

**UNIVERSIDADE LUSÓFONA
DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS**

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE



**O Papel da Farmácia, na promoção
de uma saúde de proximidade, em doentes crónicos**

Sara Melfe Afonso

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Deus quer, o Homem sonha, a obra nasce.

Fernando Pessoa

Agradecimentos _____

À mãe Ana e ao pai Jorge, pelo carinho, pelo esforço, pela compreensão, pelo incentivo, pela constante presença em todos os momentos, bons e maus, e, acima de tudo pelo amor incondicional. Aos meus irmãos, Zé e João, companheiros de experiência da partilha, pela paciência e pela tolerância. À avó Emília, ao avô António e ao tio Paulinho, porque fazem parte daquilo que eu realmente considero como “a minha família”.

Ao Tiago, pelo constante incentivo, pela paciência, pelo que me tem ensinado, pelas palavras, pelo carinho e por todo o amor que partilhamos.

Ao “tio Macedo” e à “tia Antónia”, que são aquela família que escolhi, pelo que me ajudaram e ensinaram durante esta caminhada.

À Bárbara, “companheira de viagem”, por ter estado sempre comigo desde o início até ao fim e por me ter acolhido como se fosse da sua família. Ao Gonçalo Farto, por não desistir de mim, por me incentivar e auxiliar nas minhas escolhas e por estar presente sempre. À Márcia, pela ajuda, pelos conselhos e pela amizade. À Ragu, por tudo. Ao “Largo de Camões”, em especial, à Catarina e à Joana Maria, pelo que representam na minha vida e por todos os momentos desde que assim nos assumimos. Aos restantes amigos.

Às meninas da Farmácia Almofariz, local onde aprendo todos os dias o gosto pela profissão Farmacêutica. Obrigada pela preciosa ajuda da elaboração da monografia com a vossa experiência, por viverem esta experiência como se fosse vossa, pelo carinho, pelos laços que formamos e pela equipa que somos.

Às equipas da Farmácia CUF Infante Santo e Farmácia Novais, por me terem acolhido durante os estágios e me terem ensinado o papel do farmacêutico em cada um dos locais.

À professora Ricardina e à professora Conceição, porque existem anjos que se cruzam nas nossas vidas e orientam sempre os nossos caminhos.

À professora Dulce Várzea e a Dr^a Maria Costa Neves, pela orientação da monografia. Aos restantes professores pela formação como pessoa.

Ao CIM, em especial à Dr^a Aurora Simón, pela colaboração na pesquisa da temática.

Índice	
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Evolução da relação de proximidade com a comunidade	9
A Farmácia na atualidade	11
Doença crónica	16
Diabetes Mellitus	18
O contributo do farmacêutico na vida do doente crónico	22
A importância das novas tecnologias na interação com o utente	29
Perspetivas futuras	32
Conclusões	34
Bibliografia	36

Resumo

O papel do farmacêutico tem uma grande importância na evolução do conceito de farmácia, tal como podemos constatar na atualidade. Com esta nova mudança a farmácia passou a interagir mais com a comunidade, sendo esta um espaço dedicado à saúde do utente. O contributo do farmacêutico assume um papel fundamental e são estabelecidas relações de proximidade, que assentam no aconselhamento, no ensino, no tratamento que foi instituído e na criação de estratégias que garantam a sua efetividade. O desafio ainda se torna mais elevado quando se aborda o doente crónico, uma vez que a interação se mantém constante ao longo da vida do utente. Aborda-se a Diabetes nesta temática, pois é uma patologia com a qual o farmacêutico comunitário consegue ter abordagem contínua ao longo da doença, e é aqui que este se diferencia dos outros profissionais, pois não se limita apenas à dispensa do medicamento. A adoção por parte do farmacêutico de intervenções múltiplas e multidisciplinares, que respeitem a singularidade do doente, permite um maior controlo de problemas de saúde. A farmácia da atualidade acompanhou o avanço das novas tecnologias, permitindo uma maior proximidade e acessibilidade a todas as faixas etárias. Estas são também utilizadas para um melhor controlo e uma melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Palavras-Chave: Farmacêutico, Proximidade, Doente Crónico, Diabetes, Novas Tecnologias.

Abstract

Nowadays, the role of a Pharmacist has a great importance on the evolution of a pharmacy. With this new mindset the pharmacy becomes to interact more with the communities and a new dedicate healthcare space arises to the patients. The contribution of a Pharmacist is fundamental to establish deep relations, where support and education on any treatment are key to get the desire success. The challenge is more serious when we have a chronic patient, as his support should be maintained through is entire future life. In this work we deal with Diabetes as it is a pathology which a Pharmacist has a continuous relation with the patient all over the disease and is here , he becomes different from the other healthcare professionals, because his work will not finish when sell the medicine. Actually the Pharmacist adopt several and multidiscipline interventions which permits (him) to have a better control on healthcare problems. Today's pharmacy follows the advance of new technologies, giving a better proximity and accessibility to all generations. Those are also used to have more control and to give a better quality of life to the patient.

Key Words: Pharmacist, Proximity, Chronic Patient, Diabetes, New Technologies.

Introdução

Ao longo dos tempos, o farmacêutico demonstrou ter um lugar de destaque nas civilizações. É neste profissional que a população procura aconselhamento em primeiro lugar. Assim, evoluiu a relação de confiança utente – farmacêutico, bem como o conceito de proximidade com a população.

A proximidade com o doente tem a ver com a relação de confiança que se cria com o mesmo. Esta relação faz com que o farmacêutico consiga intervir ativamente na doença do utente, através de controlo da medicação, de dicas para a melhora da qualidade de vida e seguimento deste mesmo doente. Este conceito não é novo, mas encontra-se em constante renovação. Por este motivo, torna-se essencial arranjar novos métodos para que o utente sinta-se cada vez mais próximo da farmácia.

Se interessa que esta relação evolua, cabe à farmácia fazer-se tornar uma mais-valia na vida do utente. Um aliado que se encontra geograficamente bem distribuído, com um horário alargado e flexível, conveniente à população e ainda com uma oferta de serviços extra farmácia, como nutricionistas, fisioterapeutas ou podologistas, concentrados naquele espaço de saúde cuja função primordial é a dispensa de medicamentos.

Esta filosofia de proximidade é focada no utente que utiliza a farmácia como o seu espaço de saúde habitual, sendo que o público-alvo acaba por ser, principalmente, o doente crónico, devido à durabilidade da sua doença e ao consumo constante e progressivo de medicamentos.

Em Portugal, estima-se que cerca de 40-45% do total das doenças, sejam consideradas crónicas. Cerca de 50% dos cidadãos portugueses tem uma doença crónica e 25% tem mais de uma doença deste foro. Por este motivo, estes tornam-se alvo de atenção para o Ministério da Saúde, Infarmed e das farmácias (PNS, 2012).

Devido à sua condição, encontra-se inerente um desgaste a nível físico e emocional, afetando a qualidade de vida destes e dos prestadores de cuidados de saúde. Em 2010, os gastos médios das famílias nas farmácias rondavam os 32,4% dos seus rendimentos; uma vez que constituem uma parte bastante considerável do orçamento familiar, é essencial ter em destaque este tipo de doentes (Queiróz, 2011).

De entre todas as doenças de foro crónico, a Diabetes Mellitus foi sem dúvida a que despertou maior interesse, uma vez que as abordagens são constantes no dia-a-dia

do farmacêutico e é claramente visível a importância da intervenção do mesmo, na vida destes doentes. Assim, a pertinência de abordar esta temática.

A Diabetes é uma doença de foro crónico, que afeta bastante a população mundial. De acordo com a OMS define-se como sendo uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas deixa de produzir insulina suficiente ou quando é o próprio organismo humano que não consegue utilizar a insulina produzida. Como consequência desta incapacidade, a concentração de glicose no sangue aumenta para valores fora do padrão. Estima-se que cerca de 347 milhões de pessoas no mundo sofram desta patologia (WHO, 2014).

Por este motivo torna-se relevante abordá-la, já que também se consegue ter uma grande perceção dos danos desta doença na farmácia comunitária e quais as janelas de oportunidade de intervenção do farmacêutico. Não só na dispensa dos medicamentos e respetiva explicação dos mesmos, bem como no ensino da utilização dos medidores de glicémia e das injeções de insulina e ainda na inserção de equipas multidisciplinares no espaço da farmácia (WHO, 2014).

Para que esta relação possa evoluir, torna-se necessário criar novos mecanismos. Cabe ao farmacêutico servir-se de ferramentas como as tecnologias da informação, fazendo assim com que a farmácia quebre as barreiras físicas e seja esta mesma a ir ao encontro do doente e não o contrário, como era outrora.

Na sequência desta evolução devem surgir conceitos como o **farmacêutico de família**, que até à data é praticamente inexistente. Torna-se ainda imperativo a criação de novos meios de subsistência para a farmácia, como a criação de protocolos com entidades diversas, fazendo assim com que se consiga angariar novos clientes e estabelecer ainda mais relações de proximidade.

Evolução da relação de proximidade com a comunidade _____

No período da pré-história, a distinção entre doença e sintoma era nula. Existia uma conceção mágico-religiosa da doença. Por este motivo, o mágico ou feiticeiro era fulcral nestas civilizações, pois mediava as conversas entre os chefes e o resto da tribo, exercendo funções de destaque, como a administração de medicamentos, e ainda conhecia as formulações mágicas (Pita, 2000).

