;
- Monitorizar campanhas promocionais realizadas pela indústria farmacêutica;
- Controlar e adotar procedimentos de prevenção às reações adversas e erros de medicação;
- Orientar os serviços de saúde para a melhor gestão do medicamento. (OMS, 2002)

Atualmente existem três tipos de CFT em Portugal: as recém-criadas, Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e Comissões de Farmácia e Terapêutica

das Administrações Regionais de Saúde (CFTs – ARS) e as clássicas CFTs dos hospitais.

### **Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT)**

A CNFT é uma organização de consulta, apoio e participação do INFARMED, criada a 1 de Fevereiro de 2013. No dia da criação da CNFT foi estabelecida a imperiosidade na utilização do FNM e de Normas de Orientação Terapêutica (NOTs). (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

A CNFT é constituída maioritariamente por médicos e farmacêuticos e está inserida no âmbito do INFARMED. A implementação da CNFT, e por conseguinte do FNM e das NOTs, permitirão a organização de uma lista, através da medicina baseada na evidência, que inclui os fármacos com a melhor relação custo-efetividade, promovendo uma prescrição mais adequada. Estas terapêuticas deverão ser praticadas obrigatoriamente pelas instituições pertencentes ao SNS, permitindo aos doentes a igualdade no acesso aos medicamentos. (Ordem dos Farmacêuticos, 2013a) (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

A CNFT é constituída por 24 membros:

- Um Presidente e um Vice-Presidente inculidos pelo INFARMED;
- Um Diretor Clínico e um Diretor dos Serviços Farmacêuticos (ou os seus respetivos representantes) de sete hospitais do SNS;
- Um médico e um farmacêutico de três CFTs-ARS;
- Um médico e um farmacêutico que represente a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Farmacêuticos, respetivamente. (*Deliberação n.º 690/2013 de 7 de fevereiro, 2013*)

De acordo com a legislação, a CNFT tem como encargo:

- Criar o FNM, com as devidas atualizações, avaliando critérios de inclusão e exclusão de medicamentos, e atribuindo maior relevância às terapêuticas e aos medicamentos considerados prioritários;
- Executar as NOTs;
- Controlar a implementação do FNM e das NOTs nas instituições referentes ao SNS;

- Avaliar as CFTs-ARS e as CFTs dos hospitais do SNS relativamente à utilização de medicamentos não incluídos no FNM;
- Educar através da partilha de conhecimentos as CFTs-ARS e as CFTs dos hospitais do SNS;
- Promover técnicas para o uso racional do medicamento. (*Deliberação n.º 690/2013 de 7 de fevereiro, 2013*)

As CFTs-ARS e as CFT dos hospitais controlam, nos seus respetivos estabelecimentos, o cumprimento do FNM, das NOTs e dos fármacos utilizados não pertencentes ao FNM. Estas CFTs poderão sugerir propostas, relacionadas com os seus conteúdos de interesse, para a CNFT avaliar. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

O Diretor do Serviço Hospitalar ou o Presidente do Conselho Clínico, que demonstre vantagem na implementação de um novo medicamento não presente no FNM, terá de apresentar uma exposição devidamente justificada, referindo as propriedades do fármaco, cuja análise de utilização já tenha sido averiguada pelo INFARMED, demonstrando que possui em contrapartida dos outros presentes no FNM, à respetiva CFT-ARS ou da CFT do hospital a que pertença. Estes terão de ser primeiramente aprovados pela CFT-ARS ou da CFT do hospital para sua inclusão na adenda. Após a aprovação do medicamento, direciona-se a adenda para a CNFT. A CNFT definirá critérios aos quais o medicamento terá de satisfazer para a adenda ser autorizada. Caso a adenda satisfaça os requisitos propostos pela CNFT esta será publicitada. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

Não podem ser obtidos pelos estabelecimentos e pelas instituições do SNS os medicamentos que não estejam inseridos no FNM ou nas suas respetivas adendas. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

Assim, é obrigatória a utilização dos medicamentos contidos no FNM pelas instituições do SNS, salvo exceções devidamente justificadas como medicamentos incluídos nas adendas das instituições do SNS e medicamentos destinados a patologias não incluídas no FNM. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

## **Comissão de Farmácia e Terapêutica das Administrações Regionais de Saúde (CFT – ARS)**

As CFT-ARS são compostas entre quatro a seis membros, onde se destacam médicos e farmacêuticos, repartidos igualmente, tendo entre estes um representante da Ordem dos Médicos e um representante da Ordem dos Farmacêuticos. (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)

As CFT-ARS têm como principal função na sua Administração Regional de Saúde:

- Apoiar e controlar a correta prescrição, dispensa e uso farmacológico; (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)
- Analisar o cumprimento das NOCs, criadas pela Direção-Geral de Saúde (DGS); (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)
- Verificar e pronunciar-se relativamente às exceções na prescrição por DCI e que impedem o doente de ter direito de opção na escolha do medicamento; (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*) (*Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, 2012*) A prescrição por DCI pretende promover a liberdade de escolha do medicamento pelo doente, permitindo a aquisição do que mais lhe convém financeiramente, sem afetar a eficiência, segurança e acessibilidade do mesmo. (*Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, 2012*)
- Notificar e dar sugestões aos órgãos responsáveis, no caso de não cumprimento das normas de prescrição e de dispensa; (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)
- Divulgar relatórios semestralmente referentes ao apoio e ao controlo da prescrição, dispensa e uso de fármacos; (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)
- Incentivar pesquisas na área da prescrição, dispensa e uso de fármacos, de modo a aumentar a evidência técnica e científica. (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)

## **Comissões de Farmácia e Terapêutica dos Hospitais**

A CFTs dos hospitais é composta, no máximo, por seis membros, repartidos igualmente entre médicos e farmacêuticos, nomeados pelo Diretor Clínico do Hospital e pelo Diretor dos Serviços Farmacêuticos, respetivamente. O Presidente desta CFT é o Diretor Clínico do Hospital ou um dos seus adjuntos. (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)

As CFTs dos hospitais têm como funções:

- Manter um elo de união entre os serviços médicos e os serviços farmacêuticos; (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)
- Propor a introdução de medicamentos às suas adendas privativas e a inclusão ou rejeição de medicamentos do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), através do envio de pareceres e relatórios trimestrais ao INFARMED com a respetiva justificação; (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)
- A crescente oferta de medicamentos no mercado farmacêutico necessita de uma constante atualização do FHNM. Neste sentido, é necessário o conhecimento científico e inovador das CFTs dos hospitais, enviando relatórios, com as respetivas propostas de atualizações do FHNM, ao INFARMED de três em três meses, onde serão avaliadas, compiladas e comunicadas às outras CFT. A divulgação destes mesmos conhecimentos com as outras CFT hospitalares promove a orientação das CFT segundo os mesmos critérios e a poupança de tempo; (*Despacho n.º 5542/2004 de 26 de Fevereiro, 2004*)
- Controlar o cumprimento do uso de medicamentos do FHNM e respetivas adendas; (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)
- Recomendar a revisão da terapêutica do doente; (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)
- Avaliar os gastos financeiros em medicação em cada serviço do hospital; (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)
- Executar a lista de medicamentos obrigatórios a adquirir nos serviços médicos, após avaliação da relação eficácia-custo; (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)
- Sugerir, dentro da sua competência, o necessário a implementar. (*Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003*)

O FNM impõe a obrigatoriedade da utilização dos medicamentos contidos no formulário, nos hospitais e nos serviços de ambulatório. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

No setor hospitalar é extremamente importante a existência de formulários farmacoterapêuticos, garantindo uma seleção de fármacos com as características de “medicamentos essenciais”. O farmacêutico hospitalar interveniente na seleção de medicamentos é membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do hospital. (Ordovás et al., 2002) (Durán-García et al., 2011)

### **2.1.2 Formulário Farmacoterapêutico**

O formulário farmacoterapêutico é desenvolvido ativamente por médicos e farmacêuticos, sendo constituído por uma lista de medicamentos e dispositivos médicos e informações auxiliares respetivas ao seu uso, com o objetivo de apoiar as decisões clínicas e informar o profissional de saúde sobre o custo-efetividade do medicamento, permitindo, deste modo, a melhor gestão dos serviços de saúde. (Tyler et al., 2008)

Os formulários são utilizados em hospitais, instituições de saúde de cuidados agudos e instituições de cuidados a longo prazo. A implementação deste auxiliar em todos os sistemas de saúde permite melhores resultados na saúde do doente e menores gastos monetários. (Tyler et al., 2008)

É importante que este formulário se mantenha constantemente atualizado no serviço de saúde e em suporte informático, de modo a usufruir de uma melhor consulta. (Martins, 2008b)

O desenvolvimento de um formulário completo, suportado segundo as evidências técnicas e científicas, adaptado às políticas dos cuidados de saúde e do uso de medicamentos, garante a obtenção de resultados ótimos. (Tyler et al., 2008)

A boa gestão de um formulário farmacoterapêutico permite uma relação direta entre as políticas do uso de medicamentos, as terapêuticas proporcionadas pelos sistemas de saúde e a medicação em stock na farmácia. (Tyler et al., 2008)

O formulário possui características pluridisciplinares e concretas após uma seleção rigorosa de medicamentos. Este guia de apoio aos profissionais de saúde deve ser completo, perceptível, preciso e atualizado. (Ordovás et al., 2002)

Resumindo, os sistemas de formulários são meios complexos, que através da medicina baseada na evidência, têm em apreço todos os fatores necessários para o uso racional do medicamento. (Tyler et al., 2008) (SEFH, 2012)

### **Formulário Nacional dos Medicamentos (FNM)**

Como já foi mencionado anteriormente, o FNM é criado pela CNFT. (*Deliberação n.º 690/2013 de 7 de fevereiro, 2013*)

A sua composição assenta numa lista de medicamentos, situada nos respetivos grupos farmacoterapêuticos, classificados segundo a DCI, estabelecendo os seus critérios específicos de utilização e as NOTs de determinadas doenças. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

É obrigatório o cumprimento do FNM pelos serviços do SNS, sendo que os medicamentos excluídos deste não deverão estar acessíveis. Os medicamentos incluídos no FNM comportam VTA especialmente para os doentes do SNS além da melhor relação custo-efetividade. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

O FNM é constituído por medicamentos não sujeitos a receita médica, medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos sujeitos a receita médica restrita. (Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, 2013)

O FNM procura a implementação da igualdade nos cuidados de saúde dos doentes do SNS, sendo as adendas hospitalares utilizadas apenas em condições excecionais. (Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, 2013)

A criação do FNM rege-se segundo os principais conceitos, resumidos na Tabela 6. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013*)

Tabela 6: Principais conceitos para a criação do FNM  
(Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho, 2013)

|                          |                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autorização              | Apenas os medicamentos a que o INFARMED concedeu Autorização de Introdução no Mercado (AIM) podem ser contidos no FNM |
| Segurança                | Os medicamentos têm de possuir garantia de segurança no seu uso no ser humano                                         |
| Necessidade              | O medicamento tem de ser considerado clinicamente necessário para o tratamento, diagnóstico ou profilaxia da doença   |
| Eficácia                 | O medicamento tem de apresentar eficácia terapêutica                                                                  |
| Custo                    | Durante a seleção de medicamentos é avaliada a relação custo-efetividade no tratamento da doença a que se destina     |
| Alternativa de medicação | Devem ser analisadas todas as alternativas terapêuticas existentes no FNM para o tratamento de uma determinada doença |

A “alternativa terapêutica” consiste na inclusão no FNM de fármacos com o mesmo perfil de eficácia, segurança, critérios de uso e de indicação, sendo exemplos destes os medicamentos genéricos. As alternativas medicamentosas possibilitam a escolha devidamente fundamentada, dos medicamentos de primeira linha a serem implementados nos hospitais. As condições de mudança (*switch*) no decorrer de um tratamento entre um destes medicamentos também têm de estar definidas no FNM, sendo necessária informação que compare a posologia das respetivas alternativas medicamentosas. (Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, 2013)

### 2.1.3 Normas de Orientação Terapêutica (NOTs)

É igualmente responsabilidade da CNFT criar as NOTs. (*Deliberação n.º 690/2013 de 7 de fevereiro, 2013*)

No mesmo contexto da utilização do FNM, defende-se a adoção de NOTs no SNS. As NOTs são orientadas para a patologia em questão e baseadas na análise custo-efetividade dos medicamentos, sendo igualmente criadas segundo a medicina baseada na evidência, de modo a promover a prescrição, dispensa e utilização racional do

medicamento, no serviço hospitalar e no serviço de ambulatório. (Ordem dos Farmacêuticos, 2013a)

Em 2011, foram apresentadas, pelo bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, à DGS, 19 NOTs das patologias que mais percussões causaram a nível financeiro no SNS em ambulatório no ano de 2009, dando conhecimento ao prescriptor da relação benefício-risco e custo-efetividade das terapêuticas analisadas, além de garantir a equidade em todos os doentes nos cuidados de saúde do SNS. O bastonário da Ordem dos Farmacêuticos revelou igualmente a importância entre a cooperação das NOTs e das NOCs, dirigidas pela DGS. (Ordem dos Farmacêuticos, s.d.-a) (Ordem dos Farmacêuticos, s.d.-b)

O grupo de farmacoterapia da Ordem dos Farmacêuticos, construtor destas NOTs baseou-se em guidelines internacionais e sempre que possível em evidência técnica e científica nacional. (Caramona et al., 2011)

As NOTs demonstram uma sequência ordenada de passos para a resolução do problema, revelando as possíveis características individuais e finalizando com a proposta da melhor orientação terapêutica, em grupo terapêutico ou em DCI. (Caramona et al., 2011)

#### **2.1.4 Normas de Orientação Clínica (NOCs)**

Tal como no formulário farmacoterapêutico e nas NOTs, as NOCs elaboram-se segundo a evidência científica e técnica. Além disso, estas também contemplam de várias opiniões de prescritores especialistas na prática clínica. Existem várias NOCs, nacionais e internacionais, mas nem todas são credíveis. (Tyler et al., 2008)

As NOCs têm como grande finalidade influenciar a decisão dos prescritores.

Os formulários farmacoterapêuticos e as NOCs devem estar em concordância na medicação que mencionam e as atualizações devem ser realizadas em ambas. Deste modo, as NOCs devem evitar referir medicamentos extra formulário. Estas podem ser direcionadas para a patologia ou automaticamente para a medicação específica, mas qualquer que seja o modelo definido, há a complementaridade. (Tyler et al., 2008)

Segundo a Sociedade Americana de Sistemas Farmacêuticos de Saúde (ASHP), as NOCs são revistas pela CFT. Caso estas cumpram os requisitos de avaliação da CFT serão aprovadas e publicitadas. (Tyler et al., 2008)

Em Portugal, segundo o memorando da *troika*, uma das ações a realizar para a melhor racionalização do SNS e dos gastos é a implementação de orientações à prescrição clínica. (Troika, 2011)

Segundo o Despacho n.º 12422/2011, o desenvolvimento e a instituição das NOCs são métodos direcionados para a qualidade nos cuidados prestados pelo profissional de saúde. A precisão, a percutibilidade, a equidade e a utilidade são fatores imprescindíveis na elaboração das normas, melhorando a aprovação e o seu cumprimento. (*Despacho n.º 12422/2011 de 20 de setembro, 2011*)

A DGS é a organização principal do Ministério da Saúde e tem como função criar e controlar projetos direcionados na promoção da saúde ditando as melhores circunstâncias técnicas para que estas se concretizem. É o seu Departamento da Qualidade na Saúde, em cooperação com a Ordem dos Médicos, sistema nacional que abrange todos os médicos habilitados a exercer medicina, e com Ordem dos Médicos Dentistas, que têm o dever de implementar normas de orientação clínica para a melhor prática dos profissionais de saúde, no momento da prescrição de medicamentos e como apoio nos de diagnóstico e terapêutica. (George & Silva, 2011)

Nas várias fases, as NOCs, são discutidas por cientistas, especialistas de vários temas e pela sociedade, sendo as opiniões avaliadas e validadas pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas, pertencente à DGS. Esta avaliação das NOCs inicia desde a sua construção, através da análise do conteúdo científico, passando à prática na análise de relatórios de auditorias e finalizando na revisão e renovação destas. (*Despacho n.º 12422/2011 de 20 de setembro, 2011*) (Direção-Geral de Saúde (DGS), s.d.)

