

Boletim do



cim

CENTRO
DE INFORMAÇÃO
DO MEDICAMENTO

CUIDADOS FARMACÊUTICOS DOMICILIÁRIOS: UMA NECESSIDADE, UM SERVIÇO CLÍNICO, UMA OPORTUNIDADE

CONTEXTO

No século XX, o aumento inesperado e súbito da esperança de vida à nascença teve como consequência o envelhecimento da população, provocando alterações demográficas profundas e uma alteração drástica no padrão de doença e morte das populações. Atualmente, as doenças crônicas e incapacitantes ultrapassaram as agudas e lideram as causas de doença e de morte. Deparamo-nos com uma população dependente, que não pára de aumentar, e enfrentamos uma necessidade, crescente, de cuidados domiciliários (CD).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2025 existam cerca de 1200 milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos com mais de 80 anos constituirão o grupo etário com maior crescimento. Assim, a procura e a definição de políticas de saúde eficientes para os cuidados continuados constitui um enorme desafio para a sociedade moderna.^{1,2}

Paralelamente ao envelhecimento da população, as exigências relacionadas com a diminuição da duração do internamento hospitalar, a alta hospitalar precoce, a necessidade crescente de cuidados continuados e paliativos, a tendência internacional de domiciliação e personalização dos cuidados de saúde prestados, bem como o respeito pelos princípios fundamentais da bioética exigem aos prestadores a prestação de cuidados de saúde no lar do doente.

A evidência da morbimortalidade associada ao uso dos medicamentos e dos seus elevados custos despoletou o desenvolvimento de uma nova prática farmacêutica, cujo foco é o doente, aliás, o doente que utiliza ou vai utilizar medicamentos. Esta prática é defendida e preconizada por muitas instituições internacionais e nacionais, tais como, a OMS e a Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), entre outras. Este conceito, em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades farmacoterapêuticas do doente, designa-se por Cuidados Farmacêuticos (CF).^{3,4}

INTRODUÇÃO

O apoio domiciliário é um serviço de prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias com alguma incapacidade física ou outra, que não podem assegurar temporária ou permanentemente as suas atividades diárias.⁵

Entende-se por CD o conjunto dos serviços, prestados por profissionais de saúde, que permite aos utentes, total ou parcial-

mente incapacitados, viver em suas casas, com o objetivo de prevenir, atrasar ou substituir os cuidados de longa duração e/ou a necessidade de cuidados agudos.⁶

A prática crescente de reduzir a institucionalização de doentes para reduzir custos (para as famílias e/ou Estados) traduz-se num aumento da utilização de medicamentos, e cada vez mais complexos, no contexto domiciliário (por vezes até medicamentos de uso hospitalar). Os riscos podem ser enormes e, como tal, parece evidente a necessidade de vigiar esta medicação, desde a sua seleção, passando pela administração, conservação/armazenamento até aos seus efeitos.⁷

Paradoxalmente, estes doentes domiciliados (DD) apresentam um risco maior associado à utilização de medicamentos, mas têm menor acesso ao farmacêutico comunitário. Geralmente, nestes programas domiciliários, a gestão da medicação é da responsabilidade dos enfermeiros, quando estes existem, pois estima-se que apenas 40% dos DD tenham acesso a estes serviços.⁶

Os farmacêuticos ainda estão a dar os primeiros passos nos CD, salvo raras exceções limitadas à intervenção farmacêutica no âmbito da preparação da terapêutica intravenosa em países como os EUA e o Canadá. Também no Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia e Brasil se verificam algumas experiências interessantes.⁸

No Canadá, os serviços prestados pelos farmacêuticos no âmbito dos CD podem ser sistematizados em 4 grupos.⁶

- Serviços de venda de produtos de apoio, por exemplo: produtos para ostomizados, fraldas, material de penso, bengalas, cadeira de rodas, etc....;
- Serviços de dispensação especializados, por exemplo: preparação e dispensação da nutrição parentérica e de medicamentos complexos que serão posteriormente administrados pela enfermagem;
- Serviços clínicos de apoio/suporte, por exemplo: serviços de consultoria para o doente ou para uma organização/instituição (protocolos farmacoterapêuticos, informação e formação sobre farmacoterapia, implementação de sistemas de garantia de qualidade para a terapêutica medicamentosa, revisão periódica da medicação, etc....);
- Serviços directos ao doente (serviços clínicos), por exemplo: visitas domiciliárias para avaliar a medicação e intervir sempre que necessário.

A *Canadian Society of Hospital Pharmacists* (CSHP) e a *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) contribu-

iram para definir Cuidados Farmacêuticos Domiciliários (CFD). A CSHP refere que os serviços farmacêuticos no âmbito dos programas domiciliários devem ser: distribuição, clínicos, consultoria e educação/formação. A ASHP definiu o papel do farmacêutico que presta CFD ou noutros *locais* similares (ex.: lares de idosos) como “a provisão de produtos farmacêuticos especializados e complexos e de serviços clínicos de avaliação e monitorização de doentes nas suas casas” e descreveu em detalhe as responsabilidades dos farmacêuticos.⁶ Classificou os modelos de prática de CFD em 2 categorias de acordo com:

- o relacionamento com os outros profissionais de saúde - farmacêutico sozinho vs farmacêutico com mais um profissional de saúde (geralmente enfermeiro) vs farmacêutico integrado numa equipa multidisciplinar;
- quem recebe os serviços farmacêuticos – doente vs prestadores de CD vs ambos.