No antigo Egipto, a saúde estava associada a uma componente divina, por isso doenças encaradas como um castigo face aos pecados cometidos. Existiam então os sacerdotes, que eram intermediários da vontade dos Deuses. Relativamente às atividades médicas, distinguiram-se os sacerdotes, os médicos não religiosos e os magos, associados às práticas sobrenaturais (Pita, 2000).

Nesta altura surgem papiros com informações bastante relevantes, quer a nível de medicamentos quer a nível de procedimentos médicos, imprescindíveis para um melhor entendimento da relação entre a doença e cura (Pita, 2000).

Nos tempos da antiguidade clássica, na Grécia, inicia-se a medicina racional, baseada nos factos concretos e reais. No entanto, continua-se a associar a religião, daí existir o culto a vários deuses (Pita, 2000; Dias, 2005).

Para os gregos, o médico e o farmacêutico eram sinónimos. Existiam ainda outras profissões dentro do ramo da farmácia que auxiliavam o médico na sua atividade (Pita, 2000).

Também em Roma, não havia a diferenciação entre o médico e o farmacêutico, por este motivo, tornou-se vulgar alguns médicos abrirem espaços para desempenharem ambas as funções (Pita, 2000).

Em Portugal, começam a surgir os boticários e no ano de 1338 as profissões médica e farmacêutica são definitivamente separadas, devido a um diploma cujo conteúdo se resume à examinação de todos aqueles que prestavam cuidados de saúde – médicos, cirurgiões e boticários – pelos médicos do rei (Pita, 2000; Dias, 2005).

Surgem em 1521 diplomas, como o Regimento do Físico-Mor do Reino, que indicam que tanto a propriedade da farmácia como a comercialização e produção de medicamentos eram da responsabilidade do boticário. A função do boticário, posteriormente farmacêutico, era a execução das prescrições enviadas por parte dos

médicos, sendo que a relação de proximidade com o utente era praticamente inexistente (Fonseca, 1935 e Pita, n.d.).

Estas funções desempenhadas pelo farmacêutico foram-se mantendo nos mesmos moldes até à época da 1ª Guerra Mundial. A partir daqui deu-se a industrialização do medicamento e cada vez mais as prescrições das fórmulas magistrais por parte dos médicos passam a dar lugar a um nome comercial, correspondente à fórmula outrora prescrita.

Como o Decreto-Lei nº 17636/1929, a profissão farmacêutica passa a ser regulamentada. Este profissional passa a ter como responsabilidade a preparação de medicamentos, a dispensa das prescrições médicas e ainda a venda de medicamentos à população.

A relação de proximidade com o utente foi-se mantendo inexistente e do mesmo modo desde que a profissão médica e farmacêutica foram separadas. Surge a necessidade de inverter esta situação no final dos anos 70: deixa-se de ter como preocupação central o medicamento e passa a ser o utente através da sua problemática. Por este motivo passa-se a ter em conta o bem-estar deste último, usando como ferramenta o aconselhamento por parte do farmacêutico (Pita, 2010a).

Com esta nova mudança a farmácia passou a interagir muito mais com a comunidade e a ser um espaço dedicado à própria saúde do utente. Em 1990 surge o conceito de Atenção Farmacêutica pela 1ª vez desenvolvido por Hepler e Strand, sendo que só em 1993 de acordo com a Declaração de Tóquio é que este foi aceite. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, **a atenção farmacêutica** define-se como *“conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspetiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”* (WHO, 1994; hepler & strand, 1999).

Este conceito de atenção é aplicado nos dias de hoje na vertente de uma relação de proximidade.

A Farmácia na atualidade _____

Em Portugal, as farmácias são o primeiro recurso da população quando existe uma falha na saúde. Como já foi referido anteriormente, estas estão cada vez mais acessíveis geograficamente e praticam horários alargados em prol da comunidade e do conforto dos que fazem parte desta.

O serviço prestado pelo farmacêutico e pelo restante pessoal da farmácia deve ser de excelência. Por este motivo aposta-se em pessoal qualificado e polivalente, trazendo mais-valias ao atendimento que se oferece ao utente.

Hoje em dia o trabalho numa farmácia acaba por ter uma missão social muito forte. Nestes espaços educam-se os utentes para uma saúde melhor, compreendendo muitas vezes as falhas económicas das famílias e as falhas do sistema de saúde em garantir as receitas no tempo adequado aos doentes. Por este motivo o farmacêutico torna-se um parceiro na vida do utente (Aguiar, 2009).

A partir de 2007, o papel na saúde do farmacêutico passou a ser mais amplo devido ao alargamento das suas funções com novos serviços farmacêuticos como o apoio domiciliário, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos injetáveis e de vacinas extra plano nacional de vacinação, sendo que estes serviços são também uma mais valia não só para a farmácia, financeiramente, mas acima de tudo para o utente (Pita, 2010b).

Existem associações farmacêuticas que auxiliam as farmácias, tais como a Associação Nacional de Farmácias (ANF). Esta conta com 97% das farmácias portuguesas como membros associados, cujo objetivo é defender os interesses dos proprietários de farmácia. Para que isso seja possível, tem que se satisfazer os utentes que se deslocam até às farmácias associadas. A ANF cria então estratégias para melhorar a qualidade e a credibilidade das mesmas, dispensando informação gratuita ao doente e criando atividades que dinamizem o profissionalismo dos que trabalham naqueles espaços de saúde, de modo a conseguir fidelizar o cliente à farmácia (ANF, n. d.).

Os seus associados têm, portanto, ao dispor do utente dois tipos de serviços – **os essenciais e os diferenciados:**

1. Serviços Essenciais

Serviços existentes em todas as farmácias pertencentes a esta associação, que embora sejam iguais às demais farmácias, se forem trabalhados de modo entusiasta, podem ser uma mais-valia para a farmácia, conseguindo que a relação de proximidade com os utentes evolua, pois sabem que ali existe um serviço de excelência. São eles (ANF, 2008a):

1.1 Dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde: Esta tarefa é desempenhada com base nas receitas que os doentes levam ou no aconselhamento que por eles é pedido. O farmacêutico presta informação sobre os produtos, reforça o conhecimento dos utentes - questionando o doente acerca de como faz o medicamento, se sabe para que o faz, durante quanto tempo o deverá fazer, os cuidados a ter durante o período em que realiza a medicação e quais os efeitos adversos associados - promove a utilização correta e segura dos mesmos, sensibilizando, ainda, para uma prevenção relativa ao desperdício. Embora seja um serviço comum, se este for bem desempenhado e com a atenção devida ao utente, vai fazer com que se crie uma relação de proximidade.

1.2 Serviço Informação Saúde (I-Saúde): disponibilização de informação gratuita sobre diversos temas dentro do ramo da saúde, escritos com uma linguagem adequada à população e com informação simples e clara, normalmente adequados à época do ano em que se encontram. Para além de se encontrarem disponíveis para toda a população que se dirija à farmácia, muitas vezes é adequado como complemento para os doentes que usufruem do serviço Checksaúde.

1.3 Campanhas de promoção da saúde e prevenção da doença: Estas iniciativas são essenciais para despistar doentes de risco e sinalizar novos doentes. Também é importante para fazer vigilância de doentes que já fazem terapêutica relacionada com o seu problema de saúde e para identificar situações relacionadas com a mesma. Com esta última tarefa, consegue-se atuar mais ao nível do seguimento farmacoterapêutico, que também é uma tarefa de bastante importância na relação de proximidade.

1.4 Ensino do uso correto de dispositivos terapêuticos/dispositivos de autovigilância: Este serviço é bastante direcionado para os doentes crónicos. Tanto para os que sofrem de doenças de foro respiratório, uma vez que têm de recorrer a bombas e a inaladores, e também para os diabéticos, devido à

necessidade de explicar como funcionam os medidores de glicémia e como é feita a administração da insulina. Com este serviço conseguem-se detetar muitas doenças que se encontram descontroladas pois a terapêutica está a ser mal administrada. Este serviço de proximidade pode ajudar os utentes a terem melhores resultados e a diminuir a incidência de crises e de hospitalizações;

1.5 Serviço CheckSaúde: além das medições por parâmetros bioquímicos (glicémia, colesterol total e triglicéridos), também se faz a medição do peso, altura, perímetro abdominal e tensão arterial. Face aos valores apreendidos com estas medições e aos valores padrão, faz-se um aconselhamento ao doente relativo a medidas não farmacológicas que possam controlar os valores por ele apresentados. Tal como nas campanhas, nos doentes crónicos, permite-nos através dos parâmetros bioquímicos entender se a doença do utente se encontra controlada e se a medicação está a fazer o efeito desejado;

1.6 Avaliação de Fatores de Risco: Avaliação de fatores como o risco cardiovascular, através da medição de valores como a tensão arterial e colesterol, tendo em conta a idade, o género, o sedentarismo e o tabagismo, e também ao grau de dependência tabágica, através da resposta a um questionário. Face aos valores apresentados e às respostas ao mesmo, o farmacêutico presta um aconselhamento com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente. Este aconselhamento pode também ser feito tendo em vista outros serviços da farmácia diferenciados, como as consultas de cessão tabágica e nutrição, potenciando assim o conceito de proximidade, não só no problema específico de saúde mas também numa promoção de um estilo de vida saudável.