É função das CFTs-ARS, também avaliarem o cumprimento das NOCs da DGS. (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro, 2012*)

A implementação das NOCs em Portugal tem como principal função gerir os recursos económicos do país gastos com a doença e promover igualmente para uma melhor qualidade, nos cuidados de saúde no SNS, com vista à otimização no uso racional do medicamento.

Segundo uma auditoria realizada em 52 serviços de saúde, com o objetivo de verificar o cumprimento de cinco NOCs editadas pela DGS e pela Ordem dos Médicos, verificou-se que 77% dos serviços não cumpre nenhuma guideline, observando-se um maior cumprimento nos serviços hospitalares e na zona de Lisboa. (Ordem dos Farmacêuticos, 2013b)

### **2.1.5 Estudo do Uso de Medicamentos (EUM)**

Os profissionais de saúde devem instituir um sistema de Estudo do Uso de Medicamentos (EUM), contribuindo assim para o uso mais racional destes. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

O EUM é uma investigação metódica da utilização empregue do medicamento e dos seus efeitos farmacoterapêuticos no doente, de modo a detetar, solucionar e evitar PRMs, fomentando a qualidade de vida do doente. (Holloway & Green, 2003) (Phillips, Gayman, & Todd, 1996)

Este tem o objetivo de potenciar os melhores resultados farmacoterapêuticos no doente, baseando-se na análise e na implementação do uso racional do medicamento, através da colaboração de todos os profissionais de saúde. (Holloway & Green, 2003) (Phillips et al., 1996)

O EUM deve ser continuamente revisto, com vista a atingir os objetivos descritos na Tabela 7. (Phillips et al., 1996)

Tabela 7: Objetivos do processo do EUM  
(Phillips et al., 1996)

|                   |                                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Princípios do EUM | Fomentar o melhor regime farmacoterapêutico                                                     |
|                   | Evitar PRMs                                                                                     |
|                   | Investigar a eficácia da terapêutica                                                            |
|                   | Aumentar a segurança do doente                                                                  |
|                   | Criar a unanimidade multidisciplinar do processo de EUM                                         |
|                   | Proporcionar progressos no processo de EUM                                                      |
|                   | Estabelecer critérios base para a aplicação do processo de EUM                                  |
|                   | Documentar os resultados do uso de novos medicamentos                                           |
|                   | Promover a equidade do uso de medicamentos                                                      |
|                   | Fomentar o estudo de áreas menos conhecidas e essenciais na educação dos profissionais de saúde |
|                   | Diminuir os gastos em medicação                                                                 |
|                   | Estabelecer critérios de qualidade para o processo de EUM                                       |

O farmacêutico, deve ser o líder do processo permanente do EUM, cooperando com outros profissionais de saúde. Segundo a ASHP, o farmacêutico é responsável por elaborar e gerir planos e procedimentos, gerais e específicos, para o EUM. Deve impulsionar projetos que garantam a qualidade do uso de medicamentos, possibilitando o conhecimento pelos outros profissionais envolvidos no ciclo do medicamento. (Phillips et al., 1996)

## 2.2 Dispensa e Validação da Medicação Prescrita

Segundo a ASHP, um regime terapêutico tem a finalidade de promover uma melhoria na qualidade de vida do doente, minimizando os riscos inerentes. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a) De modo a cumprir esta definição, deve existir um sistema de cooperação entre todos os profissionais de saúde, de modo a alcançar este propósito comum. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a) (OMS, 2011)

Desde sempre que a atividade dos farmacêuticos se aplica à dispensa de medicamentos. Atualmente, além da cedência, pratica uma multiplicidade de funções indispensáveis, como o aconselhamento de doentes, a transmissão de informação sobre a saúde e medicamentos e o controlo farmacoterapêutico do doente. O papel do farmacêutico na gestão do regime farmacoterapêutico do doente aumentou, notando-se assim, a igual necessidade deste profissional na validação da prescrição. (Carroll, 2003)

Segundo Hepler & Strand (1990), os cuidados farmacêuticos englobam três princípios:

5. “Dispensa responsável da terapêutica medicamentosa com o propósito de alcançar resultados definitivos que melhoram a qualidade de vida do doente”;
6. “Cooperação do farmacêutico com o doente e outros profissionais de saúde no plano terapêutico da seleção, implementação e monitorização, proporcionando resultados específicos”;
7. “Responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde”. (Hepler & Strand, 1990)

Assim, estes princípios comprometem o farmacêutico na validação da prescrição terapêutica. (Carroll, 2003)

Segundo o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, é dever do farmacêutico realizar a dispensa de medicamentos, assim como é seu dever analisar e compreender as prescrições médicas de medicamentos destinadas a cada doente. (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001)

O farmacêutico deve estar consciente da responsabilidade do processo de dispensa de medicamentos para o uso racional do medicamento. (Management Sciences for Health (MSH), 2012b)

O processo da dispensa envolve o sistema desde a receção pelo farmacêutico da prescrição médica até ao momento da cedência dos medicamentos ao doente. (MSH, 2012b)

O cumprimento contínuo das boas práticas de dispensa certifica a identificação e resolução atempada dos erros relacionados a este processo. (MSH, 2012b)

De modo a assegurar um método rigoroso e qualificado, a OMS designa as seguintes atividades como indispensáveis do farmacêutico durante a dispensa de medicamentos:

1. Receber e validar a prescrição;
2. Compreender e interpretar a prescrição;
3. Preparar e rotular os medicamentos a ceder;
4. Verificar o processo final;
5. Registar a ação adotada;
6. Aconselhar e informar de modo claro e conciso sobre a farmacoterapia. (MSH, 2012b)

### **2.2.1 Prescrição Eletrónica**

Desde cedo que, a primeira aproximação de comunicação entre o farmacêutico e o médico era através da prescrição farmacoterapêutica dos doentes. Estas prescrições ao longo dos anos sofreram alterações, sendo inicialmente escritas manualmente, causando problemas de ilegibilidade e deturpação, e atualmente geradas por via eletrónica, resolvendo as limitações das prescrições manuais. (Odukoya & Chui, 2012)

Em Portugal, o objetivo é a desmaterialização total destas ainda no ano de 2013, através de um sistema central que transmita as prescrições médicas para as farmácias. (*Despacho n.º 4322/2013 de 15 de março*, 2013)

A prescrição eletrónica nos hospitais, em Portugal, é dirigida aos serviços farmacêuticos há mais de 10 anos. (Gouveia, 2013)

A implementação da prescrição eletrónica tem a finalidade de diminuir os erros de medicação e os gastos em farmácia, aumentar a qualidade prestada pelos profissionais de saúde aos doentes e rentabilizar o processo de prescrição nos serviços de saúde. (Odukoya & Chui, 2012)

A evidência científica demonstra que com a aquisição da prescrição eletrónica e de informação de apoio à decisão clínica há diminuição nos erros de prescrição e cedência de medicamentos. (Eliasson et al., 2006) (Tamblyn et al., 2006)

A prescrição eletrónica apresenta todas as condições para a melhoria da segurança do doente, do rendimento de trabalho dos farmacêuticos e da comunicação entre os

profissionais de saúde, sendo necessária a monitorização desta, de modo a evitar o risco de novos erros de medicação. (Odukoya & Chui, 2012)

A prescrição eletrónica por DCI permite ainda, adotar o tratamento farmacológico à opção de cada um. (*Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio*, 2012)

O Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) é um método que permite a melhoria da qualidade na prescrição e na cedência de medicamentos. O CNPEM aplica-se a todos os medicamentos com AIM, definidos pelo INFARMED, e tem como objetivo assegurar uma utilização mais correta dos medicamentos pelos médicos e farmacêuticos. Deste modo, o CNPEM irá auxiliar no ato da autenticidade da prescrição para dispensa, diminuindo os erros associados à medicação. (*Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), circular normativa n.º 001/CD/8.1.6*, 2013)

Através da leitura deste código o farmacêutico identifica todos os medicamentos que correspondem às características do prescrito, incluindo os de menor custo, com a mesma DCI, forma farmacêutica, dosagem e número de unidades por embalagem, possibilitando a informação ao doente das diversas opções de escolha. (*Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), circular normativa n.º 001/CD/8.1.6*, 2013)

Segundo Garg et al. (2005), uma implementação eficaz de um sistema de prescrição eletrónico permite reduzir os erros e por conseguinte o tempo de internamento do doente. (Garg et al., 2005)

Na maioria dos hospitais de Portugal estão implementados aplicações para a gestão do circuito do medicamento que incluem sistemas de apoio à decisão clínica, focado no diagnóstico e terapêutica do doente, auxiliando as deliberações clínicas dos profissionais de saúde. (Machado & Silva, 2008) Estas permitem partilhar, entre os vários elementos da equipa de saúde, informação clínica e farmacoterapêutica sobre os doentes, fomentando o uso racional do medicamento. (Machado & Silva, 2008)

O sistema de apoio à decisão clínica, no âmbito da melhoria do uso do medicamento possibilita o envio de avisos de apoio à prescrição, bem como a integração com diferentes bases de dados sobre medicamentos e protocolos terapêuticos, como as do INFARMED, o Prontuário Terapêutico e o FNM. (Machado & Silva, 2008)

O farmacêutico emprega o uso deste sistema durante a validação da prescrição farmacoterapêutica, facilitando a identificação de eventuais Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs). (Machado & Silva, 2008)

A prescrição médica, atualmente, realiza-se por DCI, por via eletrónica e é apoiada pelas NOCs nacionais da DGS. (*Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, 2012*)

### **2.2.2 Validação da Prescrição**

A validação da prescrição médica pelo farmacêutico permite otimizar o regime farmacoterapêutico do doente, melhorando a relação benefício-risco e benefício-custo. (González, 2012)

A prescrição deve ser completada com a identificação do doente e do médico, o medicamento, via de administração, forma farmacêutica, dose, tamanho da embalagem, intervalo de tempo entre as administrações e duração do tratamento. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Os doentes ou o cuidador devem estar informados sobre o regime terapêutico e da possibilidade de ocorrência de determinados sintomas alérgicos e de hipersensibilidade, de modo a serem imediatamente comunicados. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

A avaliação da prescrição terapêutica pelo farmacêutico destina-se a melhorar a qualidade do regime terapêutico, tendo em consideração os fatores de segurança, efetividade, eficácia e necessidade. Durante o ato da validação o farmacêutico estuda as características do doente e do medicamento prescrito, de modo a fomentar o uso racional do medicamento. (González, 2012)

Resumindo, o processo de avaliação da prescrição pelo farmacêutico tem as seguintes etapas para a aprovação:

- Análise do doente, incluindo o sexo, idade, patologias agudas e crónicas, alergias e outros problemas de saúde;

- Análise do medicamento, tendo em consideração as suas indicações (necessidade), a existência de alternativa terapêutica mais adequada e por conseguinte com relação custo-efetividade superior, a sua segurança e a sua eficácia;
- Análise da conformidade da posologia, segundo a situação clínica do doente, verificando-se a dose, o intervalo e a duração do tratamento;
- Ponderar a melhor via de administração dos medicamentos para determinado doente;
- Confirmar a não existência de contraindicações, alergias, interações (interações medicamento – medicamento e interações medicamento – alimento), entre outras. (González, 2012) (Santos et al., 2009) (Brou et al., 2005) (Echarri-Martínez et al., 2012)

Durante a validação da prescrição, caso haja uma incerteza, o farmacêutico não pode presumir a resposta, devendo confirmar com o médico prescritor antes da dispensa da medicação. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

A comunicação entre o farmacêutico e o médico prescritor é indispensável, no sentido de proporcionar melhores resultados terapêuticos ao doente. Durante o diálogo o farmacêutico poderá propor o início, a suspensão ou a alteração da terapêutica medicamentosa, caso encontre fundamentação científica para o fazer, em benefício dos resultados em saúde a obter com a terapêutica em questão. (Carroll, 2003)

O médico prescritor tem em consideração os potenciais “erros de medicação”/ PRMs detetados pelo farmacêutico e as situações em que são propostas um regime terapêutico com maior qualidade ou menor custo. (Carroll, 2003)

Assim, estas situações designam-se por recomendações terapêuticas, quando o farmacêutico sugere ao médico prescritor ou ao doente a mudança da terapêutica prescrita. (Carroll, 2003)

Alguns estudos indicam que as intervenções sugeridas pelo farmacêutico, além de atuarem na prescrição medicamentosa de um doente, poderão influenciar as futuras prescrições do médico. (Carroll, 2003) De acordo com alguns autores, a proposta do farmacêutico, de mudança para um medicamento mais barato, em 45% dos casos é seguida por posteriores prescrições pelo médico. (Carroll, 2003)

Assim, os farmacêuticos estão mais predispostos a detetarem PRMs das prescrições médicas e, por conseguinte, essencialmente centrados na qualidade da saúde do doente, quando são especificamente treinados em cuidados farmacêuticos. (Carroll, 2003)

### **Validação pelo Farmacêutico Hospitalar**

A prescrição eletrónica e a DCI em farmácia hospitalar está em uso há mais de uma década. No internamento, a validação das prescrições pelos farmacêuticos é realizada doente a doente, de modo a promover a eficácia e a segurança da terapêutica, sendo os medicamentos distribuídos em dose unitária. (Gouveia, 2013)

Paralelamente, os stocks de medicamentos das enfermarias de cada serviço são controlados pelos farmacêuticos. (Gouveia, 2013)

Nos doentes em regime de ambulatório, o farmacêutico valida igualmente, a prescrição das terapêuticas, sendo o último profissional de saúde com quem contactam. O farmacêutico desempenha um papel importante no controlo da garantia da saúde destes doentes. (Gouveia, 2013)

A prescrição médica deve garantir a identificação do doente e do médico prescriptor, a data da prescrição, o regime terapêutico por DCI e sua respetiva posologia, forma farmacêutica e administração. Deve igualmente identificar o diagnóstico principal, ou motivo de internamento, e os secundários que sejam relevantes. (Brou et al., 2005)

No ato da validação da terapêutica, o farmacêutico hospitalar tem em consideração, para além dos já enumerados anteriormente, os seguintes fatores:

- Medicamento selecionado no formulário farmacoterapêutico;
- Medicamento aprovado pela CFT do hospital;
- Medicamento justificado clinicamente, nas situações em que o compreendam.

