

# Necessidades reais de implementação de novos serviços farmacêuticos centrados no doente

Implementation needs for new pharmaceutical services focus on the patient

Castel-Branco M.M.<sup>1,2</sup>, Caramona M.M.<sup>1,2</sup>, Fernandez-Llimos F.<sup>3,4</sup>, Figueiredo I.V.<sup>1,2</sup>

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

## RESUMO

Novos fármacos mais potentes e complexos, menor disponibilidade de médicos e menor acessibilidade ao serviço de saúde, morbilidade e mortalidade relacionadas com medicamentos sempre a aumentar e custos significativos relacionados com o uso incorreto dos medicamentos justificam plenamente um profissional focado apenas na gestão de toda a medicação do doente. O medicamento é um bem precioso, mas os doentes necessitam de aprender a utilizá-lo. Porventura será essa uma das mais-valias que o farmacêutico, enquanto especialista do medicamento, poderá aportar atualmente ao sistema de saúde: a promoção do uso racional do medicamento, tal como inscrito na legislação em vigor.

Uma correta utilização do medicamento diminuirá significativamente os resultados negativos da farmacoterapia, que se podem manifestar quer como problema de saúde não tratado quer como inefetividade ou insegurança. Os cuidados farmacêuticos correspondem a uma filosofia de atuação assistencial centrada no doente em que o farmacêutico, integrado na equipa de saúde, assume as suas responsabilidades perante a medicação. Concretiza-se em serviços farmacêuticos que, numa atitude preventiva, identificam e atuam sobre fatores de risco existentes durante o processo de uso dos medicamentos – dispensa farmacêutica, indicações de morbilidade prevenível, revisão da medicação – e em serviços que, numa atitude reativa, identificam resultados negativos e atuam sobre as suas causas – acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da doença.

O farmacêutico clínico terá de desenvolver novas competências: comunicação, busca de informação, sentido crítico, comportamento ético, trabalho em equipa, liderança. E terá, mais do que nunca, de ser tecnicamente competente: sólida formação em biologia celular, bioquímica, anatomofisiologia, fisiopatologia, farmacologia e farmacoterapia. Terá ainda de aprender a sistematizar e a registar a sua atuação consoante o tipo de serviço prestado. A principal barreira a vencer será a da sua própria mentalidade.

Estes não serão apenas novos caminhos de realização profissional: serão respostas concretas a situações reais dos doentes, que desta forma serão melhor cuidados.

**Palavras-chave:** Cuidados farmacêuticos, Serviços farmacêuticos, Farmacoterapia, Resultados clínicos negativos, Doente.

## ABSTRACT

While new more potent and complex pharmaceutical agents are becoming available, increasing demands on doctors and the health care system, the increase of drug related morbidity and mortality throughout the world and rising costs related with the incorrect use of medicines make it clear that the identification of a practitioner who is available to focus on the management of all of a patient's medicines would be an important asset to the future of human health. Medicines are precious, but patients need to learn how to use them. It is possible that this will be one of the advantages that the pharmacist, as a medicine specialist, will bring to the health system, i.e. the promotion of the rational use of medicines as laid down in legislation.

The correct use of medicines will significantly decrease the negative outcomes of pharmacotherapy, namely untreated health problems, ineffective treatment and unsafe treatment. Pharmaceutical care is a patient-centered philosophy of assistential practice in which the pharmacist, as a health care team member, has responsibilities in patient medication. There are pharmaceutical services that monitor the process of the use of medicines from a preventive standpoint, identifying risk factors and acting within their constraints – dispensing, preventable morbidity indicators, medication review – and there are pharmaceutical services that monitor the outcomes from a reactive standpoint, identifying negative clinical outcomes and acting on their causes – pharmacotherapy follow-up, disease management.