1.7 Recolha de Radiografias: campanhas realizadas na farmácia em parceria com a AMI na recolha de radiografias destinadas à reciclagem e cujo lucro reverte a favor de campanhas humanitárias. Embora este serviço não traga lucro direto à farmácia, faz com que os utentes se desloquem à farmácia e acabem por levar outros produtos (receitas ou não);

1.8 Valormed: recolha de medicamentos fora de validade ou que já não são utilizados, para incineração, blisteres, folhetos informativos e cartonagem para reciclagem; o objetivo é promover o uso racional dos medicamentos e prevenção de danos ambientais. Com este tipo de ações conseguimos ter um maior controlo dos problemas relacionados com medicamentos, pois não há o risco dos doentes fazerem medicação do que já não utilizam se não a tiverem em casa;

2. Serviços diferenciados (ANF, 2008b)

Este tipo de serviços varia de farmácia para farmácia uma vez que são de carácter opcional. Acabam por ser mais-valias para o doente pois permite o acesso de equipas multidisciplinares num só local. Com este tipo de serviços, o farmacêutico pode intervir diretamente na gestão da terapêutica do doente. Para tal, organiza-se a medicação com horários para as respetivas tomas, explicam-se pormenores da mesma e avalia-se a progressão da sua condição em visitas programadas à farmácia, através de exames complementares de diagnóstico, relatórios médicos e atualizações da medicação. Com isto, oferece-se então um **serviço de seguimento farmacoterapêutico** onde se torna inerente uma evolução da relação de proximidade entre a farmácia e o doente.

Como já foi referido, consegue-se então oferecer consultas com outros tipos de profissionais que conseguem auxiliar o doente na sua questão de saúde, tais como pedologista, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros.

A ANF permite ainda aos seus associados terem um programa associado; o **“Farmácias Portuguesas”**. Este tem como grande objetivo fidelizar os clientes, através da atribuição de pontos que posteriormente podem ser trocados por produtos. O funcionamento deste programa consiste na apresentação do cartão no ato de compra; por cada compra em medicamentos sujeitos a receita médica acima de 3€, o utente recebe 1 ponto, independentemente do número de produtos. Se for em dispositivos médicos ou medicamentos não sujeitos a receita médica, o utente recebe 1 ponto por cada euro gasto. Estes pontos têm a validade de um ano. Posteriormente, o doente pode trocar os pontos acumulados, como já foi referido, por serviços farmacêuticos ou produtos, que se encontrem no catálogo das “Farmácias Portuguesas”. Este método de trabalho é visto como um serviço de proximidade uma vez que o utente acaba por levar os produtos de um modo gratuito. Por este motivo, muitos utentes preferem ir a farmácia que tenham este serviço do que ir às demais (ANF, n. d.).

Surgiu recentemente, associado ao cartão Farmácias Portuguesas, o **Plano Mais Saúde**. Este serviço trata-se de um plano de saúde que inclui serviços de saúde tais como check-up anual, consultas de especialidade, exames de diagnóstico, cirurgias e internamentos, acesso ao serviço Farmácias Portuguesas, serviço de enfermagem e ainda a possibilidade de serviços de saúde ao domicílio durante todos os dias do ano. Estes serviços são praticados com preços competitivos e com acesso a uma rede de cuidados de saúde especializados (Plano Saúde +, n. d.).

Estes são vantajosos tanto para o utente, que pode usufruir dos mais variados serviços de saúde por preços mais reduzidos, bem como para a farmácia que ao angariar utentes também vende os seus, que estão incluídos no plano. Assim também se promove a proximidade da comunidade à farmácia pois aumenta o acesso a serviços prestados por este espaço de saúde, nomeadamente o farmacêutico ao domicílio (Ordem dos Farmacêuticos, 2014).

A aliança entre as farmácias e a ANF, através desta oferta, contribui para uma imagem mais apelativa das farmácias. Estes serviços são de grande importância, uma vez que a sua subsistência depende destes “extras”, tendo em conta que cada vez mais, as percentagens de comparticipação são cada vez mais baixas e as margens de lucro que as farmácias obtêm com as vendas dos medicamentos, são cada vez mais apertadas.

Em suma, todas as estratégias desenvolvidas ao longo destes últimos anos têm contribuído para uma imagem de confiança da farmácia por parte do utente. Com isto, o papel da farmácia é cada vez mais relevante no quotidiano do utente, que por sua vez irá refletir-se num conceito de proximidade mais forte e sólido.

Quando falamos em doentes com patologias de foro crónico, esta relação de confiança farmacêutico-utente é mais visível, devido à condição inerente à mesma, bem como a todas co-morbilidades que estão associadas a estas doenças e que o farmacêutico tem capacidade para intervir ativamente e precocemente.

Doença crónica _____

De acordo com a OMS, define-se Doença Crónica como *uma patologia de longa duração e cuja progressão é lenta*. Contudo, o Plano Nacional de Saúde define-a de acordo com a apresentação de pelo menos uma das seguintes características: *seja permanente, produza incapacidade/deficiência residual, seja causada por alterações patológicas irreversíveis, que exija uma formação especial do doente para a sua reabilitação ou que possa exigir longos períodos de tempo de supervisão, observação e cuidados* (WHO, 2014; PNS, 2012).

Esta caracterização é suportada legalmente pelo Decreto-Lei nº 54/92 de 11 Abril, Portaria nº 346/96, do Ministério da Saúde, de 8 de Agosto, pelo Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, nº 407/98, de 18 de Junho e ainda pelo Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, nº 861/99, de 10 de Setembro, conferindo assim um estatuto jurídico ao doente (PNS, 2012).

De acordo com um estudo realizado em 2005 acerca da prevalência das doenças crónicas em Portugal Continental, conclui-se que a Hipertensão Arterial (HTA) é a doença crónica com maior prevalência no nosso país, afetando cerca de 18,2 % da população inquirida, principalmente mulheres com idade superior a 75 anos. Regionalmente, verificam-se mais casos desta patologia no Alentejo (19%) (Branco, Nogueira & Contreiras, 2005).

Para além da HTA, verifica-se, ainda, que autodeclaradas doenças crónicas como a Diabetes (5,3%) - não diferenciando o tipo desta patologia -, Asma e Bronquite Asmática (8,6%), Doenças de foro oncológico (2,2%), Doenças da tiroide (3,8%), Alzheimer (0,1%), Doença Bipolar (0,4%), Parkinson (0,3%), Doença de Chron (0,3%), Refluxo Gastro-Esofágico (34,7%) - sendo que esta determinação foi através da referenciação de pelo menos um dos sintomas desta patologia, “ardor/queimadura” -, psoríase (1,8%) e obesidade (7,6%) - com base no Índice de Massa Corporal dos inquiridos. Para além destas doenças, existem muitas mais, mas estas têm documentação que comprova a sua prevalência (Branco, Nogueira & Contreiras, 2005).

Este tipo de doenças leva a necessidades específicas por parte do doente. Uma vez que a sua duração é longa, o consumo de medicamentos irá manter-se ao longo da vida, por isso é imperativo que a “compliance” (adesão do doente à prescrição do seu médico) seja alta. Por este motivo é necessário que exista compreensão por parte do

doente para saber qual o efeito do medicamento e motivação para aderir à terapêutica (Ackermann, Williams & Freeman, 2010).

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2009, cerca de 18% da população tem idade superior a 65 anos. Trata-se de população envelhecida, que tem propensão para desenvolver mais do que uma patologia. Estes tornam-se doentes polimedicados, o que leva a um desenvolvimento mais acentuado de problemas relacionados com medicamentos (Queiróz, 2011).

Nestes casos, é essencial que exista revisão da terapêutica, principalmente em doentes com idade superior aos 75 anos, tal como já foi indicado anteriormente (Wagner, 2000).

Como já foi referido, em 2010, os gastos médios das famílias em farmácias eram cerca de 32,4% dos seus rendimentos e que 37,4% eram gastos em ambulatórios do sector privado. Se a doença estiver controlada, é possível que a progressão da mesma estagne. Uma redução dos problemas relacionados com medicamentos leva a que o número de hospitalizações devido à sua condição diminua (Queiróz, 2011).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) aponta para que, caso não se interaja nesta problemática da cronicidade das doenças, estas irão ocupar 80% do orçamento disponível para a saúde. Cabe então investir para que se possa obter maiores ganhos em saúde, através de sistemas de proximidade com equipas multidisciplinares (George & Gomes, 2011).

O farmacêutico, recorrendo à medicina baseada na evidência, pode ajudar este grupo de pacientes, através da diminuição de indicadores como a morbilidade, mortalidade e ainda na diminuição dos custos em saúde (Henry et All., 2013).

Uma vez que existem várias doenças de origem crónica, escolheu-se, então, uma de grande destaque no panorama nacional, de modo a entender quais as necessidades do doente enquanto utente e em que moldes é que o farmacêutico pode intervir na farmácia comunitária. Por este motivo escolheu-se a Diabetes Mellitus, pois diariamente o farmacêutico consegue ter contacto com pessoas afetadas por esta patologia.