*(Despacho n.º 1083/2004 de 1 de Dezembro, 2003)*

A prescrição médica, no serviço de ambulatório do hospital, é obrigatoriamente eletrónica. Neste realiza-se a dispensa de medicamentos gratuitos para patologias especiais. *(Despacho n.º 13382/2012 de 4 de outubro, 2012)*

No processo da validação da prescrição o farmacêutico informa, quando assinalados, os PRMs e propõe uma terapêutica alternativa. (González, 2012)

No caso de ocorrerem RAMs, o próximo passo do farmacêutico é a notificação dessas reações à autoridade nacional de farmacovigilância. (González, 2012)

Os PRMs devem ser registados, tal como o princípio pelo qual foi resolvido, de modo a evitar futuros PRMs da mesma origem. Após a nova intervenção na terapêutica do doente é necessário monitorizar a sua efetividade e segurança, através da avaliação contínua e sistemática do doente e da prescrição, de modo a despistar qualquer nova ocorrência de um PRMs. (González, 2012)

No caso de se identificar um novo PRMs, o médico prescriptor e os enfermeiros devem ser informados do problema recomeçando um novo ciclo com uma nova validação da prescrição. (González, 2012)

A prescrição é a primeira etapa onde podem surgir erros relacionados com a terapêutica, sendo considerado que 1% dos doentes hospitalizados sofrem RAMs devido a este tipo erros. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Em estudos realizados, demonstram que entre 1 a 2% dos doentes internados sofrem erros de medicação, predominando os erros de prescrição. Dos erros de prescrição detetados e solucionados a causa que predominou foi a dosagem incorreta. É necessária a ação do farmacêutico na deteção, correção e prevenção deste tipo de erros. (Dean, Schachter, Vincent, & Barber, 2002)

Um estudo realizado num hospital durante cinco anos avaliou o tipo de intervenções às prescrições do serviço de cirurgia realizadas pelos farmacêuticos. Assim, em 13760 prescrições médicas, foram investigadas 10,4% destas, que correspondem a 1438 prescrições. (Vernardet, Bossaert, Livrozet, Pont, & Charpiat, 2005)

A maior causa da análise das prescrições foi devido a interações medicamentosas (30,9%), seguindo-se os problemas relacionados com as doses (20,2%) e com a via de administração (13,8%), finalizando nas incompatibilidades físico-químicas entre fármacos administrados em simultâneo na mesma perfusão (4,1%). (Vernardet et al., 2005)

Em Portugal, a maior causa dos erros de prescrição são as doses incorretas. (Jorge et al., 2012)

Segundo Hepler, os erros de prescrição nos hospitais são a maior causa da morbilidade resultante de PRMs, sendo, assim, essencial a adequada intervenção farmacêutica no

processo da validação da prescrição para a promoção do uso racional dos medicamentos. (Hepler, 2004)

### **Validação pelo Farmacêutico de Comunitária**

Segundo BPF, para a farmácia comunitária, após a receção da prescrição médica, o farmacêutico deve avaliar a sua adequabilidade, de modo a garantir uma dispensa eficaz e segura dos medicamentos, acompanhado, se essencial, de uma conversa com o doente. (Santos et al., 2009)

Além de avaliar o regime terapêutico prescrito, o farmacêutico deve verificar se todos os parâmetros da prescrição estão conforme, incluindo a identidade do doente, do médico prescriptor e da autoridade responsável pela participação e a data de validade. No caso de um destes fatores não estar de acordo, não há a cedência dos medicamentos e o farmacêutico deverá auxiliar o utente na melhor solução para a situação se resolver de forma mais assertiva. (Santos et al., 2009)

A análise da farmacoterapêutica prescrita e a sua validação têm em consideração os seguintes fatores, para além dos já enumerados anteriormente: (Santos et al., 2009)

- A capacidade de autoadministração pelo doente;
- As orientações do doente e do sistema, considerando condições socioeconómicas e legais. (Santos et al., 2009)

Durante a verificação da prescrição, se o farmacêutico detetar PRMs deve procurar solucioná-lo de imediato, comunicando com o doente e/ou com o médico prescriptor, e fundamentando a sua análise e intervenções com evidência científica, consultando farmacopeias, formulários, livros e jornais farmacêuticos, legislação, centros de informação sobre medicamentos, entre outros. Estes PRMs e a sua solução devem ser registados na farmácia. (Santos et al., 2009)

Desde 1990, tem havido um crescente aumento do registo de erros associados aos medicamentos, assim como as investigações na área das atividades farmacêuticas que incidam sobre a resolução e prevenção dos mesmos. (Buurma, Smet, Leufkens, & Egberts, 2004)

A evidência relativa à análise e diminuição dos PRMs pelos farmacêuticos é vasta e positiva. (Buurma et al., 2004)

O estudo de Buurma et al., pretendeu demonstrar a importância das alterações realizadas por farmacêuticos às prescrições médicas em 141 farmácias Holandesas no ano de 1999 por um período de 15 dias. Observou-se que foram realizadas 4,9 % de alterações à prescrição de medicamentos, maioritariamente devido à ambiguidade das prescrições e minoritariamente a erros de medicação. Relativamente às alterações realizadas, 49,8% preveniram RAMs, 29,2% melhoraram a efetividade farmacoterapêutica e 8,6% fomentaram ambos os resultados. (Buurma et al., 2004)

### **2.2.3 Dispensa de Medicamentos**

Dos procedimentos da dispensa, implementados pela OMS, a validação da prescrição farmacoterapêutica e o conhecimento transmitido ao doente pelo farmacêutico são os de salientar na promoção do uso racional do medicamento.

O farmacêutico deve garantir a qualidade do medicamento na cedência, assegurando a estabilidade e as boas condições da embalagem e do prazo de validade do medicamento. (Santos et al., 2009)

O farmacêutico deve rever os rótulos e referir as situações em que existem precauções de utilização, como “agitar antes de usar”, “uso externo”, “não injectável”, entre outros. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

A promoção da correta transmissão de conhecimentos do farmacêutico ao doente inclui a comunicação verbal e a disponibilização de informação escrita ou de material de auxílio, para o uso racional da medicação. (Santos et al., 2009) A informação escrita cedida pelo farmacêutico permite o aumento do conhecimento do doente referente ao seu regime farmacoterapêutico, promovendo, assim um maior grau da literacia e da satisfação do doente relativo aos cuidados prestados. (Hamrosi, Raynor, & Aslani, 2013)

A informação medicamentosa concedida pelo farmacêutico ao doente deve compreender também as indicações do uso racional do medicamento, para a obtenção do melhor efeito terapêutico, e as possíveis RAMs associadas. (MSH, 2012b)

Após a explicação farmacoterapêutica, o farmacêutico deve assegurar a compreensão da informação transmitida, através de questões aplicadas ao doente. (Santos et al., 2009) (MSH, 2012b)

Nos Serviços Farmacêuticos do hospital, o registo farmacoterapêutico de cada doente, internado ou em ambulatório, é necessário, de modo a se avaliar e controlar toda a medicação dispensada. (Brou et al., 2005)

A dispensa de medicamentos aos doentes em regime de internamento realiza-se mediante o procedimento específico de distribuição em dose unitária, permitindo a cedência com a maior qualidade, ao doente individual, diariamente. (Brou et al., 2005)

No serviço de ambulatório do hospital dispensa-se medicação que é comparticipada na íntegra e que necessita de constante monitorização do farmacêutico, com o objetivo de avaliar a adesão e os possíveis efeitos secundários proporcionados por cada regime farmacoterapêutico. (Brou et al., 2005)

O farmacêutico de comunitária perante um problema de saúde menor responsabiliza-se pelo aconselhamento e pela cedência de medicamentos não sujeitos a receita médica ou de terapêutica não farmacológica, com a finalidade de solucionar o estado de doença. (Santos et al., 2009)

Este deve, igualmente, avaliar as terapêuticas instituídas pelo próprio utente (automedicação) e aconselhá-lo, de modo a assegurar os melhores resultados em saúde.

É necessário analisar pormenorizadamente a situação e disponibilizar a informação necessária para o doente perceber e lidar do melhor modo com a doença, só sendo dispensada medicação na existência de necessidade confirmada pelo farmacêutico. (Santos et al., 2009)

Todas as decisões e informações transmitidas pelo farmacêutico devem fundamentar-se em formações contínuas e na evidência científica e técnica. (Santos et al., 2009)

Assim, os farmacêuticos de farmácia hospitalar e de comunitária têm uma atividade fundamental na dispensa de medicamentos prescritos, através da confirmação da qualidade do medicamento indicado para um determinado doente e da avaliação da adequabilidade de alguns princípios, como a dose, a frequência de administração, a duração do tratamento, a via de administração, a presença/ausência de outros

medicamentos em concomitância, a patologia, a história medicamentosa, entre outros. (Pharmacy Board of Australia, 2010)

#### **2.2.4 Reconciliação Terapêutica**

A reconciliação terapêutica promove a segurança do doente e evita, maioritariamente, erros de medicação. Consiste na conciliação da terapêutica entre os diferentes cuidados de saúde (internamento, transferência dentro do hospital e alta), de modo a reduzir os casos de duplicação e de interação medicamentosa, consequência da falha de transmissão de informação entre todos os intervenientes. (Chhabra et al., 2012) (Direção-Geral da Saúde (DGS) & Departamento da Qualidade na Saúde, s.d.) (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a) Num internamento ou na alta do hospital de um doente é necessário avaliar o regime terapêutico deste, principalmente em grupos de risco, como os doentes idosos, crónicos e polimedicados. (Ordem dos Farmacêuticos, 2011)

A reconciliação terapêutica é uma atividade imprescindível realizada pelo farmacêutico hospitalar e o farmacêutico comunitário, que se baseia na comparação da medicação realizada no domicílio com a medicação prescrita após a admissão hospitalar, de modo a prevenir PRMs. A colaboração entre os farmacêuticos permite a continuidade nos cuidados farmacêuticos. (Ordem dos Farmacêuticos, 2011) (Geurts, Talsma, Brouwers, & de Gier, 2012)

Vários estudos têm demonstrado resultados positivos da implementação destes programas, com redução dos erros de medicação e aumento da segurança do doente na utilização de medicamentos. (Ordem dos Farmacêuticos, 2011)

### **2.3 Cuidados Farmacêuticos**

Os cuidados farmacêuticos baseiam-se em ações associadas à medicação, concedidas diretamente pelo farmacêutico ao doente, com o objetivo de promover a qualidade de vida deste, através do uso racional do medicamento. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993b)

Os cuidados farmacêuticos são atividades realizadas pelo farmacêutico em colaboração com outros profissionais de saúde, direcionadas às carências do doente, sendo essencial uma boa relação entre todos os intervenientes. (Santos & Iglésias, 2008)

A Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP) define os cuidados farmacêuticos como “ a provisão responsável da farmacoterapêutica, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem ou mantenham a qualidade de vida do doente”, de modo a detetar, solucionar e evitar PRMs. (International Pharmaceutical Federation (FIP), 1998)

A expressão “cuidados farmacêuticos” tem sido amplamente citada e utilizada pelo farmacêutico, sobretudo, desde 1990, quando Hepler e Strand publicaram o artigo “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993b) (Santos & Iglésias, 2008)

As causas primordiais que fomentaram a implementação dos cuidados farmacêuticos centraram-se na constatação de ocorrência de PRMs no elevado tempo de hospitalização do doente e na elevada despesa verificada na saúde. (Hepler & Strand, 1990)

Concluiu-se que a prática dos cuidados farmacêuticos diminui a taxa de morbimortalidade causada por PRMs, reduzindo consideravelmente a despesa em saúde. (Hepler & Strand, 1990)

Em 1993, o Documento de Tóquio emitido pela OMS, destacou, entre outros cuidados farmacêuticos, a relevância na análise dos efeitos farmacoterapêuticos no doente, destacando como procedimentos principais:

- O auxílio e a monitorização do regime farmacoterapêutico dos doentes crónicos e polimedicados;
- A diminuição dos gastos económicos, utilizando racionalmente o medicamento;
- A implementação do SF, devido à complexidade de conhecimentos farmacoterapêuticos que certos medicamentos requerem do doente;
- O acompanhamento das exigências crescentes do doente por parte do profissional de saúde;
- A integração do doente em ambulatório em programas de cuidados farmacêuticos continuados. (Ribeiro, 2004)

Um ano depois, foi fundada a Rede Europeia de Cuidados Farmacêuticos (PCNE), por farmacêuticos investigadores, com o objetivo de evoluir o conceito de cuidados farmacêuticos nos países Europeus. (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010)

Assim, os cuidados farmacêuticos, focados no doente, reduzem a ocorrência de RAMs e de casos de morbimortalidade, possibilitando o aumento da qualidade de vida do doente, mediante a aquisição dos melhores princípios farmacoterapêuticos, e a diminuição dos gastos económicos por parte dos serviços de saúde. (Wiedenmayer et al., 2006) (Ordem dos Farmacêuticos, 2012a)

Em Portugal, os cuidados farmacêuticos são reconhecidos pelo farmacêutico como a filosofia de exercício a adotar, sendo apoiada a necessidade de direcionar os serviços farmacêuticos para a melhor qualidade de vida do doente. (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010)

Entre os serviços de cuidados farmacêuticos a nível nacional, distinguem-se cuidados essenciais de cuidados diferenciados. (Associação Nacional das Farmácias (ANF), 2010) (Associação Nacional das Farmácias (ANF), 2008a)

Os primeiros podem ser exercidos por qualquer profissional da equipa da farmácia e realizam-se durante o aconselhamento do doente, a dispensa de medicamentos, a medição de parâmetros bioquímicos, a reciclagem de medicamentos e as ações de promoção de saúde. (ANF, 2010) (ANF, 2008a)

Os serviços diferenciados são, apenas, praticados por farmacêuticos com formação específica, prestigiada pela Ordem dos Farmacêuticos, e constituem o Programa de Substituição Terapêutica com Metadona, o Programa de Gestão da Doença e o Programa de Gestão Terapêutica. (ANF, 2010) (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010) (ANF, 2008a) (Associação Nacional das Farmácias (ANF), 2008b)

O Programa de Substituição Terapêutica com Metadona foi instituído em 1998 em Portugal. Este Programa permite, através de farmacêuticos com formação específica e obrigatória na área, a administração controlada de soluções de metadona aos toxicodependentes, referenciados por médicos especialistas dos centros de tratamento. (ANF, 2008b) Atualmente, o programa está suspenso nas farmácias nacionais.

O Programa de Gestão da Doença é caracterizado pelo SF dos doentes crónicos, pelo farmacêutico. (ANF, 2008b)

O SF realiza-se mediante visitas combinadas entre o farmacêutico e o doente à farmácia, onde o profissional dispõe de mais tempo com o doente, de modo a precaver, confirmar e resolver possíveis PRMs. (ANF, 2008b)

Assim, em 2001, desenvolveu-se o Programa de Gestão da Doença, que atualmente compreende o Programa de Asma / Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial / Dislipidémia. (ANF, 2010)

O Programa de Gestão da Terapêutica foi implementado em 2006 e é direcionado para doentes em que se identificam PRMs durante o processo da dispensa. O doente alvo deste programa é o doente crónico, polimedicado, com problemas de saúde não controlados e farmacoterapêutica em constante alteração, idade superior a 65 anos ou hospitalizado durante o último mês. (ANF, 2010)

Os farmacêuticos integrados nos serviços diferenciados são precedentemente ensinados, através de formações específicas. (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010)

A remuneração dos serviços de cuidados farmacêuticos diferenciados depende do critério da farmácia. (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010)

A Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro (2007), aumenta a acessibilidade dos serviços que podem ser prestados, pelas farmácias em Portugal.