The clinical pharmacist will have to develop new competencies in communication, information retrieval, critical analysis, ethical behavior, teamwork and leadership. And, more than ever, the clinical pharmacist will have to be technically competent, which requires solid training in cellular biology, biochemistry, anatomophysiology, physiopathology, pharmacology and pharmacotherapy. The assistential pharmacist will have to learn to systematize and to register its action in each type of service carried out. The main barrier that he will have to overcome will be his own mind.

This will not only provide new ways of boosting the professional satisfaction of the clinical pharmacist but will also provide concrete answers to the real situations of patients, who will ultimately receive better care.

**Keywords:** Pharmaceutical care, Pharmaceutical services, Pharmacotherapy, Negative clinical outcomes, Patient.

<sup>1</sup>Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Polo das Ciências da Saúde, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup>Centro de Estudos Farmacêuticos (CEF), Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup>Departamento de Sócio-Farmácia, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

<sup>4</sup>Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL), Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Portugal.

*Autor para correspondência:* Margarida Castel-Branco. Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Pólo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra, Portugal.

Submetido/Submitted: 12 dezembro 2014 | Aceite/Accepted: 1 fevereiro 2013

## INTRODUÇÃO

A sociedade atual do conhecimento e da tecnologia necessita urgentemente de voltar a sentir a essência do humano. O nosso mundo precisa de ser cuidado. A arte de saber cuidar é uma questão de atitude, mais do que um conjunto de atos que se sobrepõem. Quem cuida ocupa-se, preocupa-se, responsabiliza-se e envolve-se com o outro.

Em tempos mais antigos, o farmacêutico era o boticário que, no seu cantinho, manipulava e dispensava os remédios que o médico utilizava para lidar com a doença. Com a industrialização, a farmácia transformou-se numa atividade quase exclusivamente comercial, uma vez que os medicamentos passaram a ser produzidos em fábrica e o espaço da farmácia ficou a servir apenas para a sua venda. Hoje, perante as profundas alterações políticas, económicas e sociais a que assiste, o farmacêutico procura novos caminhos de realização. O profissional especialista do medicamento parte exatamente dessa realidade para encontrar o seu lugar natural na equipa de profissionais de saúde que têm a sua razão de ser no doente.

Haverá espaço, na sociedade em que vivemos, para este farmacêutico que quer exercer, na especificidade da sua formação, a arte de cuidar da pessoa doente? É o que vamos procurar responder ao longo desta reflexão.

### Identificação das necessidades de saúde da população

Os avanços da ciência e da tecnologia nas últimas décadas têm sido relevantes, tendo dado origem a uma Nova Medicina<sup>1</sup>. Fármacos cada vez mais potentes e complexos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica, os avanços da imagiologia, a nanomedicina, a medicina molecular e a genómica, tudo tem contribuído para este admirável mundo novo que permitiu, nas sociedades ocidentais, no último meio século, um aumento da esperança média de vida notável, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

Neste novo paradigma da medicina, o medicamento continua a ocupar o lugar primordial. Ainda não fez um século a descoberta da insulina (1936), da penicilina (1941) ou da vacina contra a poliomielite (1955), mas hoje não conseguiríamos viver num mundo sem estes “aliados”. Seja para curar, controlar ou prevenir a doença, o medicamento aparece como um companheiro de jornada que se torna imprescindível a uma vida longa e com qualidade.

Curiosamente, não basta tomar um medicamento para que surja a saúde no seu

sentido mais amplo, tal como a definiu a Organização Mundial de Saúde: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”<sup>2</sup>. É preciso que, desse medicamento, o doente consiga retirar o máximo benefício sem qualquer prejuízo. E isso nem sempre acontece. Porque são múltiplas as variáveis em causa, desde a não correta utilização do medicamento até à complexa realidade da politerapia e, conseqüentemente, à possibilidade de ocorrerem interações medicamentosas com relevância clínica.