Diabetes Mellitus

Existem cerca de 347 milhões de diabéticos a nível mundial. Este número, tendo em conta fatores como hábitos alimentares descontrolados, que levam a imensos casos de excesso de peso e de obesidade (cada vez em faixas etárias mais novas), vida sedentária e cheia de stress, tem tendência para aumentar, perspetivando-se que em 2025 este número aumente para cerca de 380 milhões. De acordo com a OMS, anualmente, mais de 1 milhão de pessoas morre da diabetes, sendo 80% em países em desenvolvimento (Banco Espírito Santo (BES) – Centro de Estudos de avaliação em Saúde (CEFAR), 2009; OMS, 2009; Observatório Nacional da Diabetes - 2014).

Em Portugal, de acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2012), a prevalência da diabetes numa população entre os 20 e os 79 é de 12.9%, o que corresponde aproximadamente a 500.000 diabéticos (Banco Espírito Santo (BES) – Centro de Estudos de avaliação em Saúde (CEFAR), 2009).

A diabetes resulta da deficiente produção de insulina por parte do pâncreas ou por resistência à mesma. Também Lisboa e Duarte tentaram definir a diabetes como a *existência de uma hiperglicemia crónica responsável pelo aparecimento das lesões dos “órgãos alvo”*. A hiperglicemia resulta de uma deficiente insulino-secreção relativa ou absoluta, associada a graus variáveis de insulino-resistência, que leva, não só à perturbação do metabolismo glucídico, como também dos lípidos e proteínas (Azevedo, 2002; Lisboa e Duarte, 2002).

Os critérios de diagnóstico da DM são bioquímicos com base em determinados valores da glicémia, quer estejam presentes ou não os sintomas relacionados com a insulinopénia (poliúria, polidipsia, anorexia, visão turva, emagrecimento – devido a um aumento da degradação e também da síntese das proteínas - em situações mais graves, cetoacidose ou coma hiperosmolar). No momento do diagnóstico os sintomas podem ser moderados ou ausentes, o que leva a que antes de ser feito o diagnóstico já se observem alterações funcionais e estruturais causadas pela hiperglicemia. Por este motivo pode dar-se um aumento excessivo do consumo de líquidos, devido ao facto do doente se encontrar sempre com sede e desidratado, e o aumento da diurese, como já foi referido (Grupo de Estudo da Diabetes Mellitus – Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 1999).

Inicialmente a diabetes classificava-se de acordo com as necessidades de insulina dos doentes - Diabetes Mellitus insulino dependente (DMID) e de Diabetes Mellitus não-insulino dependente (DMNID), tendo sido esta classificação aceite pela Organização

Mundial de Saúde (Cassmeyer, 1995). Posteriormente, em 2002, a Direção Geral de Saúde adota uma nova classificação:

- **Diabetes tipo 1** – *Resulta da destruição das células β do pâncreas, com insulinopenia absoluta. Esta destruição pode resultar de um mecanismo autoimune, diabetes tipo 1 Autoimune, embora em alguns casos não seja possível documentar a existência do processo imune e não sendo reconhecida à data outra causa, denomina-se diabetes tipo 1 Idiopática.* A insulinoterapia é indispensável para assegurar a sobrevivência. Ocorre em qualquer idade, mas a maioria dos casos é detetada em pessoas com menos de 30 anos, com um pico de incidência entre 10-12 anos no sexo feminino e 12-14 anos no masculino.
- **Diabetes tipo 2** – *Forma mais frequente de diabetes, ocorre frequentemente por insulinoresistência, com insulinopenia relativa, ou por um defeito secretor predominante, coexistindo, frequentemente, ambas as alterações.* Aparece em doentes numa faixa etária superior, por volta dos 40 anos, normalmente em doentes com excesso de peso ou obesos. O tratamento está muito associado, numa fase inicial, à prática saudável de exercício físico e ao controlo da alimentação.
- **Diabetes Gestacional** – *Define-se pela existência de uma Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO), com resultados superiores ao valor de referência, documentada pela primeira vez durante a gravidez.* Na gravidez normal, as hormonas produzidas a nível placentário interferem com a ação da insulina, em cerca de 2 a 5% das gestantes a necessidade de aumento de produção de insulina, pelas células β do pâncreas, não consegue ser satisfeito.
- **Outros tipos específicos de Diabetes** – *Situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como doença pancreática, síndromes hormonais, drogas que interferem na secreção ou inibem a ação da insulina, entre outros.*

O impacto emocional e social da doença e das exigências que o seu tratamento impõe, podem implicar, quer para o doente, quer para a sua família, alterações psicossociais que podem ser significativas (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003).

A componente emocional desta doença destaca-se na vida dos doentes, de acordo com Rubin e Peyrot (2001), tal realidade é reconhecida há décadas. As exigências do dia-a-dia na vivência e gestão da diabetes podem aumentar o stress, resultando em

risco mais elevado de perturbações psicopatológicas, como é o caso da depressão ou da ansiedade que, por sua vez, podem comprometer a própria gestão e controlo metabólico, intensificando o risco de aparecimento e progressão de complicações.

A emoção é explorada a partir da primeira ida à farmácia após o diagnóstico da doença, uma vez que o doente tem de se capacitar das mudanças que vão ocorrer na sua vida. Muitas vezes estes doentes, entendem que as medições são momentos de autoflagelo, e é neste tipo de mentalidades que o farmacêutico tem de intervir, levando-os a aceitar a sua condição sem que tal condicione o seu dia-a-dia.

São várias as complicações que podem surgir a longo prazo na DM, nomeadamente: retinopatia com potencial perda de visão; nefropatia que pode conduzir a falência renal; neuropatia periférica com risco de ocorrência de úlceras nos pés e evolução possível para amputação, não só de partes do pé como do membro inferior; neuropatia autonómica causando sintomas gástricos, genitourinários - doentes que tendencialmente desenvolvem muitas infeções urinárias, cardiovasculares e disfunção sexual. Para além disso, os diabéticos têm uma incidência aumentada de doença arteriosclerótica cardiovascular, vascular periférica e cérebro-vascular, sendo frequente encontrar doentes com hipertensão arterial. É essencial um controlo rigoroso na alimentação do doente e nos níveis de glicose, pois as complicações podem ser trágicas na vida do doente (Grupo de Estudo da Diabetes Mellitus – Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 1999; Rang, Dale et al, 2007).

De acordo com a American Diabetes Association (ADA), para uma maior prevenção do aparecimento de complicações relacionadas com a diabetes, as “guidelines” estabelecem que: a hemoglobina glicada (HA1c) apresente valores inferiores a 7%; a tensão arterial apresente valores inferiores a 130/80 mmHg; as proteínas de baixa densidade do colesterol (LDL) estejam no limite a 100 mg/dl, aconselhando-se a cessação tabágica caso o doente tenha esse hábito, uma vez que o tabagismo impede a cicatrização das úlceras, o que pode levar a uma possível amputação. Também se recomenda que estes doentes sejam vacinados preventivamente contra a gripe e pneumonia, pois o seu sistema imunitário encontra-se mais fragilizado e têm maior propensão para o desenvolvimento de infeções (Henry et. All , 2013).

Para o tratamento desta patologia recorre-se à utilização de insulina, antidiabéticos orais (ADO) ou terapêutica mista, no caso da DM tipo 2 quando os ADO são insuficientes (Rang, Dale et al, 2007; Neves, 2014).

Dentro da classe de ADO e consoante o seu mecanismo de ação, temos seis classes distintas em Portugal. São elas: (Rang, Dale et al, 2007; Neves, 2014)

1. **Sulfonilureias**, como glimepirida, glibenclámicida, glicazida e glipizida, que são secretagogos de insulina;
2. **Meglitinidas**, com a molécula nateglinida, também secretagogos de insulina;
3. **Biguanidas**, como a metformina, que assume um papel de sensibilizador da insulina;
4. **Tiazolidinedionas**, com a pioglitazona, igualmente sensibilizador da insulina;
5. **Inibidores da α -glucosidases**, com a acarbose, que fazem a inibição da absorção de glicose
6. **Inibidores da dipeptil peptidase-4 (iDPP-4)**, com as moléculas sitagliptina, vildagliptina e saxagliptina, que são moduladores das incretinas.

Para que a qualidade de vida dos doentes que sofram de diabetes melhore é essencial que estes aprendam a lidar com as limitações da doença.

Doentes do foro crónico merecem uma atenção redobrada, é necessário intervir na educação e prevenção de complicações desde que se detete a mesma, para que a sua qualidade de vida melhore. Assim, é essencial que o farmacêutico intervenha junto a esta população sensibilizando-a para a importância de fazer um uso correto da medicação, alertando-a para a possibilidade de interações medicamentosas e explicando o modo de utilização dos aparelhos de medição de glicémia.

O contributo do farmacêutico na vida do doente crónico _____

O farmacêutico, para além da sua atenção com a saúde do público em geral, tem que redobrar a mesma com o doente crónico, pois este necessita de uma intervenção diferenciada. Este profissional detém conhecimentos patológicos (causa, características, tratamento, entre outras), bem como, de todas as co-morbilidades associadas à sua patologia (Liber, 2009).

Segundo outros autores, o farmacêutico desempenha um papel fundamental para a melhoria da qualidade de vida do doente de foro crónico. Como já foi referido anteriormente, para que exista uma maior taxa de sucesso no tratamento do doente é necessário que este tenha uma “compliance” alta, de modo a motivá-lo, em conjunto com a equipa de saúde, de forma a garantir o sucesso (Ackerman, Williams & Freeman, 2010).