Estes têm de ser realizados por profissionais legalmente habilitados e em farmácias com as instalações apropriadas. (*Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro, 2007*)

Estes serviços devem ser devidamente identificados nas farmácias que os promovam, tal como o preçário correspondente ao mesmo. (*Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro, 2007*)

O tipo e o número de serviços farmacêuticos realizados nas farmácias devem ser documentados, podendo esta informação ser requerida pelo INFARMED. (*Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro, 2007*)

Segundo o Artigo 2º da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro (2007), os serviços farmacêuticos disponibilizados na melhoria da qualidade na saúde dos utentes são:

- Apoio domiciliário;
- Administração de primeiros socorros;
- Administração de medicamentos;
- Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;

- Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- Programas de cuidados farmacêuticos;
- Campanhas de informação;
- Colaboração em programas de educação para a saúde. (*Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro, 2007*)

Segundo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos, os cuidados farmacêuticos englobam a cedência de medicamentos ativa, a consulta de indicação farmacêutica, a farmacovigilância, a elaboração de medicamentos manipulados, a promoção da saúde e o SF. (Santos & Iglésias, 2008)

### **2.3.1 Erros de Medicação**

Os erros são multidisciplinares e têm causas multifactoriais, estando inerentes à condição humana. (Jiná, Silva, & Soares, 2009)

Em 2000, foi publicado pelo Instituto de Medicina o relatório “To Err is Human” onde relata que os erros de medicação têm uma grande amplitude e que são causa de elevados custos sociais e económicos, revelando que causam mais de 7000 mortes anuais. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000)

Este relatório afirma que a ocorrência de erros é inerente à atividade humana mas a sua publicação tem como finalidade proporcionar uma melhoria na segurança do doente, através da evidência. (Kohn et al., 2000)

O erro de medicação define-se como “qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicação ou dano ao doente enquanto a medicação está sob controlo do profissional de saúde, do doente ou do consumidor”. (OMS, 2011)

Um erro de medicação não é necessariamente proveniente de um PRM. (Pharmaceutical Care Network Europe Foundation, 2010)

O erro de medicação é a designação geral, que integra vários tipos de erros, como o erro de prescrição, o erro de dispensa, o erro de administração e o erro de monitorização. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

O facto de o medicamento passar por tantas etapas e por vários profissionais de saúde implica que ocorram mais facilmente erros de medicação. (Jiná et al., 2009)

A ocorrência dos erros de medicação deve ser identificada, avaliada e controlada, de modo a criar estudos e procedimentos baseados na evidência que minimizem este tipo de eventos. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a) As atividades de gestão dos erros de medicação devem diminuir a incidência destes através de soluções concretas, de modo a eliminar, sobretudo, os erros de maior gravidade. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

No âmbito da validação da terapêutica pelo farmacêutico, realizada com o objetivo de assegurar o melhor proveito do medicamento ao doente, é fundamental a sua ação na deteção de erros de medicação.

O erro de prescrição é um erro realizado durante a atividade da prescrição na seleção do medicamento. Este é involuntário da parte do médico prescritor, podendo dever-se à falta de conhecimento da medicina baseada na evidência, do não seguimento das boas práticas ou da regulamentação estipulada, como suporte de orientação clínica. (OMS, 2011)

Os tipos de erros de prescrição incluem: (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

- A escolha de um medicamento inadequado, devido às indicações, contraindicações, interações e alergias documentadas não serem as mais favoráveis para o doente em questão;
- O desajuste da dosagem, forma farmacêutica, número de unidades na embalagem, concentração, condições e via de administração do fármaco. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Os erros de dispensa de medicamento são designados como “desvio em relação à prescrição, feita pelos profissionais da farmácia, aquando da dispensa da medicação para o doente”. (OMS, 2011)

Os erros de monitorização são caracterizados como ausências no acompanhamento e controlo da terapêutica, que têm como objetivo prevenir e identificar PRMs. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Estes podem igualmente advir da omissão de conhecimentos e pesquisa na literatura referente à monitorização desse fármaco. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

O farmacêutico, em colaboração com outros profissionais de saúde, realiza uma função primordial na prevenção de erros de medicação. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no âmbito do farmacêutico na prevenção de erros de prescrição. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Reafirma-se que deve existir uma cooperação estreita entre o médico prescritor e o farmacêutico na prevenção deste tipo de erros, submetendo-se a prescrição terapêutica dos doentes a dupla avaliação, execução e controlo. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Os erros de medicação além de prejudicarem a confiança do doente na terapêutica instituída, presumindo a melhoria da qualidade na saúde, aumentam os gastos financeiros no setor da saúde. A maioria dos erros de medicação são insignificantes ou mínimos, não tendo consequências nocivas à saúde do doente, mas nos casos mais graves podem resultar em morbilidade ou mortalidade. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Segundo a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, a abordagem de sistema constitui a melhor forma de aumentar a segurança do doente. Consiste numa “investigação imediata e intensiva seguida de uma análise multidisciplinar de sistemas para descobrir tanto as causas próximas como as causas sistemáticas dos erros”. (OMS, 2011)

Em 1991, foram definidos sete níveis de gravidade de erros de medicação (Tabela 8). (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Tabela 8: Níveis de gravidade de erros de medicação  
(American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

| Nível de Gravidade | Erro de Medicação                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nível 0            | Não ocorrência de erros de medicação                                                                                                                                                                                                               |
| Nível 1            | Ocorrência de um erro de medicação sem dano no doente                                                                                                                                                                                              |
| Nível 2            | Ocorrência de um erro de medicação que conduziu a um aumento da monitorização do doente, mas sem resultar em qualquer alteração dos sinais vitais ou dano no doente                                                                                |
| Nível 3            | Ocorrência de um erro de medicação que conduziu a um aumento da monitorização do doente, resultando em alteração dos sinais vitais mas sem dano no doente                                                                                          |
| Nível 4            | Ocorrência de um erro de medicação que conduziu a uma necessidade de tratamento com outro medicamento do doente ou a um aumento do tempo de internamento do doente ou prejudicando os participantes de um estudo de investigação de um medicamento |
| Nível 5            | Ocorrência de um erro de medicação que conduziu a um dano permanente no doente                                                                                                                                                                     |
| Nível 6            | Ocorrência de um erro de medicação que conduziu na morte do doente                                                                                                                                                                                 |

Na ocorrência de erros de medicação devem-se pôr em prática princípios que garantam a reparação do erro no doente. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

### 2.3.2 Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs)

Como já foi referido anteriormente, os cuidados farmacêuticos centrados num doente têm como objetivo detetar, solucionar e evitar PRMs. (FIP, 1998) (Wiedenmayer et al., 2006)

Em 1998, o Primeiro Consenso de Granada organizou os PRMs em seis categorias, sendo posteriormente revisto em 2002 pelo Segundo Consenso de Granada. (Comité de Consenso, 2002) O Segundo Consenso de Granada define PRMs como “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devido à farmacoterapia que,

provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados”. (Comité de Consenso, 2002) Por último, em 2007, o Terceiro Consenso de Granada simplifica o conceito de PRMs, referindo que são “situações em que o processo do uso de medicamentos causa ou pode causar o aparecimento de um resultado negativo associado à medicação”. (Comité de Consenso, 2007)

Segundo Aizenstein & Tomassi (2011), os PRMs incluem as RAMs, inevitáveis e causadoras de dano no doente, e os erros de medicação, evitáveis, podendo originar, ou não, dano no doente. (Aizenstein & Tomassi, 2011)

O Terceiro Consenso de Granada apresenta a lista de PRMs exibida na Tabela 9. (Comité de Consenso, 2007)

Tabela 9: Classificação de alguns PRMs  
(Comité de Consenso, 2007)

| Lista de PRMs                                                    |
|------------------------------------------------------------------|
| Errada administração de medicamentos                             |
| Caraterísticas específicas individuais                           |
| Conservação do medicamento incorreta                             |
| Contraindicações do medicamento                                  |
| Dose, esquema terapêutico e/ou duração da terapêutica inadequada |
| Duplicidade medicamentosa                                        |
| Erros de cedência de medicamentos                                |
| Erros de prescrição medicamentosa                                |
| Má adesão à terapêutica                                          |
| Interações                                                       |
| Outros problemas de saúde que condicionem o tratamento           |
| Probabilidade de efeitos adversos                                |
| Problemas de saúde mal tratados                                  |
| Outros                                                           |

Segundo a PCNE, os PRMs classificam-se conforme mostrado na Tabela 10. (Pharmaceutical Care Network Europe Foundation, 2010)

Tabela 10: Estrutura de classificação dos PRMs (Pharmaceutical Care Network Europe Foundation, 2010)

| Problemas                                                                                                 |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| “Evento ou circunstância prevista ou inesperada, que é, ou pode ser errada, na terapêutica medicamentosa” |                                               |
| P1                                                                                                        | Efetividade do tratamento                     |
| P2                                                                                                        | Reações Adversas                              |
| P3                                                                                                        | Custo do Tratamento                           |
| P4                                                                                                        | Outros                                        |
| Causas                                                                                                    |                                               |
| “A causa é a ação (ou falta de ação) que encaminha ao problema potencial ou real”                         |                                               |
| C1                                                                                                        | Seleção do medicamento                        |
| C2                                                                                                        | Forma farmacêutica                            |
| C3                                                                                                        | Posologia                                     |
| C4                                                                                                        | Duração do tratamento                         |
| C5                                                                                                        | Uso do medicamento/ Processo de administração |
| C6                                                                                                        | Logística                                     |
| C7                                                                                                        | Doente                                        |
| C8                                                                                                        | Outros                                        |
| Intervenções                                                                                              |                                               |
| “Uma ou mais intervenções para corrigir a causa do problema”                                              |                                               |
| I0                                                                                                        | Não há intervenções                           |
| I1                                                                                                        | Ao nível do médico prescritor                 |
| I2                                                                                                        | Ao nível do doente ou do seu cuidador         |
| I3                                                                                                        | Ao nível do medicamento                       |
| I4                                                                                                        | Outros                                        |
| Resultados das Intervenções                                                                               |                                               |
| “Indicar se o problema foi resolvido através da ação da intervenção”                                      |                                               |
| O0                                                                                                        | Resultado de intervenção desconhecida         |
| O1                                                                                                        | Problema totalmente resolvido                 |
| O2                                                                                                        | Problema parcialmente resolvido               |
| O3                                                                                                        | Problema não resolvido                        |

A classificação da PCNE é um auxiliar ao treino dos profissionais de saúde e ao ato da validação da prescrição. (Pharmaceutical Care Network Europe Foundation, 2010)

A função do farmacêutico perante a população inclui criar organizações, juntamente com outros profissionais de saúde, com abordagens multidisciplinares, que incluam o conhecimento na prevenção, identificação e solução de PRMs, diminuindo a probabilidade de ocorrência destes entre os doentes. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

Segundo a OMS, para se resolver um PRM tem de se iniciar a investigação do problema com base na evidência, de modo a identifica-lo e a conhecer as suas causas. De seguida, constrói-se o plano e implementam-se as intervenções, monitorizando-se os resultados. Caso a intervenção não seja a adequada e seja necessário a melhoria do plano deve-se retroceder à fase de identificação do problema e suas causas. (Holloway & Green, 2003)

Os RNMs são efeitos farmacoterapêuticos desajustados à finalidade requerida pelo regime terapêutico, causados pelo uso irracional de medicamentos. (Santos & Iglésias, 2008) Segundo o Terceiro Consenso de Granada, estes designam-se como “resultados de saúde do doente não adequadas ao objetivo farmacoterapêutico e associados ao uso ou erros no uso de medicamentos”. (Comité de Consenso, 2007)

Os RNMs são provocados por PRMs. (Santos & Iglésias, 2008)

A classificação dos RNMs, apresentada pelo Terceiro Consenso de Granada, baseia-se nos princípios da necessidade, efetividade e segurança, que qualquer medicamento deve compreender previamente à sua utilização (Tabela 11). (Comité de Consenso, 2007)

Tabela 11: Classificação dos RNMs  
(Comité de Consenso, 2007)

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| Necessidade | Problema de saúde não tratado          |
|             | Efeito desnecessário de um medicamento |
| Efetividade | Inefetividade não quantitativa         |
|             | Inefetiviade quantitativa              |
| Segurança   | Insegurança não quantitativa           |
|             | Insegurança quantitativa               |

## **Interações Medicamentosas (IMMs)**

Todos os anos são introduzidos novos fármacos no mercado, havendo cada vez mais a necessidade de estudar as interações medicamento – medicamento (IMMs). (Ansari, 2010)

Tal como as interações entre fármacos, as interações entre os alimentos e os medicamentos podem dominar o sucesso do tratamento. Este tipo de interações pode resultar em perda de eficácia ou em efeitos tóxicos do tratamento. (Ismail, 2009)

As IMMs são eventos adversos evitáveis entre fármacos, que comprometem a segurança do doente. Representam entre 20% a 30% dos eventos adversos, resultando em elevados custos económicos. (Grizzle et al., 2007)

## **Eventos adversos a medicamentos**

Um evento adverso consiste num “dano que foi causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação em vez da doença subjacente, resultando em internamento prolongado ou incapacidade no momento da alta médica ou ambos”, enquanto um evento adverso a medicamentos é “um dano no doente resultante da medicação, quer seja devido a uma reação farmacológica a uma dose normal, ou devido a uma reação adversa evitável a um medicamento resultante de um erro”. (OMS, 2011)

Os farmacêuticos devem confirmar a adequabilidade do regime terapêutico prescrito, tendo em consideração todos os fatores subjacentes a esse doente, incluindo as análises laboratoriais e o diagnóstico ditado pelo médico. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

A história clínica dos doentes internados e em ambulatório no hospital deve ser preservada, de modo a que os farmacêuticos possam acompanhar e controlar a farmacoterapia dos doentes, procurando evitar PRMs. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)

### **2.3.3 Seguimento Farmacoterapêutico (SF)**

Como os cuidados farmacêuticos têm o objetivo de centrar as ações realizadas pelo farmacêutico no doente, sujeito a um regime farmacoterapêutico, o SF é uma das atividades principais dos serviços de cuidados farmacêuticos para a promoção da qualidade na saúde do doente, fomentando a obtenção do melhor efeito terapêutico. (Hernández, Castro, & Dáder, 2009)

O farmacêutico especialista em farmacoterapia é um dos profissionais que zelam pela terapêutica do doente, analisando, construindo e seguindo toda a medicação realizada pelo doente. (Santos et al., 2009)

A atividade do SF pertence aos serviços diferenciados, mais concretamente ao programa de gestão da doença, onde são previamente delineadas visitas à farmácia entre o farmacêutico e o doente. (ANF, 2010) (Associação Nacional das Farmácias (ANF), 2008c) Exemplos de Programas de Gestão da Doença são os Programas de Cuidados Farmacêuticos na Asma/DPOC, Diabetes e Hipertensão Arterial/Dislipidémia (ANF, 2008b).