É um facto que o consumo de medicamentos corresponde, atualmente, a uma fração importante do orçamento da saúde (a percentagem da despesa em medicamentos na despesa global em saúde foi de 18,5% em 2009).<sup>3</sup> Porventura, é também o alvo mais fácil de atingir com as políticas de austeridade inevitáveis nestes tempos de profunda crise económica que atravessamos. Mas não basta reduzir o preço dos medicamentos. É fundamental que isso seja acompanhado de benefícios reais para a saúde das populações. E só usando bem os medicamentos é que as pessoas podem ficar tratadas, com as suas doenças clinicamente controladas, e só assim se consegue efetivamente reduzir as despesas em saúde.

Analisemos o que se passa em Portugal no que respeita a doenças tão comuns como a hipertensão, a diabetes ou as doenças respiratórias: Num estudo realizado em 2003, Espiga de Macedo revela que 42,1% da população portuguesa entre os 18 e os 90 anos é hipertensa, mas 53,9% desses indivíduos desconhecem a sua doença. Dentro dos hipertensos diagnosticados, apenas 39,0% usam regularmente medicação anti hipertensora e, destes, apenas 28,9% têm a pressão arterial controlada. No total dos hipertensos diagnosticados, apenas 11,2% estão controlados<sup>4</sup>.

O relatório do Observatório Nacional da Diabetes relativo a 2010 revela que a prevalência da diabetes entre os 19 e os 79 anos de idade atinge os 12,4%, mas 44% desses diabéticos desconhece a sua doença (só 56% estão diagnosticados). O mesmo relatório revela ainda que a importância da diabetes nas causas de morte aumentou ligeiramente durante os últimos quatro anos, verificando-se que os óbitos por esta doença aumentaram 1,5% na última década. Paralelamente, o consumo de medicamentos para a diabetes cresceu cerca de 78% entre 2000 e 2009, devido não só ao aumento da prevalência da doença como também ao aumento do número e da

proporção de pessoas tratadas, bem como das dosagens médias utilizadas nos tratamentos<sup>5</sup>.

O relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias com os dados de 2010 revela uma tendência clara para o aumento da prevalência destas doenças, ao contrário do que acontece com outras patologias, nomeadamente as cardiovasculares. As doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal. As doenças respiratórias crónicas atingem 40% da população portuguesa: asma 10%, rinite 25% e doença pulmonar obstrutiva crónica 14,2% das pessoas com mais de 40 anos<sup>6</sup>.

Estes dados revelam duas realidades preocupantes: por um lado, o desconhecimento de muitos indivíduos em relação à sua doença, o que implica que não estejam a ser devidamente tratados; por outro lado, um número, por vezes significativo, de pessoas sujeitas a terapêutica que não têm a doença controlada nem aparentam o tal bem-estar físico, mental e social que define saúde no seu sentido mais lato.

Acresce a tudo isto a problemática da iatrogenia medicamentosa, que ganha tanto mais relevo quanto mais envelhecida é a população, maior a polimedicação e mais abundante a utilização de fármacos novos e mais potentes. A notificação de reações adversas graves tem vindo a aumentar exponencialmente na última década, levando à retirada do mercado de diversos medicamentos e colocando muitos outros sob uma vigilância mais apertada<sup>7</sup>.

Mas voltemos ao tema do medicamento e da sua utilização por parte das populações. Entre 2004 e 2009 o consumo de medicamentos per capita no mercado total português aumentou 9,2%<sup>3</sup>. É um facto que a acessibilidade ao medicamento tem-se tornado cada vez mais universal. Por que razão, então, é que os doentes que têm acesso aos medicamentos nem sempre veem os seus problemas de saúde resolvidos?