Cada vez mais são implementados conceitos como “cuidados farmacêuticos”, atos que sucedem à dispensa do medicamento de modo a melhorar a qualidade de vida do paciente. Esta melhoria é avaliada por diversos fatores, tais como: a eliminação, redução dos sintomas, estabilização da doença e a prevenção da sintomatologia associada.

No tratamento das doenças crónicas, uma boa intervenção deriva dos cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares que se coordenam harmoniosamente, onde o farmacêutico também têm um papel ativo (Wagner, 2000).

Assim, para que exista uma boa adesão à terapêutica é essencial que o doente compreenda o que está a fazer e qual o objetivo. É neste campo que o farmacêutico tem um papel ativo na vida do doente crónico, alertando-o para todos os prós e contras de modo a facilitar a sua existência.

O papel do farmacêutico assenta numa premissa fundamental, que é o aconselhamento, este consiste no processo individualizado de escuta ativa centrado no doente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores (Silva, Naves & Vidal, 2008).

Segundo as mesmas autoras, é um processo de troca de informação entre doente e farmacêutico, em que este último orienta o primeiro sobre aspetos de cuidados de saúde e uso dos seus medicamentos. Sendo um processo interativo e bidirecional os participantes são convidados a dar respostas e a solicitar informações adicionais, se assim o desejarem. Esta atividade traz grandes benefícios aos doentes e proporciona

maior reconhecimento ao farmacêutico, assim o doente torna-se capaz de reconhecer a necessidade dos medicamentos para a manutenção da sua saúde e bem estar. Além disso, fortalece o relacionamento entre o profissional de saúde-doente, o que proporciona uma atmosfera de confiança com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento (Silva, Naves & Vidal, 2008).

No entanto, quando falamos de aconselhamento não podemos deixar de referir concordância. Este novo conceito visa a transmissão de informação entre farmacêutico-doente, em que o papel do farmacêutico é apoiar o indivíduo na construção do seu próprio conhecimento e de atitudes com vista ao uso dos seus medicamentos. O doente deve ser considerado como um conhecedor da sua própria doença, bem como, dos seus medicamentos, ou seja, o profissional de saúde tem o dever de responsabilizar o doente pelas suas próprias ações (Marin, Luiza, Osório-de-Castro & Machado-dos-Santos, 2003).

Segundo Vaidya (2005), na International Pharmaceutical Students Federations, International Pharmaceutical Federations, são diversos os benefícios do aconselhamento:

- **Benefícios do doente:** *Torna-se capaz de tomar decisões apropriadas sobre o seu regime terapêutico de medicamentos prescritos e não prescritos; Entende a utilidade dos medicamentos para manter ou promover o seu bem-estar; Compreende as orientações para lidar com os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas; e torna-se mais informado e participativo no tratamento da sua doença e do seu auto-cuidado.*
- **Benefícios para o farmacêutico:** *Satisfação por servir o doente e contribuir para o seu bem estar; Satisfação por cumprir plenamente a sua obrigação profissional; e melhora a confiança do doente nos serviços prestados.*

Hoje em dia já existem recursos para melhorar o aconselhamento, estes tornam-se bastantes úteis quando bem utilizados. Para alcançar melhores resultados no aconselhamento recomenda-se combinar informação oral e escrita. Os folhetos informativos, contidos nas embalagens dos medicamentos, deveriam ser o recurso mais utilizado pelos doentes, no entanto, muitas vezes são incompreensíveis pelo público em geral, assim cabe ao farmacêutico criar estratégias apropriadas a cada situação (Naves, Merchan-Hammann & Silver, 2005).

A forma mais comum de aconselhamento consiste na verbalização e no fornecimento de folhetos informativos acerca das várias doenças crónicas, facultados por

farmacêuticos, associações de doentes, ANF, etc, de modo a esclarecer o doente, ou o seu prestador de cuidados sobre a sua condição e sobre as possíveis alterações do seu estilo de vida. Para que o aconselhamento seja mais eficaz, apesar de toda a informação escrita que se possa proporcionar ao doente, pode-se ainda utilizar, material audiovisual e/ou material fornecido pelos laboratórios farmacêuticos - calendários para apontar as tomas e caixas para organizar a medicação (Palain, Prabhu & Shankar, 2006).

De acordo com “guidelines” relativamente ao referido tema, quando se fala com o doente é necessário abordar tópicos como o nome do medicamento e a sua substância ativa, dosagem, via de administração, indicações e precauções especiais, efeitos adversos comuns, interações terapêuticas - caso estas ocorram, como proceder, técnicas para controlar melhor a terapêutica, “stock” adequado a ter em casa para que não falte a medicação e indicar quanto tempo antes o doente deve pedir ao médico mais receitas e, ainda, caso salte uma toma, como proceder (Palain, Prabhu & Shankar, 2006).

Tendo em conta a Farmacopeia Americana, este tipo de ato farmacêutico divide-se em 4 fases distintas: (Palain, Prabhu & Shankar, 2006)

- **Fase I:** Aquando da dispensa de medicamentos, fornecer informações mais básicas acerca da utilização segura e eficaz da medicação;
- **Fase II:** Informação mais detalhada sobre a medicação, através das questões colocadas pelo doente;
- **Fase III:** Educação do doente para a medicação aconselhada. Aqui, o farmacêutico colabora com o doente através da comunicação verbal a propósito do uso adequado dos medicamentos, numa perspetiva de aprendizagem através da experiência;
- **Fase IV:** Aconselhamento no que respeita à medicação através de uma discussão detalhada para que o doente possa ter capacidade de resolução dos problemas relacionados com esta e capacidade de gestão da sua condição médica de modo a obter da mesma uma utilização eficaz da medicação que está a fazer.

Para que a abordagem ao doente produza efeito, é necessário que o comunicador tenha vocação para tal. Para além da voz ou das palavras utilizadas, a componente comunicativa envolve, ainda, a projeção vocal, a expressão facial, a postura corporal e a própria atitude do comunicador, ou seja, este tem de adaptar a linguagem ao tipo de

doente em presença. É também fulcral que se cultive a empatia entre o farmacêutico e o utente, pois este tipo de sentimento leva a que haja confiança no que está a ser dito/ouvido, promovendo a adesão à terapêutica, por parte do doente (Palain, Prabhu & Shankar, 2006).

É importante referir que o farmacêutico na sua prática comum também intervém junto da população “saudável”, ou seja, com indivíduos que não conhecem a sua condição de saúde e muitas vezes é nas ações de rastreio que se detetam alterações. Os rastreios são sem dúvida uma das melhores formas de prevenção e são promovidas por diversas entidades, como a ANF - ou até a própria farmácia, pode fazer o despiste de possíveis doentes e encaminhá-lo para as consultas do médico de medicina geral e familiar, onde há indicação para fazer exames de diagnóstico complementar, tal como já foi referido anteriormente, e a partir daí ter um diagnóstico correto da doença. Depois do diagnóstico, os doentes são referenciados para as consultas semestrais de Enfermagem, para ter um maior controlo da doença.

Após o diagnóstico tem que se atuar ativamente na doença. Por este motivo, quando o doente se dirige à farmácia para dispensar uma receita, o ato farmacêutico não passa só por isso: é necessário explicar ao doente a importância da medicação que vai fazer e que trará muitos benefícios, tanto a curto como também a longo prazo, prevenindo as complicações que advêm desta patologia.

Contudo, o farmacêutico detém também conhecimentos próprios que passam também por aconselhamento das medidas não farmacológicas: este deverá orientar o doente de maneira a levá-lo a entender as modificações que poderão acontecer tanto na sua, como na vida da própria família. É essencial que haja a colaboração de todos para que o sucesso do tratamento se faça sentir. Há que incentivar o doente à prática de exercício físico, a ter cuidados com a alimentação, propondo a colaboração de um serviço de nutrição; mostrar que existe uma relação entre a prática de exercício, uso correto da medicação, alimentação regrada e os níveis de glicose dentro do aceitável para quem se encontra nesta condição médica (Palain, Prabhu & Shankar, 2006).

Ao longo do tempo, a intervenção do farmacêutico passa a ser cada vez mais importante no sentido em que orienta o utente quer na vertente farmacológica, quer na vertente patológica, bem como, na prevenção de complicações.

Todas as intervenções farmacêuticas potenciam a proximidade na medida em que o utente vê o seu farmacêutico como um agente de saúde que não se limita à dispensa de medicamentos.

Assim, a orientação farmacêutica procura cada vez mais promover uma terapêutica mais segura e eficaz. Como tal, é necessário que este profissional de saúde detenha competência.

A gestão das doenças crónicas depende de vários sistemas de regulação e adaptação. O Homem é o subsistema mais complexo do sistema biológico, mas este como sistema não existe isolado, antes num mundo psicosocial regido por um conjunto de subsistemas – a família, o grupo, a cultura, sistema e equipa de saúde -, tornando-se então necessária a compreensão global do doente, tendo em conta a sua inserção nesse meio (Raposo, Pina, Moos, Boavida, et al, 2004).