O SF realiza-se de acordo com métodos previamente aprovados, de modo consecutivo, disciplinado e registado, mediante a cooperação entre o farmacêutico, o doente e os profissionais de saúde associados, resultando no aumento da qualidade de vida do doente. (Santos et al., 2009)

O principal objetivo do SF é a identificação de PRMs e a prevenção ou resolução de RNMs, de modo a assegurar a obtenção do melhor efeito farmacoterapêutico no tratamento da patologia do doente. (Santos et al., 2009)

Após a identificação destes, o farmacêutico deve elaborar, em colaboração com o doente, um plano de ação, que solucione os problemas. Assim, as visitas previamente estabelecidas entre o doente e o farmacêutico à farmácia possibilitam o controlo da resolução dos RNMs e o acompanhamento do uso racional da farmacoterapêutica. (Santos et al., 2009)

Segundo o Terceiro Consenso de Granada, o SF define-se como “a prática profissional em que o farmacêutico é responsável pelas necessidades do doente, relacionadas à sua medicação. Esta prática realiza-se mediante a deteção de PRMs e a resolução e

prevenção de RNMs. O SF implica um compromisso, que deve ser proporcionado de forma contínua, sistemática e documentada, em colaboração com o doente e com os demais profissionais de saúde, com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente”. (Comité de Consenso, 2007)

Neste sentido, a morbimortalidade, relacionada ao uso irracional do medicamento, pode ser evitada através da prática do SF. (Santos & Iglésias, 2008)

O SF inicia-se através da recolha da história farmacoterapêutica e clínica do doente, identificando-se as suas patologias, os medicamentos utilizados e os problemas de saúde que o afetam num determinado momento, de modo a ser possível prevenir, detetar e solucionar RNMs. (Santos & Iglésias, 2008)

Após a análise da história farmacoterapêutica implementam-se as intervenções farmacêuticas e avaliam-se os resultados obtidos na saúde do doente. O farmacêutico deve recorrer sempre à melhor evidência científica para a realização de deliberações exatas. (Santos & Iglésias, 2008)

A principal finalidade deste método é a obtenção da melhor qualidade dos resultados farmacoterapêuticos no doente, através da interação com todos os profissionais de saúde. (Santos & Iglésias, 2008)

Existem vários métodos que permitem ao farmacêutico realizar um SF correto. Um dos métodos com maior implementação nos países Iberolatinoamericanos é o Método Dáder, desenvolvido pelo Grupo de Investigación de Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada. (Hernández et al., 2009)

### **Método Dáder**

O Método Dáder defende um SF documentado, metódico e contínuo, sem período de termo, podendo ser adaptado a todos os doentes. (Hernández et al., 2009) Apesar de todos os doentes poderem participar neste serviço de cuidados farmacêuticos, o farmacêutico deve recomenda-lo a doentes em que a monitorização do seu estado clínico é possível na farmácia, como, por exemplo, no caso de doenças como a hipertensão arterial e a diabetes e no controlo do fator de risco da dislipidemia. (Hernández et al., 2009)

O farmacêutico adapta o seu conhecimento científico sobre a farmacoterapia e a promoção da saúde à prática do Método Dáder, de modo a obter resultados efetivos que aumentem a qualidade na saúde do doente. (Santos & Iglésias, 2008)

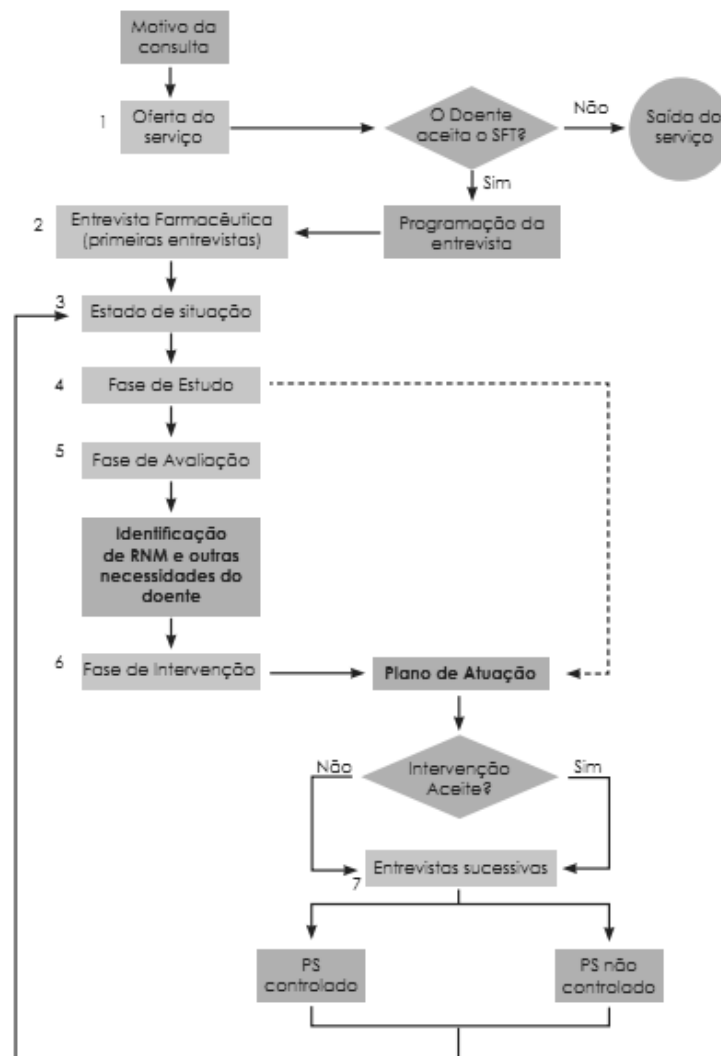
Segundo o Grupo de Investigação de Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada, o Método Dáder no SF desenvolve-se em sete etapas, descritas na Tabela 12 e ilustradas na Figura 2. (Hernández et al., 2009)

Tabela 12: Resumo das sete etapas do Método Dáder no SF  
(Hernández et al., 2009)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Proposta do serviço de SF ao doente |
| A ação do farmacêutico nesta etapa resume-se à elucidação do doente ao cuidado farmacêutico prestado e às vantagens da sua implementação. Após o farmacêutico oferecer o serviço ao doente, e este a aceitar, deve ficar delineada a primeira visita à farmácia. O profissional do medicamento deve destacar a atenção do doente para todos os medicamentos e documentação clínica que este possua, de modo a que este se faça acompanhar da informação necessária para a realização da entrevista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Entrevistas farmacêuticas ao doente |
| A entrevista ao doente, realizada pelo farmacêutico, tem a finalidade de reunir e documentar a história farmacoterapêutica deste. Esta é construída mediante a comunicação entre o farmacêutico e o doente e a evidência da informação clínica do doente. A constituição da informação sobre a farmacoterapêutica do doente é realizada através do registo dos problemas de saúde e do regime medicamentoso do doente. A história farmacoterapêutica é o suporte para a adequada implementação dos estudos e dos planos de ação do SF. Atualmente, a documentação da história farmacoterapêutica do doente pode ser informatizada no DaderWeb.<br>Assim, o Método Dáder classifica a primeira entrevista segundo três princípios: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Preocupações e problemas de saúde do doente;</li><li>➤ Regime medicamentoso do doente;</li><li>➤ Revisão geral do doente.</li></ul> A entrevista deve ser realizada num ambiente que proporcione a melhorar a relação entre o farmacêutico e o doente. |                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Estado da situação       |
| Após a recolha da informação durante a entrevista, o farmacêutico analisa o estado de saúde do doente e os efeitos da terapêutica medicamentosa (história farmacoterapêutica).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Estudo                   |
| A consideração do estado da situação do doente pelo farmacêutico permite o conhecimento dos problemas de saúde e farmacoterapêuticos do doente, os quais, são posteriormente investigados, mediante a medicina baseada na evidência, de modo a obter a informação mais fiável para a resolução destes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Avaliação                |
| De seguida, procede-se à análise da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos, de modo a detetar RNMs.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Intervenção Farmacêutica |
| <p>A intervenção farmacêutica consiste em “todas as atividades em que o farmacêutico participa ativamente na tomada de decisões na farmacoterapêutica dos doentes e na avaliação destes resultados.” (Clopés, 2002) O princípio de intervenção farmacêutica no Método Dáder consiste na criação de um plano de ação, em colaboração com o doente, adequado e permanente, com a finalidade de solucionar ou evitar RNMs, melhorar ou manter os efeitos farmacoterapêuticos ou, somente, auxiliar e educar o doente para a melhor qualidade da sua saúde. A elaboração do plano de ação resume-se em quatro procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definir as preferências;</li> <li>➤ Hierarquizar os princípios;</li> <li>➤ Estabelecer as intervenções terapêuticas;</li> <li>➤ Programar as intervenções terapêuticas.</li> </ul> <p>As intervenções farmacêuticas relevantes no aumento da saúde e na prevenção da doença do doente, previamente estabelecidas no plano, são documentadas.</p> |                          |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Entrevistas Sucessivas   |
| As entrevistas sucessivas tornam o Método Dáder cíclico e interminável, exceto se um dos intervenientes a suspender. Este procedimento tem a função de avaliar o resultado e continuar a implementar intervenções farmacêuticas, adaptando-as à situação do doente no momento. Por vezes, surgem diferentes patologias, novos medicamentos no regime farmacoterapêutico ou solicitação do doente para mais visitas farmacêuticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |

Concluindo, o método de SF é uma prática elementar, em constante aperfeiçoamento, que consiste na documentação, controlo e análise dos resultados farmacoterapêuticos obtidos num doente concreto. (Hernández et al., 2009)



Legenda: PS – Problema de Saúde; SFT – Seguimento Farmacoterapêutico

Figura 2: Algoritmo do Método Dáder no SF (Hernández et al., 2009)

### 2.3.4 Farmacovigilância

A verdadeira perícia do profissional de saúde é demonstrada quando este tem a capacidade de prescrever o medicamento com a maior qualidade a um determinado doente. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2004)

O processo de farmacovigilância destaca-se como uma das ações dos cuidados farmacêuticos, promovendo o melhor uso do medicamento, através do conhecimento da evidência em constante ascensão relativa às RAMs.

Segundo a OMS, a farmacovigilância define-se como “a ciência e as atividades relacionadas com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer PRMs”. (OMS, 2004) Assim, a farmacovigilância caracteriza-se como um sistema complexo, que permite a identificação e o controlo de RAMs. (Wiedenmayer et al., 2006)

As RAMs são efeitos negativos involuntários causados por um ou mais fármacos. (INFARMED, 2013b) Em alguns países, as RAMs estão entre as dez principais causas de morte. (OMS, 2004)

Atualmente, assiste-se a uma extensa comercialização de medicamentos. (OMS, 2004) Após AIM, como os medicamentos não são sujeitos a ensaios clínicos de longo termo, podem ser reportadas RAMs de causa tardia ou não pertencentes às RAMs frequentes, identificadas durante os ensaios clínicos. Por estas razões é necessário a contínua avaliação da segurança dos medicamentos. (INFARMED, 2013b) (OMS, 2004) Assim, o farmacêutico tem um papel ativo no processo da farmacovigilância, especialmente dos medicamentos na fase posterior à AIM. (Wiedenmayer et al., 2006)

Os PRMs de segurança, após serem identificados, são avaliados, seguidos, comunicados à autoridade reguladora e partilhados com os restantes profissionais de saúde e doentes. (Wiedenmayer et al., 2006)

Um sistema de farmacovigilância promove a redução dos PRMs, através da análise e do controlo da segurança no uso de medicamentos. (OMS, 2004) Assim, é fundamental a constituição de um organismo regulador nacional que promova o uso racional do medicamento, avaliando a qualidade e, mais minuciosamente, a segurança. (OMS, 2004)

A OMS, em 1968, implementou o Programa Internacional de Monitorização de Fármacos, onde é publicada informação de RAMs ocorridas em todo o mundo. (OMS, 2004)

No ano de 1992, implementou-se em Portugal o organismo de notificação nacional, que monitoriza e trata as RAMs de medicamentos com AIM e responsabiliza-se pela segurança do doente nestas circunstâncias. Designa-se por Sistema Nacional de

Farmacovigilância (SNF). É administrado pelo INFARMED e composto pela Direção de Gestão do Risco de Medicamentos e por quatro Unidades Regionais de Farmacovigilância (URFs)– Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Sul. As URFs são responsáveis pela informação aos profissionais de saúde e análise das RAMs ocorridas na respetiva área geográfica. (Silva, Soares, & Martins, 2012) (INFARMED, 2013b)

A partir do ano de 2000 verificou-se um aumento acentuado do número de notificações ao SNF, sendo este facto justificado pela implementação das URFs, nesse ano. (Silva et al., 2012) Através da análise do gráfico na Figura 3 pode constatar-se a satisfatória contribuição das URFs, observando-se um aumento no ano de 2012 superior ao quadruplo do número de notificações de RAMs participadas no ano da implementação do SNF. (INFARMED, 2013c)

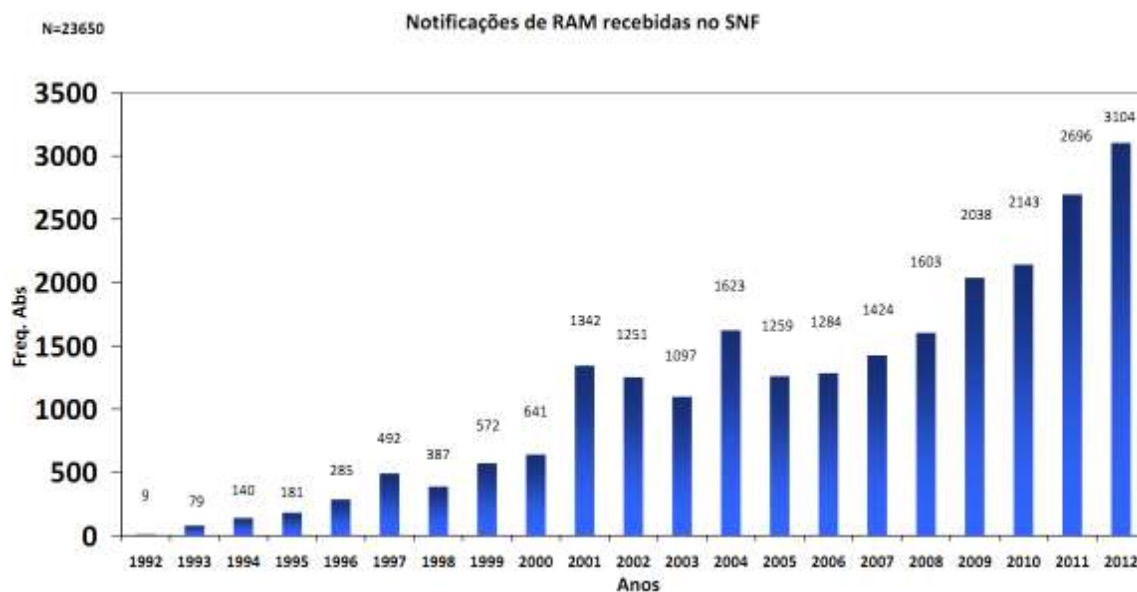


Figura 3: Notificações de RAMs participadas entre 1992-2012 (INFARMED, 2013c)

A INFARMED, é a entidade responsável pelo SNF e tem a função de promover a comunicação de possíveis RAMs, implementar sistemas que facilitem a notificação de RAMs, como a via eletrónica, e divulgar informação relativa à segurança dos medicamentos. (*Decreto-lei n.º 128/2013 de 5 de setembro, 2013*) Atualmente, o Portal de RAMs (Portal de Submissão Eletrónica de Reações Adversas de Medicamentos) permite a acessibilidade da notificação por qualquer indivíduo de todas as RAMs manifestadas, independentemente da gravidade e se é apenas uma suspeita. (Silva et al., 2012)

A conjectura de uma RAMs deve ser imediatamente notificada ao SNF. Todos os profissionais de saúde e os utentes podem ser indivíduos participantes na farmacovigilância, podendo notificar RAMs. Para se realizar uma notificação é necessário, no mínimo, informação sobre a exposição aos efeitos negativos causados pelo medicamento, o(s) fármaco(s) em questão, os dados do doente e o contacto do notificador. (INFARMED, 2013b)

Entre o ano de 2009 e 2011 analisou-se o número e a gravidade de RAMs notificadas. Classificaram-se 74,3% das RAMs notificadas (4912 notificações) como graves e as restantes 25,7% (1700 notificações) como não graves. (Silva et al., 2012) Estes dados revelam a importância da farmacovigilância no conhecimento de ações de prevenção às RAMs para o uso racional do medicamento, possibilitando consequente redução das causas de PRMs.