O medicamento é um bem precioso, mas os doentes necessitam de aprender a utilizá-lo. Porventura será essa uma das mais-valias que o farmacêutico, enquanto especialista do medicamento, poderá aportar atualmente ao sistema de saúde: a promoção do uso racional do medicamento<sup>8</sup>. O medicamento corretamente utilizado permitirá que se atinjam os objetivos terapêuticos, sejam eles a cura da doença, a eliminação ou redução dos sintomas a ela associados, o retardar da progressão ou a prevenção da mesma. Uma boa utilização do medicamento diminuirá significativamente os resultados negativos da farmacoterapia, que se

manifestam por alterações para pior no estado de saúde do doente. Estes resultados clínicos negativos podem ser consequência dos medicamentos tomados ou da falta deles (problema de saúde não tratado), que se revelam pelo não alcançar dos objetivos terapêuticos – inefetividade por tratamento ou dosagem insuficientes, interações medicamentosas, desenvolvimento de tolerância, não adesão à terapêutica, resistência ao tratamento, falhas técnico-científicas, falta de acompanhamento do doente – e/ou no aparecimento ou agravamento de efeitos não desejados – insegurança.

Atualmente, o doente necessita de um profissional de saúde empenhado em detetar, resolver e prevenir problemas relacionados com os medicamentos, ajudando-o a evitar todas as situações que, durante o processo de uso dos medicamentos, podem causar o aparecimento de resultados negativos. As populações modernas necessitam de equipas de saúde que envolvam profissionais empenhados num trabalho conjunto com os doentes no estabelecimento de um plano de cuidados. E os cuidados farmacêuticos surgem naturalmente, não apenas como uma resposta às necessidades profissionais dos farmacêuticos, mas principalmente como resposta a uma necessidade social objetiva: os doentes têm resultados clínicos negativos da farmacoterapia e os farmacêuticos devem procurar resolvê-los.

### **Serviços farmacêuticos centrados no doente como resposta às necessidades de saúde da população**

Novos fármacos, cada vez mais potentes e complexos, menor disponibilidade de médicos e acessibilidade ao serviço de saúde, morbilidade e mortalidade relacionadas com medicamentos sempre a aumentar em todo o mundo e custos significativos relacionados com o uso incorreto dos medicamentos justificam plenamente um profissional focado apenas na gestão de toda a medicação do doente<sup>9</sup>.

Os cuidados farmacêuticos correspondem a uma filosofia de atuação assistencial centrada no doente em que o farmacêutico, integrado na equipa de saúde, assume as suas responsabilidades perante a medicação, assegurando que cada doente recebe a terapêutica farmacológica conveniente, apropriada, efetiva e segura de que necessita para tratar, controlar ou prevenir a sua doença<sup>10</sup>. Os profissionais que os realizam devem seguir uma metodologia sistematizada e abrangente do doente, do problema de saúde que ele apresenta e da terapêutica que faz, metodologia essa que depois varia consoante o

tipo de serviço prestado.

Partindo da definição mais frequente para cuidados de saúde – prevenção, tratamento e gestão da doença, assim como preservação do bem-estar físico e mental do doente, através de serviços que lhe são prestados pelos profissionais de saúde – os cuidados farmacêuticos podem simplesmente definir-se como sendo a prevenção, o tratamento e a gestão da doença, assim como a preservação do bem-estar físico e mental do doente, através de serviços que lhe são prestados pelos farmacêuticos.

Passando da filosofia à prática, identifiquemos e caracterizemos sucintamente tais serviços. Note-se que alguns são serviços que não têm necessariamente de envolver cedência de medicamentos, pelo que podem ser realizados fora da estrutura física de uma farmácia.

Uma possível classificação dos serviços farmacêuticos assistenciais baseia-se no facto de se dirigirem à população em geral ou ao doente em particular. No primeiro grupo, inserido no âmbito da saúde pública, incluem-se serviços de educação/promoção da saúde e de informação/aconselhamento sobre medicamentos; no segundo grupo, centrado no doente individual, e com o objetivo último de otimização da terapêutica, inserem-se serviços variados que incluem serviços básicos como a informação sobre medicamentos, o aconselhamento farmacêutico, a educação para a saúde, a promoção da adesão à terapêutica, a farmacovigilância, a elaboração de medicamentos magistrais, a dispensa farmacêutica e a indicação farmacêutica, e serviços diferenciados como a revisão da medicação, a gestão da doença e o acompanhamento farmacoterapêutico<sup>11</sup>.