Uma vez que para além da realidade biomédica existe a realidade psicosocial, é importante que sejam atendidas as necessidades indiscutíveis do indivíduo; por exemplo, quando falamos do diabético como doente crónico, percebemos que uma intervenção de excelência passa por receber cuidados de qualidade quer no âmbito físico, quer no âmbito psíquico. O doente deve poder exprimir as suas expectativas, representações e medos e ser ajudado no processo de adaptação à doença, a partir da aquisição de conhecimentos necessários à gestão da sua patologia que lhe permitam ser autónomo, embora mantendo a colaboração com os cuidadores de saúde. Porque a relação entre o diabético e o técnico de saúde se prolonga no tempo, a adesão ao tratamento não implica apenas o doente, mas também o técnico de saúde, numa responsabilidade partilhada, passando o doente a constituir-se como elemento ativo de uma equipa. É nestes aspetos, que bem trabalhados visam uma promoção de saúde direcionada para a proximidade (Raposo et al, 2004).

As informações de que o doente diabético dispõe acerca da sua medicação é de vital importância para o sucesso do tratamento. Os fundamentos culturais dos doentes formam o contexto no qual se desenvolvem certas crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso da terapêutica. As crenças designam alguma disposição involuntária de aceitar uma doutrina, juízo ou fato, pois estabelecem a incorporação do que se ouve, sem a devida comprovação desse conhecimento. O farmacêutico tem capacidades e habilidades para identificar quais as crenças constrangedoras que o doente utiliza e que poderiam resultar na diminuição da sua capacidade de procurar soluções para os problemas no controle da diabetes.

O facto dos farmacêuticos centrarem a sua intervenção no aconselhamento médico do doente, faz com que a equipa médica possa estar mais desperta para examinar o doente na sua globalidade e dar um diagnóstico mais pormenorizado, fazendo assim com que haja uma visível melhoria da qualidade de vida do doente, pois há maior

adesão à terapêutica, os resultados na saúde melhoram e passem a ocorrer menos erros nesse campo. Do mesmo modo, também se contribui para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde no qual o doente se encontra inserido.

Por curiosidade, no Reino Unido e no Canadá, os sistemas de saúde estão a implementar a integração das equipas farmacêuticas nos sistemas da prática clínica geral. Este género de serviço é essencial para se conseguir que cada indivíduo, integrado neste programa, possa ser identificado, prevenindo-se ou em última instância, tratando-se de problemas relacionados com a medicação (Ackermann, Williams & Freeman, 2010).

A ideia do programa é introduzir um farmacêutico experiente numa das equipas multidisciplinares, focando-se na segurança da medicação (Ackermann, Williams & Freeman, 2010).

As equipas farmacêuticas contribuem para valorizar a vida do doente crónico, na medida em que se otimizam os regimes terapêuticos do mesmo, com a missão de reduzir os efeitos terapêuticos e aumentar a eficácia do esquema terapêutico que o doente está a seguir (Wagner, 2000).

De acordo com alguns autores, destaca-se a mais valia na introdução de um farmacêutico numa equipa multidisciplinar de saúde, constituída por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, entre outros profissionais do ramo de saúde, para que haja sucesso no tratamento dos doentes. Atualmente isto não se verifica, o contacto que existe com os médicos é mínimo, constatando-se apenas, na maioria dos casos, quando é necessário para uma melhor perceção da prescrição do doente (Wagner, 2000; Ackermann, Williams & Freeman, 2010).

Do mesmo modo que existe um médico de família, cada vez se defende mais a tese de existir um **farmacêutico de família**. Para além de resolver a questão da falta de receitas, porque hoje em dia as consultas do centro de saúde têm tempos de espera muito grandes e para que os doentes consigam obter as receitas sem serem examinadas têm de pagar taxas moderadoras (no valor de 3€) e uma parte da população não tem recursos financeiros para tal. Esta estratégia traria bastantes ganhos em saúde, uma vez que se conseguia fazer um controlo mais apertado da terapêutica e, conseqüentemente, trazer mais ganhos em saúde (Diário de Notícias, 2011).

A intervenção do farmacêutico na vida do doente, assenta em pilares como o conhecimento técnico, aconselhamento ao doente e a capacidade de comunicação

com o mesmo. Para tal, é fulcral que se crie uma relação de proximidade com o doente, em que este passa a ser conhecedor da sua própria condição e consegue atuar face às alterações da mesma. Estes conhecimentos transmitidos pelo profissional de saúde aliados às ações realizadas, fazem com que a qualidade de vida e bem estar do doente aumentem.

A importância das novas tecnologias na interação com o utente

Nos dias de hoje, o farmacêutico tem um papel ativo na vida do doente, no que toca a saúde, uma vez que é o profissional mais acessível deste ramo, tanto a nível económico – não é necessário marcar consulta para ser atendido – como a nível de tempo – cada vez mais as farmácias estão a alargar os horários de funcionamento (abertas até às 22h, meia noite ou abertas 24h) - para que possam estar mais disponíveis para a comunidade. No entanto, este conceito deixa de ser suficiente para o estilo de vida da faixa etária mais jovem (Naves, Merchan-Hammann & Silver, 2005).

Embora a farmácia da atualidade satisfaça cada vez mais as necessidades do utente, houve necessidade de intervir junto de uma nova geração com um estilo de vida sedentário e cheio de stress. Estes dão muito mais valor ao seu tempo, do que os demais. Portanto, foi necessário criar novas estratégias para cativar e fidelizar esta nova geração.

Assim, a farmácia da atualidade acompanhou o avanço das novas tecnologias e utilizou a Internet como um aliado eficaz na divulgação da sua própria instituição. Por este motivo, o doente consegue, à distância de um click, obter respostas para as mais diversas dúvidas. Para além de terem sites, estas também já se encontram nas redes sociais, como o facebook ou twitter, onde fazem divulgação das suas iniciativas maioritariamente direcionadas para o utente, como rastreios, caminhadas, encontros, palestras e informação pertinente.

Esta realidade torna-se muito mais estimulante nas camadas mais jovens, nomeadamente, nos adolescentes, visto que o computador passou a ser um grande foco de atenção desta faixa etária. O medo de confrontar o farmacêutico com alguma dúvida, torna-se menor com a criação destas plataformas eletrónicas.

Também a Autoridade do Medicamento, Infarmed criou um modo de aproximar o farmacêutico ao doentes, através da aplicação para o telemóvel, a “E-Medicamento”, que permite ao doente ter acesso a conteúdos como o preço dos medicamentos, comparações de preço entre diferentes marcas do mesmo princípio ativo – inclusive o original - e o folheto informativo dos medicamentos que a pessoa pretenda saber. Com o conhecimento que o doente pode adquirir nesta aplicação, passa a estar mais interessado e esclarecido, fazendo com que este passe a ser uma parte essencial e integrante do seu próprio tratamento e cada vez mais atento na altura da dispensa dos medicamentos. Com esta aplicação, o utente pode ainda programar alarmes para a hora que faz a medicação, tentando então combater possíveis lapsos de memória, e

conseguir fazer o tratamento dentro do planeado, ter acesso às farmácias de serviço naquele determinado dia, qual a mais próxima da sua área de residência e, ainda, alarmes ou alertas estabelecidos por esta entidade (Ordem dos Farmacêuticos, 2014).

Um novo conceito de farmácia começa a surgir. De acordo com esta nova geração, tem de ser o farmacêutico a ir ao encontro do utente. São quebradas as quatro paredes da farmácia, e é no conforto do seu lar que o nosso utente consegue aceder aos cuidados deste profissional, não só através de serviços presenciais nos domicílios, mas também através de uma presença remota, auxiliada pelas novas tecnologias.

Os doentes estão cada vez mais informados, todos os dias surgem notícias novas que contam o progresso da ciência. Também surge em vários programas televisivos, o papel do farmacêutico em grande destaque. Consistem em pequenos compactos que abordam temáticas em que o aconselhamento farmacêutico é importante, como a alimentação, a prática de exercício, pernas cansadas, retenção de líquidos, entre outros.

A tecnologia está cada vez mais ao alcance de qualquer um, para além das farmácias são cada vez mais as páginas das instituições nas redes sociais. Isso faz com que o doente consiga saber cada vez mais sobre a sua própria condição de saúde.

Por exemplo, na área específica da Diabetes, são inúmeros os avanços tecnológicos até ao momento. Os medidores de glicémia têm cada vez mais as suas dimensões reduzidas, assemelhando-se a leitores de mp3, fazendo assim com que o utente associe o mesmo a um objeto mais positivo e não de dor. Pode ligar ainda o aparelho ao computador e retirar os valores das glicémias e posteriormente apresentar à equipa de saúde durante as consultas.

Para estes doentes, são criadas mais soluções inovadoras, são exemplo disso as aplicações criadas para o i-phone. Através de dispositivos que se conectam por USB conseguem-se realizar medições da glicémia e fazer o controlo a partir deste dispositivo (iBG – Star, 2011).

Em Portugal, uma equipa de estudantes de engenharia está a desenvolver uma aplicação para controlo da diabetes em tempo real, recorrendo a sensores subcutâneos (Diário Digital, 2014).

A OMS, de modo a ultrapassar as barreiras da religião, desenvolveu um sistema de SMS em que os diabéticos inscritos na sua base de dados recebem uma mensagem escrita durante a época do ramadão para não se esquecerem de tomar os

medicamentos para controlo da diabetes, prevenindo assim que haja um aumento de crises de hipoglicémia nestes doentes muçulmanos (Zap aeiou, 2014).