O gráfico na Figura 4 demonstra o número de RAMs notificadas pelos profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros e indústria) e pelos utentes. Através da análise da Figura 4 confirma-se o crescimento da atividade do farmacêutico no processo de vigilância dos fármacos, a partir do ano de 2000. Além disso, nos últimos dois anos evidencia o segundo lugar no número de RAMs notificadas por profissionais de saúde, passando à frente do número de notificações realizadas pelos médicos. (INFARMED, 2013d)

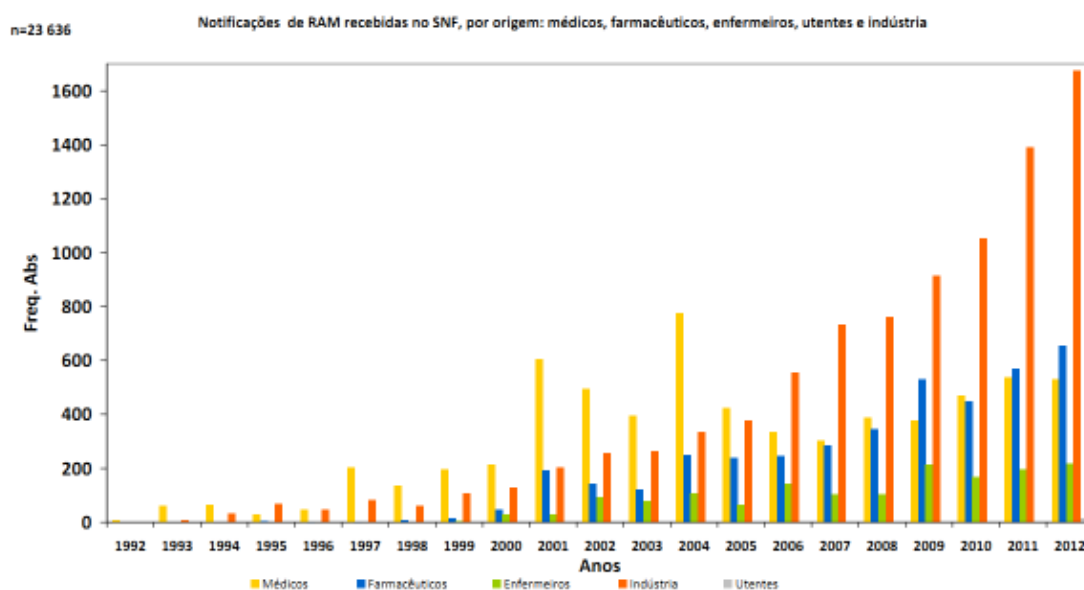


Figura 4: Número de RAMs notificadas pelo profissional de saúde ou o utente entre o ano de 1992 e 2012 (INFARMED, 2013d)

Assim, o SNF tem a finalidade de reunir e analisar, baseando-se na evidência científica dos protocolos nacionais e da União Europeia, os comunicados de falha de segurança dos medicamentos, particularmente as RAMs. Após a recolha e avaliação dos PRMs devem ser propostos princípios de prevenção destes e divulgados, quando apropriado, aos profissionais de saúde e à população. (*Decreto-lei n.º 128/2013 de 5 de setembro*, 2013)

A ação do farmacêutico em programas de farmacovigilância é essencial para a deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos. O farmacêutico passa por uma capacitação que envolve o conhecimento mais atual na evidência científica e técnica do medicamento com vista à farmacovigilância e às adversidades de medicamentos, através de estudos de casos clínicos com simulação de exercícios e avaliação de situações que possam vir a ocorrer. (International Pharmaceutical Federation (FIP), 2006)

No contacto com os doentes, o farmacêutico deve monitorizar o seu uso dos medicamentos, procurando proactivamente, junto destes, se estão a ter sintomas novos, cronologicamente coincidentes com o início de um novo medicamento ou novo esquema terapêutico de um medicamento já utilizado. (Ansari, 2010)

O farmacêutico deve ser disponível na dispensa do medicamento novo, informando o doente dos principais efeitos secundários que podem ocorrer e qual a melhor forma de lidar com estes, não alarmando, mas educando e prestando todos os esclarecimentos a dúvidas do doente, num ambiente calmo e propício. (MSH, 2012b) (Santos et al., 2009) (Ansari, 2010)

Por fim deve avaliar o nível de conhecimento do doente, como responsável do seu regime medicamentoso, e confirmar ou corrigir a informação por este compreendida. (MSH, 2012b) (Santos et al., 2009)

Deve ainda informar que caso sinta algum efeito “novo” com a sua medicação, deve comunicar de imediato, o mesmo ao seu médico ou farmacêutico.

É função imprescindível do farmacêutico o dever de notificar o INFARMED, relatando qualquer suspeita de RAM ou desvio de qualidade do medicamento, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade e da garantia de segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da saúde pública. (INFARMED, 2013b) (FIP, 2006)

A garantia da segurança do medicamento é realizada pelos profissionais de saúde, mas especialmente pelo farmacêutico.

### **2.3.5 Adesão à Terapêutica**

Segundo o Terceiro Consenso de Granada, a falta de adesão à terapêutica é um PRM. (Comité de Consenso, 2007)

O termo “*compliance*” (cumprimento) está relacionado ao respeito, pelo doente, do plano terapêutico orientado pelo profissional de saúde. A expressão “*adherence*” (adesão) considera todos os planos possíveis de terapêutica para uma patologia, sendo, posteriormente, definido o plano final através da cooperação entre o profissional de saúde e o doente. Por fim, o termo “*concordance*” (concordância) está dirigido para o doente, estimando todos os princípios relacionados ao indivíduo específico. Além disso, o plano farmacoterapêutico é construído com a colaboração do profissional de saúde e do doente, permitindo a ação participativa do doente na gestão dos cuidados da sua saúde. (Pohjanoksa-Mäntylä, Puumalainen, Airaksinen, & Yeung, 2012)

Assim, constata-se que a concordância difere da adesão, sendo que o primeiro implica a consonância terapêutica entre todos os intervenientes do regime farmacoterapêutico e o segundo refere-se apenas ao seguimento dos conselhos medicamentosos prestados pelo profissional de saúde ao doente. (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008)

A adesão à terapêutica engloba os termos de conformidade e persistência. A conformidade relaciona-se à toma do medicamento no tempo, frequência, dose e circunstâncias adequadas, enquanto a persistência refere-se ao uso contínuo do medicamento, sendo ambos praticados de acordo com a informação reportada pelo profissional de saúde ao doente. (OMS, 2012) A não adesão à terapêutica compreende a omissão da conformidade e persistência no regime terapêutico, a falha na adoção de estilos de vida benéficos e a não comparecência a exames de diagnóstico ou consultas pelo doente, diminuindo a eficácia e a segurança do tratamento. (Cabral & Silva, 2010) (OMS, 2012)

Assim, do efeito terapêutico não se alcançar podem ocorrer efeitos adversos e hospitalizações provenientes desta causa, aumentando gastos dispensáveis em saúde. (Cabral & Silva, 2010)

A má adesão à terapêutica pode advir de várias causas, destacando-se como principais as seguintes:

- Fatores demográficos, sociais e económicos;
- Carência de relação entre o profissional de saúde e o doente, conduzindo, entre outras, à escassez de informação relevante durante o aconselhamento ao doente, à explicação esquecida pelo doente e à não concordância do doente pela medicação proposta pelo prescritor;
- Razões relacionados com a farmacoterapêutica e a patologia, como a presença de PRMs, a inconveniência na toma de medicação e o estado de gravidade da doença. (Cabral & Silva, 2010) (OMS, 2012) (Haynes et al., 2008)

Estimam-se que os recursos económicos e os recursos humanos, relativos à produtividade gasta na má adesão à terapêutica sejam três a quatro vezes superiores ao custo de um bom seguimento do regime terapêutico prescrito. (Bugalho & Carneiro, 2004)

Assim, conclui-se que a concordância possibilita a boa adesão à terapêutica, através da cooperação entre o profissional de saúde e o doente, favorecendo a correta comunicação e receção de informação entre estes. (Wiedenmayer et al., 2006) (Cabral & Silva, 2010)

É essencial o farmacêutico colaborar na otimização da adesão à terapêutica do doente, potenciando o uso racional do medicamento e a consequente melhoria da qualidade de vida do doente e da redução da despesa na saúde.

### **2.3.6 Educação do Farmacêutico**

A educação dos estudantes de farmácia e dos farmacêuticos permite o aumento do conhecimento farmacoterapêutico e da qualidade nos cuidados de saúde prestados ao doente. (Wiedenmayer et al., 2006)

Devem ser realizados esforços no sentido de promover a educação dos estudantes de farmácia e dos farmacêuticos no âmbito dos cuidados de saúde, uma vez que, atualmente, estes são considerados mais do que meros especialistas farmacoterapêuticos. (Wiedenmayer et al., 2006)

Neste âmbito, o farmacêutico tem o dever de atualizar os seus conhecimentos, baseando-se na constante evolução da medicina baseada na evidência, de transmitir a informação científica e técnica aos outros profissionais de saúde e aos estudantes, de educar o doente na promoção da saúde e na prevenção da exposição aos fatores de risco associados à doença e no EUM, fomentando a melhor prática profissional. (Wiedenmayer et al., 2006) (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001)

Uma nova abordagem na educação dos estudantes ou no Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC) dos farmacêuticos é a aprendizagem através de casos baseados em problemas. (Wiedenmayer et al., 2006)

Os estudantes farmacêuticos devem ser expostos a avaliação de eventos de aconselhamento ao doente, resultantes das necessidades requeridas em cada caso prático, de modo a treinar a prestação de cuidados de saúde. (Pohjanoksa-Mäntylä et al., 2012)

Os programas de ação educacionais dos estudantes e profissionais de saúde devem ser analisados de modo a atualizar continuamente os seus conteúdos em concordância com o desenvolvimento da evidência científica. (Wiedenmayer et al., 2006)

Os programas educacionais devem demonstrar os seguintes resultados de qualidade durante o exercício da profissão farmacêutica:

- Dispensa de cuidados de saúde ao doente e à população em geral;
- Utilização de sistemas de gestão de recursos e de uso de medicamentos;
- Desenvolvimento de princípios que assegurem a saúde pública. (Wiedenmayer et al., 2006)

Assim, a educação dos estudantes de farmácia deve incluir atividades relacionadas com os cuidados de saúde a serem prestados aos indivíduos. (Wiedenmayer et al., 2006)

A Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia, tem como objetivo auxiliar e administrar os interesses dos futuros farmacêuticos, realizando diversas atividades de educação para os estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. (Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia (APEF), s.d.)

Uma das principais funções do farmacêutico durante a sua profissão é a atualização contínua dos seus conhecimentos, sendo indispensável o DPC. (Wiedenmayer et al., 2006)

Segundo a FIP, o DPC caracteriza-se como “a responsabilidade do farmacêutico individual na manutenção, desenvolvimento e expansão sistemática de conhecimentos, habilidades e atitudes, garantindo a contínua competência profissional durante o exercício da sua profissão”, ou seja, refere-se a todas as atividades de educação que melhorem a prática farmacêutica. (International Pharmaceutical Federation (FIP), 2002)

O DPC do farmacêutico, através de casos baseados em problemas, envolve a investigação e consideração dos resultados obtidos durante o estudo destes, proporcionando novas competências profissionais de emprego ao exercício farmacêutico. (Wiedenmayer et al., 2006)

Nem todos os programas de educação para o DPC melhoram a atividade farmacêutica, sendo as atividades mais interativas, como os workshops, consideradas as mais efetivas na transmissão do conhecimento. (Wiedenmayer et al., 2006)

O farmacêutico deve analisar, continuamente, quais as suas maiores in experiências da prática profissional e explorá-las mediante atividades educacionais. Assim, o DPC acarreta todas as formações que auxiliam o progresso do exercício farmacêutico, sendo um ciclo educacional ininterrupto. (Wiedenmayer et al., 2006) (FIP, 2002)

Este ciclo do DPC abrange cinco fases sucessivas, descritas na Tabela 13 e ilustradas na Figura 5. (Wiedenmayer et al., 2006)

Tabela 13: Etapas da realização do DPC  
(Wiedenmayer et al., 2006)

|                  |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auto – avaliação | Identificação das necessidades pessoais do profissional que requerem maior conhecimento na prática farmacêutica                                                                                                    |
| Plano pessoal    | Seleção dos ensinamentos que preencham as lacunas do conhecimento pessoal do farmacêutico e consideração da formação que mais se adequa à sua aprendizagem mediante o tipo, os recursos e o tempo de duração desta |
| Ação             | Execução do plano                                                                                                                                                                                                  |
| Documentação     | Certificação do farmacêutico com as participações nas formações de desenvolvimento profissional                                                                                                                    |
| Avaliação        | Ponderação dos conhecimentos obtidos durante a atividade de aprendizagem e análise do êxito do objetivo                                                                                                            |

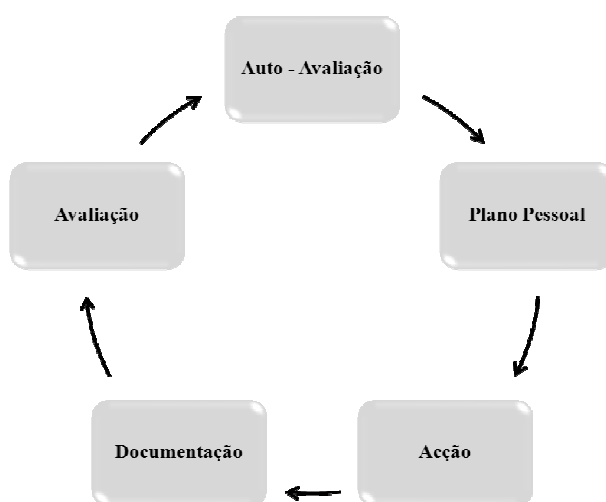


Figura 5: Ciclo CPD (Wiedenmayer et al., 2006)

Atualmente, em Portugal, a Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Farmacêuticos tem ativas cinco formações contínuas, destacando-se:

- Curso de formação à distância (eLearning);
- Curso de dispositivos médicos;
- Curso de atendimento;
- Curso Europeu de primeiros socorros;
- Curso inicial de vacinas e administração de medicamentos injetáveis. (Ordem dos Farmacêuticos, 2013c)

As CFTs são responsáveis pela educação dos profissionais de saúde nos hospitais, incluindo dos farmacêuticos. É necessário a constante atualização dos conhecimentos e das práticas para o uso racional dos medicamentos. Para a promoção desta prática estão disponíveis programas educacionais, centros de informação do medicamento, boletins informativos, formulários farmacoterapêuticos e NOCs, que possibilitam o conhecimento correto do medicamento. (Holloway & Green, 2003)

Também a Associação Nacional de Farmácias providencia formação específica para o exercício dos serviços de cuidados farmacêuticos, onde, somente, podem praticá-los farmacêuticos especializados. O farmacêutico recebe educação para realizar uma comunicação adequada com o médico prescritor, sendo, assim a ação de cooperação entre os dois profissionais de saúde melhorada. O tempo concedido a cada doente durante os cuidados farmacêuticos é, igualmente, alvo de treino durante a formação. (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010)

O Sifarma 2000 é o sistema informático de eleição implementado nas farmácias, sendo dirigido, de modo a promover a qualidade na saúde do doente. Este apresenta informação da medicina baseada na evidência de apoio ao farmacêutico, o qual sofre constantemente atualizações pelo Centro de Informação do Medicamento (CEDIME). (ANF, 2008a)

A constante atualização dos conhecimentos do farmacêutico é uma exigência do exercício da sua atividade profissional.