No entanto, uma outra forma, a nosso ver mais útil, de classificar os serviços farmacêuticos clínicos divide-os em serviços que monitorizam o processo de uso do medicamento e serviços que monitorizam os resultados<sup>12</sup>. Os primeiros assumem uma atitude preventiva, identificando e atuando sobre fatores de risco existentes durante o processo de uso dos medicamentos. Neste grupo salientam-se: a dispensa farmacêutica<sup>13</sup>, que é o garante de que o doente vai fazer uso apropriado do medicamento; os indicadores de morbidade prevenível<sup>14</sup> que incluem situações clínicas ou medicamentos que só por si alertam para eventuais resultados negativos para o doente; e a revisão da medicação<sup>15,16</sup>, que consiste na procura sistemática do uso racional dos medicamentos diante do perfil farmacoterapêutico do doente, identificando sistematicamente fatores de risco de resultados clínicos negativos. O segundo grupo de serviços assume uma atitude reativa, identificando

resultados clínicos negativos e atuando sobre as suas causas. Neste grupo, que monitoriza os resultados, incluem-se: o acompanhamento farmacoterapêutico<sup>17,18</sup>, que procura identificar, mediante a avaliação de um perfil farmacoterapêutico completo, resultados clínicos negativos da farmacoterapia, procurando resolvê-los mediante intervenções sucessivas, que poderá ser eliminando a causa ou não; e a gestão da doença<sup>19</sup>, que é um serviço semelhante ao do acompanhamento farmacoterapêutico mas que se foca apenas na gestão da doença crónica do indivíduo (asma, diabetes, hipertensão, entre outras).

É legítimo, neste momento, colocar a questão: serão estes serviços capazes de efetivamente dar resposta às necessidades de saúde da população? Uma revisão sistemática e meta-análises que avaliam os efeitos dos cuidados farmacêuticos diretos ao doente revelaram efeitos favoráveis quer nos resultados da farmacoterapia – melhoria dos parâmetros físicos, hemodinâmicos e laboratoriais; uso apropriado da medicação; controlo de doenças crónicas; diminuição do recurso à urgência e duração de internamentos hospitalares; redução da mortalidade – quer nos resultados de segurança – diminuição de eventos e de reações adversas bem como de erros de medicação – e ainda nos resultados humanísticos – promoção da adesão à terapêutica, satisfação do doente, esclarecimento quanto à sua doença e medicação – suportando indubitavelmente a incorporação dos farmacêuticos nas equipas de saúde que se encontram ao serviço da população<sup>20</sup>.

### **Competências e formação necessárias ao farmacêutico para desenvolver esses serviços**

Está consagrado na lei portuguesa, através do Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de Novembro<sup>21</sup>, que o exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente (Artigo 72.º) e, por conseguinte, a primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral (Artigos 81.º e 107.º). O Artigo 77.º apresenta, por sua vez, as atividades consideradas como parte integrante do ato farmacêutico, donde realçamos aquelas mais centradas no doente, como sejam: a interpretação e avaliação das prescrições médicas (alínea g), a informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correta utilização (alínea h) e o acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de

medicamentos (alínea i). Segundo o Artigo 87.º, o farmacêutico deve: colaborar com todos os profissionais de saúde, promovendo junto deles e do doente a utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos; assegurar-se que, na dispensa do medicamento, o doente recebe informação correta sobre a sua utilização; dispensar ao doente o medicamento em cumprimento da prescrição médica ou exercer a escolha que os seus conhecimentos permitem e que melhor satisfaça as relações benefício/risco e benefício/custo.