Também a Google, pioneira no desenvolvimento tecnológico, anunciou ainda em Janeiro do presente ano, o desenvolvimento de um dispositivo que se agrega às lentes de contacto para medição das variações, em tempo real, da glicémia através das lágrimas, sendo que nestes moldes o doente necessita das medições no dedo (Sapo, 2014).

Nesta nova era tecnológica, dá-se abertura para um novo campo de comercialização de produtos de saúde: vendas online. Através da plataforma institucional, os produtos de saúde podem ser adquiridos via internet com sistema de pagamento por multibanco, e as entregas realizam-se através de serviços de transporte.

Para suportar os custos associados a esta nova política da farmácia, é essencial que a farmácia estabeleça parcerias com as demais entidades da sua área de ação.

Perspetivas futuras

Numa perspetiva futura, o papel do farmacêutico será intervir diretamente na condição da vida do utente, ou seja, integrar as equipas multidisciplinares já existentes, formadas por profissionais de saúde como o médico e o enfermeiro, entre outros. Esta tarefa será de grande relevo uma vez que este poderá conseguir fazer um despiste das reações adversas a medicamentos, erros de medicação e ainda sobreposição de medicação, aquando o acesso à ficha do doente.

Este tipo de procedimento é o que se utiliza nos hospitais em que toda a equipa hospitalar tem acesso ao processo do doente através de um código, normalmente através do número que lhe é atribuído quando ingressa no hospital, onde estão descritas as patologias de que o doente sofre, alergias a medicamentos, antecedentes pessoais, exames complementares de diagnóstico, entre outras. Uma vez que em farmácia hospitalar é o farmacêutico que faz as validações de terapêutica, caso haja problemas no abastecimento de medicação (raturas de stock) ou erros na prescrição, este entra em contacto com o médico para que possa proceder a alterações.

Este papel é cada vez mais defendido pela Ordem dos Farmacêuticos, visto que já outras especialidades da área da saúde adaptaram este conceito. No entanto, ainda existem muitas barreiras a atravessar, já que os outros profissionais trabalham em circuitos fechados, pois o sistema nacional de saúde - nos centros de saúde (onde nem sequer existem farmacêuticos) e nos hospitais, tanto públicos como privados - aglutina este corpo de profissionais, dependentes todos de uma única entidade. O sector da farmácia comunitária tem o entrave de estar privatizado e não pertencer diretamente a nenhum destes grupos de trabalho, daí não existir um processo, a menos que se vá criando na farmácia com os dados que o doente vá eventualmente trazendo.

Já que uma grande parte das farmácias faz parte da ANF se houvesse uma base de dados partilhada dos doentes, também seria muito mais fácil o farmacêutico fazer o seu trabalho. Mesmo que o doente se dirija a uma farmácia a que nunca tenha ido anteriormente, os dados estarão disponíveis e, caso o doente tenha uma prescrição que lhe possa trazer alguns problemas, o farmacêutico saberá disso e conseguirá contactar o médico, solicitando-lhe a alteração da prescrição. Esta união, de todas as farmácias presentes nesta base de dados, contribuirá para uma franca melhoria dos resultados em saúde dos doentes e irá colmatar muitas lacunas no que diz respeito aos erros das prescrições.

Seria interessante, do ponto de vista dos cuidados farmacêuticos, realizar um estudo acerca da habilidade de comunicação do farmacêutico para com o utente, visto que a base da prática não consiste só nos conhecimentos teóricos, mas sim no aconselhamento prestado no dia-a-dia deste profissional.

Seria útil, tentar entender se com tanta evolução do ponto de vista tecnológico, com a criação das plataformas de compras e das redes sociais, em que medida, numa janela temporal de 20 anos, é que a proximidade com o utente não será afetada.

Hoje em dia as associações de reformados servem uma grande parte da população geriátrica local, não só os que se encontram nos centros de dia destas associações como aqueles que estão em casa acamados ou sem condições para se deslocarem. Para este tipo de associações seria útil estabelecer protocolos, de modo aos utentes obeterem algum tipo de descontos, porque mesmo que a farmácia esteja longe das suas áreas de residência, estes acabam por se deslocar à farmácia que é mais vantajosa para eles mesmos. Esta situação também se aplica a lares de idosos, clubes recreativos, principalmente aqueles em que existem atividades desportivas.

Seria interessante do ponto de vista comercial, compreender até que ponto estes protocolos seriam vantajosos para a farmácia, tendo em conta que alguma parte da margem de lucro, que é cada vez mais baixa, seria abdicada em função do utente.

Conclusão _____

A profissão farmacêutica tem evoluído ao longo dos anos, quer a nível das suas competências, quer ao nível da acessibilidade. Todos estes fatores contribuíram para que uma relação de confiança e de proximidade se tenha desenvolvido.

O papel do farmacêutico deixa de estar associado apenas à dispensa de medicamentos, fazendo assim com que este se torne parte integrante na saúde do doente, através do aconselhamento por ele prestado de acordo com os problemas de saúde do doente.

De entre outras, esta nova realidade, tem implícita uma missão social que contribui para uma maior interação com o utente, uma maior “compliance” por parte do mesmo. Isto traduz-se numa maior integração do doente na sua própria condição de saúde.

O papel do farmacêutico tornou-se mais amplo e mais específico, conseguindo colmatar algumas lacunas do sistema de saúde onde se encontra inserido, fazendo assim com que a farmácia se torne uma parceira nos cuidados de saúde. Isto reproduz-se em farmácias mais completas, mais equipadas, como pessoal mais especializado nas mais diversas áreas, sendo que tudo isto veio potenciar a aproximação do doente à farmácia.

Para auxiliar as tarefas desempenhadas pela farmácia, surgem associações como a ANF, que diferencia o tipo de serviços – essenciais e diferenciados. Estes serviços para além de se tornarem mais - valias no controlo da saúde e da qualidade de vida do utente, veio trazer uma imagem mais apelativa. Para além disso, trouxe novas formas de subsistência par a farmácia, que até então não existiam.

O objetivo primordial das farmácias, é chegar a todos, mas aperfeiçoar a intervenção em grupos específicos, como por exemplo, os doentes crónicos. Estes doentes, devido à sua condição, têm necessidades muito específicas, sendo que através de uma relação de proximidade consigam melhorar a sua qualidade de vida.

A diabetes foi a doença crónica abordada ao longo deste trabalho, uma vez que o aumento exponencial de novos casos anualmente, bem como as co-morbilidades associadas, fazem com que seja um tema de grande destaque, sendo que a intervenção do farmacêutico no dia-a-dia, devido à relação de proximidade, é, notoriamente, positiva.

O contributo deste profissional na vida do doente com uma patologia de foro crónico, é cada vez mais visível. Isto só é possível porque têm sido trabalhados aspetos como o aconselhamento individualizado e pormenorizado ao utente. São inúmeros os benefícios de um bom aconselhamento prestado, sendo que isto se reproduz em melhorias na qualidade de vida do próprio utente.

Conseguimos apreender o positivismo desta ação através da atitude dos utentes, que hoje em dia são cada vez mais bem informados e conscientes, fazendo com que a proximidade com o farmacêutico seja utilizada para esclarecimento, evitando assim idas ao centro de saúde, pois confiam nos profissionais da farmácia.

Seria interessante incluir o farmacêutico, em equipas multidisciplinares, constituídas por outros profissionais de saúde com vista a melhorar a própria condição do doente. Por isso mesmo, torna-se uma mais valia esta integração, para que os erros de prescrição e as complicações relacionadas com medicamentos, fossem cada vez menores.

As novas tecnologias tornam-se verdadeiros parceiros na vida do farmacêutico, tanto a nível dos doentes crónicos - com a criação de dispositivos inovadores e mais fáceis de manusear -, bem como das novas gerações, proporcionando a todos uma maior comodidade e acessibilidade.

Conclui-se então que o papel da farmácia, numa saúde de proximidade, é cada vez mais visível e proporciona muitos benefícios, quer ao doente agudo, quer ao doente crónico. No entanto, a visibilidade neste último é mais evidente devido à relação que se estabelece ao longo do tempo, através do aconselhamento e das visitas frequentes.

Bibliografia

Ackermann, E., Williams, I. & Freeman, C., (2010) *Pharmacists in General Practice: A proposed Role in the Multidisciplinary Team*. Australian Family Physican. Vol. 39. p.163-164.

Aguiar, A. (2009) *A Gestão da Farmácia – Ultrapassar os Novos Desafios*. Lisboa. Hollyfar.

Associação Nacional de Farmácias (2008a). *Serviços Diferenciados*. Retirado de: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=101, consultado a 13-04-2014.

Associação Nacional de Farmácias (2008b). *Serviços Essenciais*. Retirado de: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=99&Itemid=100, consultado a 13-04-2014.

Associação Nacional de Farmácias (n.d.). *Estudo sobre Actividades de Comércio e Serviços em Saúde e Bem-Estar*. Retirado de: http://www.uacs.pt/media/73/File/CasosEstudos/EstudoCaso_AssociacaoNacionalFarmacias.pdf, consultado a 23-04-2014.

Azevedo, M. (2002). *Bioquímica da Diabetes*. In: DUARTE, Rui; [et al.] – *Diabetologia Clínica*. Lisboa. Lidel,. p.17-24.