### **2.3.7 Promoção da Saúde na Educação da População**

Em 1986, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, definiu promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade da população para controlar e, por conseguinte, melhorar a sua saúde”, fomentando estilos de vida saudáveis e o bem-estar dos indivíduos. (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013d)

O farmacêutico sendo pesquisador, aprendiz e educador em todo o seu percurso profissional, encontra-se numa posição privilegiada para gerir e transmitir informação verbal ou não verbal, com vista a uma eficaz promoção da saúde através da educação da população de uma forma contínua, cujo objetivo se traduz também no uso racional do medicamento. (Wiedenmayer et al., 2006)

Um estudo realizado pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa revela que, em Portugal, a prática do farmacêutico de comunitária está dirigida para a promoção da educação na saúde, direcionada ao doente, aos seus cuidadores, à família e à população em geral, fomentando, assim, a adoção de comportamentos benéficos na saúde, não se limitando à elementar cedência de medicamentos. (Santos et al., 2009) (Associação Nacional das Farmácias (ANF), 2008d)

Assim, a promoção da saúde pertence aos serviços essenciais prestados na farmácia comunitária. (ANF, 2008c)

A promoção da saúde, na educação da população, consiste na organização pelo farmacêutico, individualmente ou em colaboração com outros profissionais de saúde, de campanhas de informação e de distribuição de material escrito, com o objetivo de promover o conhecimento da população sobre a melhor qualidade na saúde e a prevenção da doença. (Faria, s.d.) (Anderson, 2007)

A literacia em saúde define-se como “o grau pessoal de obtenção, processamento e compreensão de informação básica de saúde e a identificação dos serviços necessários para a adoção pelos indivíduos de decisões adequadas.” (Committee on Health Literacy, 2004)

Os rastreios em saúde pelo farmacêutico permitem a identificação do grupo de indivíduos de risco, de modo a auxiliá-lo na resolução dos seus problemas de saúde. (Santos et al., 2009)

As atividades dirigidas à doença devem referir as causas de risco, a diminuição da evolução e as sequelas da doença. Nestas situações, o doente deve ser informado do melhor modo de gestão da sua doença, obtendo a ação terapêutica desejada e evitando outras complicações da patologia. (Santos et al., 2009)

A informação transmitida ao utente deve ser adaptada ao seu nível sociocultural, num meio ambiente propício e com o material de apoio necessário à educação, cativando, assim, o doente para um diálogo ativo e na ambição de se querer informar continuamente com o desenvolvimento dos cuidados de saúde. A informação cedida aos doentes deve ser analisada e controlada pelo farmacêutico, verificando a sua compreensão e a sua prática. (Santos et al., 2009)

Ao nível nacional, atualmente, estão implementadas várias campanhas de promoção de saúde pública dirigidas pelo farmacêutico, sendo de destacar:

- Prevenção da doença, que permite identificar os grupos de risco, detetar e notificar as RAMs e prevenir PRMs, sendo as mais abordadas a temática da polimedicação, doença cardiovascular, cessação tabágica e programa de vacinação; (Associação Nacional das Farmácias (ANF), 2008e) (Morak S, Vogler S, Walser S, 2010)
- Reciclagem de radiografias antigas; (ANF, 2008e)
- Reciclagem de medicamentos fora do prazo ou inutilizáveis, fomentando o uso racional dos medicamentos pelo doente e a prevenção de danos no ambiente causados pela poluição; (ANF, 2008e)
- “Geração Saudável” é uma atividade realizada em algumas escolas do país, onde o farmacêutico valoriza a saúde dos jovens através da educação da sexualidade, a alimentação saudável e o enfarte agudo do miocárdio. (Ordem dos Farmacêuticos, 2013d)
- As Tecnologias de Informação e Comunicação, onde há a partilha de informação online entre o profissional de saúde e a população. (Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, 2011) (Pohjanoksa-Mäntylä et al., 2012)

Os peritos concluem assim, que quanto maior a literacia do indivíduo, proporcionada por ações de promoção em saúde, maior o conhecimento e a participação do doente em decisões benéficas e, consequentemente, menor a sua exposição aos fatores de risco. Assim, a ação da educação do doente pelo farmacêutico, contribui para o uso racional do medicamento e a diminuição dos recursos económicos em saúde. (Ordem dos Farmacêuticos, 2012b) (Santos et al., 2009)

### **3 Conclusão**

Esta monografia é o resultado de uma revisão da literatura sobre as várias atividades desenvolvidas pelo farmacêutico na persecução do uso racional do medicamento. Abrange a intervenção do farmacêutico desde a seleção da melhor alternativa farmacoterapêutica para um dado doente, ao seu papel na monitorização da correta utilização dos medicamentos, prevenindo a exposição do doente aos problemas inerentes à sua utilização (inefetividade e insegurança), até à educação em saúde e promoção da qualidade de vida dos doentes.

A reflexão atrás referida sobre o papel do farmacêutico em diversas ações que concorrem para o uso racional do medicamento permitiu identificar este profissional como um elemento chave da equipa de saúde, otimizando os resultados em saúde obtidos com os medicamentos, ao menor custo para a sociedade.

De entre esses contributos, realçam-se:

- As CFTs desempenham uma atividade fundamental na seleção de medicamentos essenciais e no estudo e documentação do seu uso. (Durán-García et al., 2011) A análise da necessidade, eficácia, custo e segurança de todas as alternativas farmacoterapêuticas possibilita a obtenção da qualidade nos cuidados de saúde, auxiliando a melhor prescrição medicamentosa, a equidade entre os doentes dos sistemas de saúde e a concordância entre os profissionais de saúde. (Wiedenmayer et al., 2006) (Oliveira, Naves, & Silver, 2005) (Martins, 2008a) (OMS, 2013a)
- Assim, o farmacêutico, através da implementação de formulários e protocolos para a correta utilização de medicamentos e a constante monitorização dos resultados terapêuticos obtidos, tem o potencial de promover, em colaboração com os outros profissionais de saúde, o aumento da qualidade da farmacoterapia nos doentes. (Hepler, 2004)
- Após a prescrição farmacoterapêutica, é essencial a avaliação e validação da prescrição de um doente específico, igualmente pelo farmacêutico de hospitalar como pelo farmacêutico de comunitária, na promoção da correta dispensa dos medicamentos.

- A implementação de medidas de prevenção dos erros de medicação exige a necessidade de cooperação entre todos os profissionais de saúde envolvidos no sistema, nomeadamente no caso do farmacêutico, em que lhe é exigida a necessidade de múltiplas verificações, durante todo o percurso do medicamento. (Echarri-Martínez et al., 2012) (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a)
- No desempenho das suas funções, através do uso das tecnologias de informação que, para além de facilitar a comunicação, permitem uma melhor gestão dos processos, tendo o farmacêutico oportunidade de, em colaboração com todos os outros profissionais de saúde, otimizar a reconciliação terapêutica do doente, de modo a evitar erros de medicação. (Chhabra et al., 2012) (Geurts et al., 2012)
- Durante a revisão dos cuidados farmacêuticos, centrados no doente, concluiu-se que estes promovem a redução de PRMs, de morbimortalidade e de despesa, numa dinâmica em prol da qualidade na saúde. (Torner et al., 2012) (Armando, Semería, Tenllado, & Sola, 2005)
- O farmacêutico está cada vez mais incentivado para o maior reconhecimento da sua prática, sendo um profissional com grande disponibilidade e adequada competência para seguir o doente no seu regime farmacoterapêutico. (Hernández et al., 2009)
- A farmacovigilância permite o controlo das RAMs, promovendo a segurança do uso de medicamentos no doente, através da criação de procedimentos de prevenção do risco, otimizando o seu uso racional. (INFARMED, 2013b)
- A farmacoterapia é uma área em constante atualização, demonstrada pela evidência científica e técnica, pelo que os farmacêuticos devem atualizar continuamente o seu conhecimento e a sua prática, baseando-se na melhor e na mais atual evidência, cooperando com os outros profissionais de saúde. (Wiedenmayer et al., 2006) (Hepler, 2004) (Oliveira et al., 2005) (Tomaszewski, Schweiss, & Hager, 2012)

- Os doentes devem estar bem informados acerca de todos os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, incluindo sobre o seu regime farmacoterapêutico. Estudos demonstram que o maior conhecimento do doente permite reduzir as suas dúvidas relativamente à terapêutica, incitando um uso mais adequado do medicamento, através de uma gestão assertiva com melhores resultados na saúde pública e também em progressos económicos. (American Society of Hospital Pharmacists, 1993a) (Armando et al., 2005) (Geurts et al., 2012)

Em 2011, o Memorando da *Troika* referiu a necessidade do uso racional do medicamento em Portugal. (Troika, 2011) Assim, neste âmbito, têm sido amplamente implementadas ações nos últimos dois anos, onde se destacam as novas CFTs, a CNFT e as CFTs – ARS, a criação do FNM, direcionado tanto para os doentes de ambulatório, como para os doentes do hospital, e as NOCs, baseadas na evidência científica e técnica. Estas medidas têm como objetivo maioritário alcançar a equidade entre todos os indivíduos do SNS, os melhores benefícios e os menores custos. (*Despacho n.º 7841-B/2013 de 14 de junho*, 2013) (George & Silva, 2011) (*Portaria n.º 340/2012 de 25 de outubro*, 2012)

Em suma, a colaboração dos farmacêuticos na correta implementação de todas estas ações e a sua constante determinação na evolução profissional, acompanhando a medicina baseada na evidência, irá valorizar, cada vez mais, a respeitosa arte da profissão farmacêutica no uso racional do medicamento junto do doente.

## **Bibliografia**

- Aizenstein, M. L., & Tomassi, M. H. (2011). Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 32(2), 169–173.
- American Society of Hospital Pharmacists. (1993a). ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 50, 305–14.
- American Society of Hospital Pharmacists. (1993b). ASHP statement on pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, (50), 1720–1723.
- Anderson, S. (2007). Community pharmacy and public health in Great Britain, 1936 to 2006: how a phoenix rose from the ashes. *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), 844–848. doi:10.1136/jech.2006.055442
- Ansari, J. (2010). Drug interaction and pharmacist. *Journal of young pharmacists : JYP*, 2(3), 326–331. doi:10.4103/0975-1483.66807
- Armando, P., Semerá, N., Tenllado, M., & Sola, N. (2005). Pharmacotherapeutic follow-up of patients in community pharmacies. *Atencion primaria*, 36(3), 129–134.
- Associação Nacional das Farmácias (ANF). (2008a). Áreas de actuação da ANF. Obtido Outubro 05, 2013, em [http://www.anf.pt/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=38](http://www.anf.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=38)
- Associação Nacional das Farmácias (ANF). (2008b). Serviços diferenciados. Obtido Setembro 25, 2013, em [http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=101](http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=101)
- Associação Nacional das Farmácias (ANF). (2008c). Farmácia e a comunidade. Obtido Outubro 03, 2013, em [http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=98](http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=98)
- Associação Nacional das Farmácias (ANF). (2008d). O seu farmacêutico de oficina. Obtido Setembro 30, 2013, em [http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=108&Itemid=108](http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=108&Itemid=108)

- Associação Nacional das Farmácias (ANF). (2008e). Serviços essenciais. Obtido Outubro 02, 2013, em [http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=99&Itemid=100](http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=99&Itemid=100)
- Associação Nacional das Farmácias (ANF). (2010). O papel dos farmacêuticos nas farmácias comunitárias. Em II Fórum Internacional Sobre Doentes Crónicos.
- Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia (APEF). (s.d.). APEF - Missão e valores. Obtido Outubro 10, 2013, em <http://www.apecf.pt/missao-e-valores/>
- Brou, M. H. L., Feio, J. A. L., Mesquita, E., Ribeiro, R. M. P. F., Brito, M. C. M., Cravo, C., & Pinheiro, E. (2005). Manual da farmácia hospitalar.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). NOC de adesão terapêutica - CEMBE da FML (1st ed.).
- Buurma, H., Smet, D. P. A. G. M., Leufkens, H. G. M., & Egberts, A. C. G. (2004). Evaluation of the clinical value of pharmacists' modifications of prescription errors. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 58(5), 503–511. doi:10.1111/j.1365-2125.2004.02181.x
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. da. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas.
- Caramona, M., Vitória, I., Teixeira, M., Alcobia, A., Almeida, P., Horta, R., & Reis, L. (2011). Normas de orientação terapêutica (1st ed.). Ordem dos Farmacêuticos.
- Carroll, N. V. (2003). Do community pharmacists influence prescribing? *Journal of the American Pharmacists Association* : JAPhA, 43(5), 612–621.
- Chhabra, P. T., Rattinger, G. B., Dutcher, S. K., Hare, M. E., Parsons, K. L., & Zuckerman, I. H. (2012). Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review. *Research in social & administrative pharmacy*, 8(1), 60–75. doi:10.1016/j.sapharm.2010.12.002
- Clopés, A. (2002). Intervención farmacéutica. Em *Farmacia hospitalaria* (3rd ed., pp. 113–144). Madrid, Espanha.
- Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), circular normativa n.º 001/CD/8.1.6 (2013).
- Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. (2013). Princípios orientadores para a política do medicamento. Ministério da Saúde, Governo de Portugal.
- Comité de Consenso. (2002). Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars. Pharm.*, 43(3-4), 179–187.