Em Espanha, a lei vai um pouco mais longe e já inclui a filosofia dos cuidados farmacêuticos. De facto, a nova lei do medicamento, também datada de 2006<sup>22</sup>, refere que “Nas farmácias de oficina, os farmacêuticos, como responsáveis pela dispensa de medicamentos aos cidadãos, zelarão pelo cumprimento das pautas estabelecidas pelo médico responsável do doente na prescrição, e cooperarão com ele no acompanhamento do tratamento através dos procedimentos de cuidados farmacêuticos, contribuindo para assegurar a sua eficácia e segurança”.

Independentemente de já estar consagrada na lei ou não, a questão da prestação de serviços farmacoterapêuticos centrados no doente, dentro de uma filosofia de cuidados farmacêuticos, é emergente nos nossos dias e exige novas competências ao farmacêutico que se assume como clínico. Neste novo paradigma de atuação do farmacêutico, já não basta conhecer o medicamento desde a sua conceção até à dispensa na farmácia. Agora, o farmacêutico coloca-se numa atitude de serviço ao doente com o objetivo de melhorar os seus resultados clínicos, económicos e humanísticos através da utilização de medicamentos. Agora, o farmacêutico é chamado a assumir a responsabilidade do uso apropriado da medicação por parte do doente. E para isso, para além de ter de identificar as necessidades farmacoterapêuticas do doente, o farmacêutico tem de tomar decisões, e essas baseiam-se tanto em dados objetivos (relacionados com os problemas de saúde e com os medicamentos) como em dados subjetivos (relacionados com a experiência do profissional e com a experiência do doente).

Na formação deste novo farmacêutico há que introduzir disciplinas relacionadas com a prática assistencial, capazes de levar este profissional ao desenvolvimento de novas competências como as da busca de informação, do sentido crítico, do comportamento ético, do trabalho em equipa e da liderança. O novo farmacêutico também deverá saber comunicar quer com o doente, com o qual deverá conseguir estabelecer uma forte relação de

cumplicidade, quer com os outros profissionais de saúde, nomeadamente com o médico prescritor<sup>10</sup>.

Mas para exercer com dignidade serviços de cuidados diretos aos doentes, o farmacêutico terá de ser tecnicamente competente. Precisar-se-á de sólidos conhecimentos de biologia celular, bioquímica, anatomofisiologia, fisiopatologia, farmacologia e farmacoterapia, entre outros. E terá de aprender a sistematizar e a registar a sua atuação consoante o tipo de serviço prestado. Só assim, enquanto membro da equipa de saúde, o farmacêutico poderá trazer benefícios relacionados com a segurança, efetividade e otimização da terapêutica<sup>20</sup>.

O farmacêutico deverá promover-se a si mesmo como um profissional de saúde moderno, capaz de implementar novos serviços centrados no doente<sup>23</sup>. Ainda que silenciosamente, sabe que é respeitado pelos médicos, que reconhecem as suas competências na validação da prescrição, na educação do doente, na indicação farmacêutica, na sugestão de alternativas terapêuticas ao médico prescritor, na monitorização farmacoterapêutica do doente, na revisão da medicação.<sup>10</sup> É também procurado pelos doentes, uma vez que é o último profissional com quem contactam antes de se encontrarem a sós com o medicamento. A principal barreira que o farmacêutico terá de vencer será a da sua própria mentalidade: o novo farmacêutico não poderá continuar a sentir-se apenas o técnico superior do medicamento, mas deverá assumir-se como o profissional de saúde capaz de cuidar do doente através da gestão da sua medicação<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

A avaliação da farmacoterapia tem como finalidade permitir que os medicamentos que um dado doente toma atinjam os objetivos terapêuticos previamente definidos (efetividade) sem agravarem ou gerarem novos problemas de saúde (segurança). O farmacêutico do século XXI sabe que pode ter um valor acrescentado nos cuidados de saúde de um doente através da prestação de novos serviços farmacêuticos.