Banco Espírito Santo – Centro de Estudos de avaliação em Saúde (2009). *Estudo “O Valor das Farmácias – Rede de Saúde de Proximidade. Benefícios económicos da campanha “Controlar a diabetes está na sua mão”. Um Case Study”*. Retirado de: <https://www.bes.pt/sitebes/cms.aspx?plg=9b949498-4fe3-4609-8712-6b75e89b28b7>), consultado a 28-06-2014.

Branco, M., Nogueira, P. & Contreiras, T., (2005) *Uma Observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal continental*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Retirado de: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relat%C3%B3rio%20preval%C3%Aancia%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B3nicas.pdf>, consultado a 25-05-2013;

Decreto-Lei nº 17636/29, Retirado de: <http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001566>, consultado a 30-06-2014;

Decreto-Lei nº 54/92, Retirado de: http://www.igf.min-financas.pt/Leggeraldocs/DL_054_92.htm, consultado a 30-06-2014;

Diário de Notícias. (2011). *Ordem defende conceito de farmacêutico de família*. Retirado de: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2020636) consultado a 30-07-2014.

Diário Digital. (2014). *Jovens estudantes criam aplicação que ajuda diabéticos em tempo real*. Retirado de: http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=712736, consultado a 28-06-2014.

Dias, J. (2005). *Homens e Medicamentos: Uma introdução à História da Farmácia, da Farmacologia e da Terapêutica*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Farmácia. Retirado de: <http://www.ff.ul.pt/~jpsdias/docs/Homens-e-medicamentos-partel.pdf>), consultado a 24-04-2014.

Direcção geral de Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, crónicas e geriátricas (2002) *Actualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes mellitus*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde - Direcção de Serviços de Informação e Análise: Divisão de Estatística (2004). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2001*. Lisboa

Duarte, R. & Van Zeller, P. (2002). *Alterações oculares na Diabetes* In R. Duarte (coord). *Diabetologia Clínica*. Lisboa. LIDL – Edições Técnicas, Lda. p. 263-276.

Duarte, R. (2002) *Epidemiologia da diabetes* In Duarte, R. (coord). *Diabetologia Clínica*. Lisboa: LIDEL. Edições Técnicas, Lda, p.43-57.

George, F. & Gomes, S. (2011). *Cuidados de Proximidade em Doentes Crónicos*. Direcção Geral de Saúde.

Grupo de Estudo da Diabetes Mellitus – Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (1999) *Novos aspectos da classificação, nomenclatura e critérios de diagnóstico da diabetes mellitus*. Arquivos de Medicina. N.13:3. p.141-146.

Henry, T., Smith, S. & Hicho, M. (2013). *Treat to Goal: Impact of Clinical Pharmacist Referral Service Primarily in Diabetes Management*. Hospital Pharmacy. September. Vol.48(8): p.656-661.

Hepler, C. & Strand, L. (1999). *Oportunidades y Responsabilidades en Atención Farmacéutica*. Pharmaceutical Care España. p. 35-47.

iBG – Star. (2011). *Diabetes Management on-to-go*. Retirado de: <http://www.bgstar.com/web/ibgstar>, consultado a 28-06-2014.

Lisboa, M. & Duarte, R. (2002). *Classificação e Diagnóstico da Diabetes*. In Duarte, R. [etal.] – *Diabetologia Clínica*. Lisboa. Lidel. p.25-41.

Marin, N., Luiza, V., Osório-de-Castro, C. & Machado-dos-Santos, S. (2003). *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*. Rio de Janeiro. OPAS/OMS. p. 239-260.

Mendes I.& Trevizan, M. (2003). *A Necessidade de Aprendizagem em Pacientes Crónicos*. *Enfermagem Atual*. Vol. 3 (28). p.4-7.

Naves, J. Merchan-Hamann, E. & Silver, L. (2005). *Orientação Farmacêutica para DST: Uma Proposta de Sistematização*. *Ciência Saúde Coletável*. p. 1005-1014.

Neves, S. (2014). *Antidiabéticos Oraís e a sua Efectividade*. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade de Lisboa – Faculdade de Farmácia.

Observatório Nacional da Diabetes (2014). *O Retrato Epidemiológico da Diabetes em Portugal*. *Médico News*. P. 4-7.

Ordem dos Farmacêuticos (2004) *E-med*. Retirado de: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=7689, consultado a 28-06-2014.

Ordem dos Farmacêuticos (2014). *Novo Plano de Saúde abrange serviços farmacêuticos*. Retirado de: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=8222, consultado a 23-10-2014.

Palain, S., Prabhu, M. & Shankar, P.(2006). *Patient Counseling by Pharmacist – A Focus on Chronic Illness*. *Pharmaceutical Science*. Vol. 19(1). p. 62-65.

Pibernat-Mir, L.% Ventura-García, L. (2013). *La Farmacia Comunitaria y el Reto de la Interdisciplinariedad*. *Revista de la OFIL*. Vol. 23;4. P. 125-127.

Pita, J. (2000). *História da Farmácia*. Minerva. 2ª Edição.

Pita, J. (2010a). *A Farmácia e o Medicamento em Portugal nos Últimos 25 anos*. Retirado de: <http://europe-direct-aveiro.aeva.eu/debatereuropa/images/n2-3/jrp.pdf>, consultado a 24-10-2014.

Pita, J. (2010b) *Evolução do Papel Farmacêutico e da Farmácia nos Últimos 50 Anos*. Revista dos Estudantes de Farmácia REFlexus.

Pita, J. (n. d.). *Breve História da Propriedade em Farmácia de Oficina em Portugal*. Retirado de: <http://www.plural.pt/Portals/farbeira/documentos/HistPropFarmPlural09%20Rui%20Pita.pdf>, consultado em 24-10-2014;

Plano + Saúde (n. d.). Retirado de: <https://www.saudeprime.pt/farmaciasportuguesas/planosaude.html>), consultado a 23-10-2014.

Plano Nacional de Saúde 2012 (2012). Retirado de: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>, consultado a 25-05-2013.

Portaria nº 346/96. Retirado de: http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/b/b1/Portaria_346-96.PDF, consultado a 30-06-2014;

Queiróz, S. (2011). *Aspectos Económicos do Sector das Farmácias: Uma Análise de Evolução dos Últimos 5 Anos*. Mestrado em Economia e Política da Saúde. Universidade do Minho – Faculdade de Economia e Gestão.

Rang, H., Dale, M., Ritter, J. , et all. (2007). *Rang & Dale: Farmacologia*. Elsevier. 6ª Edição. p.402-408.

Raposo, J., Pina, R., Moos, E. C.& Boavida, J. M. (2004). *Educação terapêutica: partilhar responsabilidades: porquê e como?* Arquivos de Medicina. Vol. 18(1). p.64-66.

Redekop, W., Koopsmanschap, M., Stolk, R., Rutten, G. , Wolffeenbuttel, B. & Niessen, L.W. (2002). *Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes*. Diabetes Care .N. 25, p.458-463.

Reynaert, C., Janne, P., Donckier, J., Buysschaert, M., Zdanowicz, N., Lejeune, D. & Cassiers, L. (1995) *Locus of control and metabolic control*. Diabetes Metabolism. Vol.21:3, p.104-107.

Reynals, E. & Figuerola, D. (2003) *_Complicaciones crónicas*. In D. Figuerola *Diabetes*.. Barcelona. Elvier .4ª Ed.227-243.

Rubin, R. & Peyot, M. (2001). *Phycholgical issues and treatments for people with Diabetes*. Journal Clinical Psychology. Vol 57(4). P.457-572

Sapo Saúde (2014). *Google desenvolve lentes de contacto para diabéticos*. Retirado de: <http://saude.sapo.pt/noticias/saude-medicina/google-desenvolve-lentes-de-contacto-para-diabeticos.html>, consultado a 28-06-2014.

Silva, E., Naves, J. & Vidal, j. (2008). *O papel do Farmacêutico Comunitário no Aconselhamento ao Paciente*. Revista Farmacoterapêutica. N. 4 e 5.Jul/Out . p.1-3

The Expert Committee on The Diagnosis and Classification Of Diabetes Mellitus (2003). *Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus*. _Diabetes Care.. 26:1,S5-S20.

Vaidya, R. (2005). *How community pharmacists can promote patient counseling*. International Pharmaceutical Students' Federation, International Pharmaceutical Federation. Counseling, Concordance and communication. Innovative Education for Pharmacists. P.29-36

Wagner, E. (2000). *The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management*. British Medical Journal. Vol. 320. P.569-572.

WHO (1994). *The Role of the Pharmacist in the Healthcare System*, Retirado: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2995e/h2995e.pdf>, consultado a 24-10-2014;

WHO (2008). *Nota Descritiva nº 312*. Retirado de: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/pt.](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/pt/), Consultado a 03-07-2014

WHO (2014). *Chronic Diseases*. Retirado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/, consultado a 20-08-2013.

WHO (2014). *Diabetes*. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>, consultado a 23-10-2014.

Zap.aeiou (2014). *OMS Lança Serviço SMS para Lembrar os Remédios aos Diabéticos no Ramadão*. Retirado de: http://zap.aeiou.pt/oms-lanca-servico-sms-para-lembrar-os-remedios-aos-diabeticos-ramadao-33569?utm_source=news&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter, consultado a 28-06-2014;