- Comité de Consenso. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars. Pharm.*, 48(1), 5–17.
- Committee on Health Literacy. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion.
- Committee on Quality of Health Care in America, I. of M. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington.
- Dean, B., Schachter, M., Vincent, C., & Barber, N. (2002). Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Quality & Safety in Health Care*, 11(4), 340–344.
- Decreto-lei n.o 128/2013 de 5 de setembro (2013).
- Deliberação n.o 690/2013 de 7 de fevereiro (2013).
- Despacho n.o 1083/2004 de 1 de Dezembro (2003).
- Despacho n.o 12422/2011 de 20 de setembro (2011).
- Despacho n.o 13382/2012 de 4 de outubro (2012).
- Despacho n.o 21 844/2004, de 12 de outubro (2004).
- Despacho n.o 4322/2013 de 15 de março (2013).
- Despacho n.o 5542/2004 de 26 de Fevereiro (2004).
- Despacho n.o 7841-B/2013 de 14 de junho (2013).
- Direção-Geral da Saúde (DGS), & Departamento da Qualidade na Saúde. (s.d.). Segurança do Medicamento/Reconciliação Terapêutica. Obtido Outubro 03, 2013, em <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001500450170AAAAAAA>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (s.d.). Normas, orientações e informações da Direção-Geral da Saúde. Obtido Outubro 02, 2013, em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- Durán-García, E., Santos-Ramos, B., Puigventos-Latorre, F., & Ortega, A. (2011). Literature review on the structure and operation of Pharmacy and Therapeutics Committees. *International journal of clinical pharmacy*, 33(3), 475–83. doi:10.1007/s11096-011-9501-6
- Echarri-Martínez, L., Fernández-Llamazares, C. M., López-Herce, J., Sánchez-Galindo, A., Manrique-Rodríguez, S., & Sanjurjo-Sáez, M. (2012). Formación pediátrica para el desarrollo de actividades clínicas. *Farmacia hospitalaria*, 36(1), 43–49. doi:10.1016/j.farma.2011.06.010

- Eliasson, M., Bastholm, P., Forsberg, P., Henriksson, K., Jacobson, L., Nilsson, A., & Gustafsson, L. L. (2006). Janus computerised prescribing system provides pharmacological knowledge at point of care - design, development and proof of concept. *European journal of clinical pharmacology*, 62(4), 251–258. doi:10.1007/s00228-006-0114-2
- Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, decreto-lei n.º 288/2001 de 10 de novembro (2001).
- Estatuto do Medicamento, decreto-lei n.º 176/2006 de 30 de agosto (2006).
- Faria, E. M. (s.d.). Farmácia comunitária. Obtido Setembro 30, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909)
- Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. (2011). Operacionalização do Plano Nacional de Saúde: I.4) Políticas transversais – Tecnologias de informação e comunicação.
- Garg, A. X., Adhikari, N. K. J., McDonald, H., Rosas-Arellano, M. P., Devereaux, P. J., Beyene, J., ... Haynes, R. B. (2005). Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 293(10), 1223–1238. doi:10.1001/jama.293.10.1223
- George, F., & Silva, J. M. (2011). Protocolo de cooperação entre a Direcção – Geral de Saúde e a Ordem dos Médicos, 5 de setembro de 2011.
- Geurts, M. M. E., Talsma, J., Brouwers, J. R. B. J., & de Gier, J. J. (2012). Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*, 74(1), 16–33. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04178.x
- González, I. A. (2012). Validación de la prescripción en el paciente crítico.
- Gouveia, A. M. (2013). Farmácia hospitalar. Obtido Outubro 02, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1910](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1910)
- Grand, A. L. E., Hogerzeil, H. V., & Haaijer-ruskamp, F. M. (1999). Intervention research in rational use of drugs : a review. *Health policy and planning*, 14(2), 89–102.
- Grizzle, A. J., Mahmood, M. H., Ko, Y., Murphy, J. E., Armstrong, E. P., Skrepnek, G. H., ... Malone, D. C. (2007). Reasons provided by prescribers when overriding drug-drug interaction alerts. *The American journal of managed care*, 13(10), 573–8.

- Grupo Farmacêutico da Comunidade Económica Europeia. (s.d.). Livro branco de farmácia Europeia. Lisboa.
- Hamrosi, K. K., Raynor, D. K., & Aslani, P. (2013). Pharmacist and general practitioner ambivalence about providing written medicine information to patients- A qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(5), 517–530. doi:10.1016/j.sapharm.2013.02.006
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (Review). John Wiley & Sons, Ltd.
- Hepler, C. D. (2004). Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy*, 24(11), 1491–1498. doi:10.1592/phco.24.16.1491.50950
- Hepler, C., & Strand, L. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533–543.
- Hernández, D. S., Castro, M. M. S., & Dáder, M. J. F. (2009). *Metodo Dáder: Manual de seguimento farmacoterapêutico*. (Edições Universitárias Lusófonas, Ed.). Lisboa.
- Holloway, K., & Green, T. (2003). *Drug and therapeutics committees - A practical guide*. (K. Holloway, Ed.). Genebra, Suíça.
- INFARMED. (2008). *Saiba mais sobre ciclo de vida de um medicamento. Saiba mais sobre* (2nd ed.).
- INFARMED. (2013a). *Nota de imprensa - Formulário Nacional de Medicamentos*. Obtido Outubro 05, 2013, em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS\\_NOVIDADES/DETALHE\\_NOVIDADE?itemid=6915609](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/DETALHE_NOVIDADE?itemid=6915609)
- INFARMED. (2013b). *Farmacovigilância*. Obtido Setembro 25, 2013, em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS\\_FREQUENTES/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/MUH\\_FARMACOVIGILANCIA](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA)
- INFARMED. (2013c). *Notificações de RAM recebidas no SNF*. Obtido Outubro 01, 2013, em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO\\_DE\\_RAM/EVOLUCAO\\_1992\\_2011/Not\\_RAM\\_recebidas\\_no\\_SNF.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM/EVOLUCAO_1992_2011/Not_RAM_recebidas_no_SNF.pdf)

- INFARMED. (2013d). Notificações de RAM recebidas no SNF por origem. Obtido Outubro 01, 2013, em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO\\_DE\\_RAM/EVOLUCAO\\_1992\\_2011/Not RAM por origem.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM/EVOLUCAO_1992_2011/Not_RAM_por_origem.pdf)
- International Network for Rational Use of Drugs (INRUD). (s.d.). About INRUD. Obtido Setembro 20, 2013, em <http://www.inrud.org/About-INRUD/index.cfm>
- International Pharmaceutical Federation (FIP). (1998). FIP statement on professional standards: Pharmaceutical care.
- International Pharmaceutical Federation (FIP). (2000). FIP statement of policy on good pharmacy education.
- International Pharmaceutical Federation (FIP). (2002). FIP statement on professional standards: Continuing professional development.
- International Pharmaceutical Federation (FIP). (2006). FIP statement of policy The role of the pharmacist in pharmacovigilance.
- Ismail, M. (2009). Drug-food interactions and role of pharmacist. *Asian journal of pharmaceutical and clinical research*, 2(4).
- Jiná, M., Silva, L., & Soares, M. (2009, Setembro 23). Entrevista de Aida Batista, Presidente da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH). *Algébrica*, (73). Obtido Setembro 30, 2013, em <http://www.algebrica.pt/Arquivo/Newsletters/esaude/73/index.htm>
- Jorge, A., Ferrer, C., Glória, F., Ferreira, J., Branco, J., & Hospital Vila Franca de Xira. (2012). Prevenção de erros de medicação: Impacto da implementação de nova metodologia de validação farmacêutica da prescrição médica. Em 5a Semana APFH - XV Simpósio Nacional: Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (p. 62).
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine.
- Machado, F. J. Á. S., & Silva, S. R. F. da. (2008). Sistemas de apoio à decisão clínica e ao doente: Uma oportunidade para os farmacêuticos hospitalares.
- Management Sciences for Health (MSH). (2012a). Managing medicine selection. Em *Managing access to medicines and health technologies*.
- Management Sciences for Health (MSH). (2012b). Ensuring good dispensing practices. Em *Managing access to medicines and health technologies*.
- Marques, F. B. (2004). Valor terapêutico acrescentado. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos - Boletim do CIM*, (58), 1–2.

- Martins, C. (2008a). O papel das comissões de farmácia e terapêutica - I. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (84), 36–38.
- Martins, C. (2008b). O papel das comissões de farmácia e terapêutica – II. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (85), 38–40.
- Morak S, Vogler S, Walser S, K. N. (2010). Understanding the Pharmaceutical Care Concept and Applying it in Practice. Em Austrian Federal Ministry of Health, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Odukoya, O. K., & Chui, M. a. (2012). E-prescribing: A focused review and new approach to addressing safety in pharmacies and primary care. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. doi:10.1016/j.sapharm.2012.09.004
- Oliveira, J. De, Naves, S., & Silver, L. D. (2005). Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília , Brazil. *Revista Saúde Pública*, 39(2), 223–230.
- Ordem dos Farmacêuticos. (s.d.-a). Ordem apresentou proposta sobre “Normas de Orientação Terapêutica.” Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=5533](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=5533)
- Ordem dos Farmacêuticos. (s.d.-b). Bastonário apresentou proposta sobre Normas de Orientação Terapêutica ao director-geral da Saúde. Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=2030&articleID=5601](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=2030&articleID=5601)
- Ordem dos Farmacêuticos. (2011). Contributos da reconciliação terapêutica para a segurança do doente.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2012a). Reforçada a relevância da prática de Cuidados Farmacêuticos. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (102), 89.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2012b). Peritos analisaram literacia em saúde. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (102), 63.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2013a). Tutela prepara criação da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=6498](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=6498)
- Ordem dos Farmacêuticos. (2013b). Maioria dos serviços de saúde não cumpre Normas de Orientação Clínica. Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=7061](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=7061)

- Ordem dos Farmacêuticos. (2013c). Formação contínua da Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Farmacêuticos. Obtido Outubro 15, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/pureAsp/editionSendProcess.asp?editionID=1779](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/pureAsp/editionSendProcess.asp?editionID=1779)
- Ordem dos Farmacêuticos. (2013d). Geração saudável. Obtido Outubro 02, 2013, em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2034](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2034)
- Ordovás, J. P., Climente, M., & Poveda, J. L. (2002). Selección de medicamentos y guía farmacoterapéutica. Em *Farmacia hospitalaria* (3rd ed., pp. 63–79). Madrid, Espanha.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (s.d.). Trade, foreign policy, diplomacy and health Health. Disponível em <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1985). The rational use of drugs Report of the conference of experts Nairobi. Genebra, Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1994). The role of the pharmacist in the health care system. Genebra, Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2001). Highlights of the year 2000 in Essential Drugs and Medicines Policy.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). Promoting rational use of medicines: core components. Genebra, Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). Introduction to drug utilization research. Oslo, Noruega.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). Pharmacovigilance: ensuring the safe use of medicines. Genebra, Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). Medicines: rational use of medicines. No 338. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Direção Geral da Saúde. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). The pursuit of responsible use of medicines: Sharing and learning from country experiences.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013a). Essential medicines selection. Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.who.int/selection\\_medicines/en/](http://www.who.int/selection_medicines/en/)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013b). Essential medicines. Obtido Setembro 30, 2013, em [http://www.who.int/medicines/services/essmedicines\\_def/en/index.html](http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html)

- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013c). Essential medicines lists and formulary. Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.who.int/selection\\_medicines/list/en/](http://www.who.int/selection_medicines/list/en/)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013d). The Ottawa Charter for Health Promotion - First international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Obtido Setembro 30, 2013, em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. (2010, November 29). The PCNE Classification V 6.2 - Classification for drug related problems.
- Pharmacy Board of Australia. (2010). Guidelines for dispensing of medicines. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17807en/>
- Phillips, M. S., Gayman, J. E., & Todd, M. W. (1996). ASHP guidelines on medication-use evaluation. American Society of Health-system Pharmacists. American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists, 53(16), 1953–5.
- Pohjanoksa-Mäntylä, M., Puumalainen, I., Airaksinen, M., & Yeung, S. S. T. (Eds.). (2012). Counselling, concordance and communication – Innovative education for pharmacists (2nd ed.).
- Portaria n.o 137-A/2012 de 11 de maio (2012).
- Portaria n.o 1429/2007 de 2 de novembro (2007).
- Portaria n.o 340/2012 de 25 de outubro (2012).
- Puigventós, F., Ventayol, P., & Delgado, O. (2002). Intercambio terapéutico. Em Farmacia hospitalaria (3rd ed., pp. 101–112). Madrid, Espanha.
- Régnier, S. (2013). What is the value of “me-too” drugs? Health care management science, 16(4), 300–13. doi:10.1007/s10729-013-9225-3
- Ribeiro, C. F. (2010). Valor Terapêutico Acrescentado (VTA). Em Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde (pp. 11–12).
- Ribeiro, N. (2004). Cuidados farmacêuticos e seguimento farmacoterapêutico. Em V Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (pp. 7–8).
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ: British Medical J., 312(7023), 71–72.

- Santos, Henrique, & Iglésias, P. (2008). Seguimento farmacoterapêutico. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos - Boletim do CIM*, (84).
- Santos, HJ, Cunha, I., & Coelho, P. (2009). Boas práticas farmacêuticas para a farmácia comunitária. *Ordem dos Farmacêuticos*.
- Silva, J. C. da, Soares, M. A., & Martins, S. D. O. (2012). Reações adversas a medicamentos: Análise da base de dados do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SVIG) 2009 - 2011. Lisboa.
- Simon, G. E., Psaty, B. M., Hrachovec, J. B., & Mora, M. (2005). Principles for evidence-based drug formulary policy. *Journal of general internal medicine*, 20(10), 964–968. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0232.x
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). (2012). La farmacia hospitalaria ante los nuevos retos de la selección de medicamentos en España : La experiencia acumulada al servicio de toda la sociedad.
- Tamblyn, R., Huang, A., Kawasumi, Y., Bartlett, G., Grad, R., Jacques, A., ... Pinsonneault, A. (2006). The development and evaluation of an integrated electronic prescribing and drug management system for primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 13(2), 148–159. doi:10.1197/jamia.M1887
- Tomaszewski, D. M., Schweiss, S. K., & Hager, K. D. (2012). Pharmacist-provided ambulatory patient care: Progressing pharmacy practice and preparing the next generation of pharmacists. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 4(4), 255–259. doi:10.1016/j.jecm.2012.06.005
- Torner, M. . Q. G., Vives, F. P., Ramió, J. C., Cabrera, E. de P., Santasusagna, P. J., Peipoch, E. H., ... Gómez-Arbonés, J. (2012). Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farmacia hospitalaria*, 36(4), 229–239. doi:10.1016/j.farma.2011.06.015
- Troika. (2011). Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica de 17 de maio. Governo de Portugal.
- Tyler, L. S., Cole, S. W., May, J. R., Millares, M., Valentino, M. A., Vermeulen, L. C., & Wilson, A. L. (2008). ASHP guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 65(13), 1272–83.
- Vernardet, S., Bossaert, S., Livrozet, A., Pont, E., & Charpiat, B. (2005). Validation pharmaceutique des prescriptions hospitalières: Intervention et analyse sur cinq ans. *La Presse Médicale*, 34(14), 990–996. doi:PM-08-2005-34-14-0755-4982-101019-200506254

- Verrue, C. L. R., Petrovic, M., Mehuys, E., Remon, J. P., & Stichele, R. Vander. (2009). Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes. *Drugs & Aging*, 26(1), 37–49.
- WHO Collaborating Centre for Drug (WHOCC). (2009). Purpose of the ATC/DDD system. Obtido Setembro 28, 2013, em [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_methodology/purpose\\_of\\_the\\_atc\\_ddd\\_system/](http://www.whocc.no/atc_ddd_methodology/purpose_of_the_atc_ddd_system/)
- WHO Collaborating Centre for Drug (WHOCC). (2011). Structure and principles.
- Wiedenmayer, K., Summers, R. S., Mackie, C. A., Gous, A. G. S., Everard, M., & Tromp, D. (2006). *Developing pharmacy practice - A focus on patient care*. Genebra, Suíça.