Documentando as suas intervenções, conseguindo extrapolar resultados, avaliando custos e resultados nos doentes, o farmacêutico clínico conseguirá provar a eficácia dos cuidados farmacêuticos e justificar plenamente a necessidade de novos serviços farmacoterapêuticos centrados no doente. Isso levará ao seu reconhecimento enquanto membro da equipa de saúde e, oportunamente, ao seu reconhecimento profissional e económico por parte das autoridades regulamentares da saúde.

Estes não serão apenas novos caminhos de realização profissional. Serão respostas concretas a situações reais dos doentes, que desta forma serão melhor cuidados.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lobo Antunes J. A Nova Medicina. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; Janeiro 2012.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Constituição da OMS. Nova Iorque: OMS; Julho 1946.
3. Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde. Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde; Dezembro 2010.
4. Espiga de Macedo M, Lima MJ, Oliveira Silva A, Alcântara P, Ramalinho V, Carmona J. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2]. Rev Port Cardiol 2007; 26(1):21-39.
5. Boavida JM, Fragoso de Almeida JP, Massano Carlos S, Sequeira Duarte J, Duarte R, Ferreira H, Guerra F, Medina JL, Nunes JS, Pereira M, Raposo J. Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; Fevereiro 2012.
6. Teles de Araújo A (relator). Desafios e oportunidades em tempo de crise – Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011. Lisboa: Fundação Portuguesa do Pulmão e Observatório Nacional das Doenças Respiratórias; 2012.
7. Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD. Serious Adverse Drug Events Reported to the Food and Drug Administration, 1998-2005. Arch Intern Med 2007; 167(16): 1752-1759.
8. Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto. Diário da República, 1.ª série, N.º 167: 6297-6383.
9. Strand LM, Martín-Calero MJ. Current Pharmaceutical Design 2004; 10: 3929-3930.
10. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Current Pharmaceutical Design 2004; 10: 3969-3985.
11. FIP Pharmacy Education Taskforce. A Global Competency Framework for Services Provided by Pharmacy Workforce (draft version). London: FIP Collaborating Centre; 2010.
12. Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Comment: drug-related problem classification systems. Ann Pharmacother 2004; 38(9):1542-1543.
13. García Delgado P, Martínez Martínez F, Gastelurrutia Garralda MA, Faus Dáder MJ. Dispensación de medicamentos. Madrid: Ergon S.A.; 2009.
14. Guerreiro MP, Cantrill JA, Martins AP. Morbilidade evitável relacionada com medicamentos: Validação de Indicadores para Cuidados Primários em Portugal. Acta Med Port 2007; 20(2):107-130.
15. Chen T, Whitehead P, Williams K, Moles R, Aslani P, Benrimoj SJ. Medication review: a process guide for pharmacists. Canberra: Pharmaceutical Society of Australia; 2002.
16. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. A Guide to Medication Review 2008. London: NPC; 2008.
17. Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48(1):5-17.
18. Bluml BM. Definition of Medication Therapy Management: Development of Professionwide Consensus. J Am Pharm Assoc 2005; 45: 566-572.
19. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brillant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, Saini B, Smith L, Stewart K. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. Thorax 2007; 62(6):496-502.
20. Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, Zivin JG, Abraham I, Palmer J, Martin JR, Kramer SS, Wunz T. US Pharmacists' Effect as Team Members on Patient Care. Systematic Review and Meta-Analyses. Medical Care 2010; 48(10): 923-933.
21. Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de novembro. Diário da República, 1.ª série, N.º 261.
22. Ley 29/2006 de 26 de julio. BOE-A-2006-13554. BOE, N.º 178: 28122-28165.
23. Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, Martín-Calero MJ. Pharmaceutical Care: Past, Present and Future. Current Pharmaceutical Design 2004;10: 3931-3946.