Nas práticas integradas em CD ou em programas de serviços comunitários, os farmacêuticos prestam fundamentalmente os seguintes serviços: revisão periódica dos perfis farmacoterapêuticos, participação em sessões clínicas, realização de visitas domiciliárias (a pedido da enfermeira), disponibilização de informação sobre medicamentos e educação/formação às enfermeiras.⁶

Cinco ensaios controlados aleatorizados demonstraram que os serviços clínicos farmacêuticos melhoraram os resultados clínicos e reduziram as readmissões hospitalares não planeadas e as mortes prematuras após alta hospitalar.⁹

Outro estudo demonstrou que os serviços prestados pelos farmacêuticos clínicos reduziram as consultas médicas de ambulatório, reduziram as readmissões hospitalares não planeadas e as idas às urgências, bem como os dias de internamento.¹⁰

O resultado mais impressionante é o do estudo de Stewart *et al.* pois refere que apenas com uma visita domiciliária após a alta hospitalar (visita farmacêutico-enfermeiro) o farmacêutico conseguiu reduzir as readmissões hospitalares não planeadas e as mortes prematuras após alta hospitalar.¹¹

Outros estudos demonstraram que a intervenção farmacêutica nos doentes idosos domiciliados aumentou a adesão, reduziu as consultas médicas de ambulatório e facilitou o contacto entre o farmacêutico e o médico.^{12,13}

Na literatura consultada é consensual que o objetivo dos CFD é melhorar o uso da medicação nos domicílios dos doentes. Não obstante, os CFD podem ter muitas definições, que podem estar mais centradas nos produtos ou nos serviços e, dentro dos serviços, mais ou menos centradas nos serviços clínicos. Contudo, há evidência de que a inclusão das atividades clínicas prestadas pelos farmacêuticos tem um potencial enorme para melhorar os resultados clínicos do doente e para reduzir os custos com a saúde nesta população. Parece instrumental incluir, o mais depressa possível, o farmacêutico nos CD, desenvolvendo atividades novas e assumindo responsabilidades clínicas, assistenciais e de consultoria.

Os CFD estão baseados/sediados em 3 níveis: baseados no hospital, nos cuidados primários (centro de saúde, farmácia), organizações privadas/empresas prestadoras de cuidados de saúde/apoio domiciliário. O farmacêutico pode prestar CFD isoladamente ou integrado em equipas multidisciplinares.

Em Portugal, a legislação prevê que as farmácias e os locais de venda de medicamentos possam entregar medicamentos a domicílio, mas não integra nem refere a disponibilização dos CFD. Apesar disto, não se configuram questões legais que impossibilitem a disponibilização destes serviços por parte dos farmacêuticos, pelo que serviços de revisão periódica da medicação, preparação de sistemas personalizados da medicação

e consultas de seguimento farmacoterapêutico, entre outros, parecem ir ao encontro das necessidades dos doentes domiciliados.⁵

Atualmente, em Portugal, nada parece impedir o farmacêutico com competências clínicas, profissional liberal e independente, de implementar e de desenvolver CF nos locais onde a comunidade necessitar. Este novo posicionamento profissional do farmacêutico permitir-lhe-á adotar uma abordagem integrada, centrada no doente, com vantagens evidentes para este último, já que poderá contribuir para diminuir os erros da medicação (que podem ocorrer na prescrição, na dispensação ou na administração do medicamento), diminuir os Problemas Relacionados com o uso dos Medicamentos (PRM) e ainda prevenir ou resolver os Resultados Negativos (inefetividade e insegurança) associados à utilização de Medicamentos (RNM).¹⁴

CONCLUSÕES

A tendência é que o número de pessoas “limitadas ao seu lar” continue a aumentar. A evidência da morbimortalidade associada ao uso dos medicamentos é um facto negável e de elevada prevalência que urge diminuir. Este problema e o risco parecem ser maiores na população confinada ao seu domicílio.

Os CFD podem contribuir para a redução de custos globais com a saúde. No entanto, em Portugal, embora exista a necessidade social, ainda há um vazio legal. Os farmacêuticos e as farmácias, através da sua rede organizada e distribuída de norte a sul, podem contribuir para uma cobertura universal de CFD e com isto dar mais saúde a estes doentes e, em simultâneo, poupar recursos ao estado, pois a utilização correta dos medicamentos é um investimento com retorno garantido.

Esta população terá mais saúde e viverá mais e melhor quando o farmacêutico suprir esta necessidade social.

Em suma, parece haver uma necessidade justificada de se elaborar um Plano Nacional para a implementação dos CFD.

Paula Iglésias-Ferreira¹

Henrique Mateus-Santos^{1,2}

1 – Instituto pharicare, Portugal

2 – Farmácia do Altinho, Portugal

Bibliografia:

1. United Nations. World Population Ageing: 1950-2050. New York: United Nations Publications; 2001.
2. World Health Organization. Home-Based Long Term Care: Report of a WHO Study Group. Geneva: 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud.. Atención Farmacéutica, Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de Agosto al 3 de Septiembre 1993 Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos. Tokio: Organización Mundial de la Salud; 1993.
4. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
5. Normas Reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento de apoio domiciliário. Despacho Normativo nº 62/99, 1999.
6. MacKeigan LD, Marshman JA, Einarson TR. The Role of the Pharmacist in Home Care: background paper. Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 2001.
7. Lourenço L, Iglésias-Ferreira P. Gestão de medicamentos em dois lares de idosos: aquisição, armazenamento, distribuição e administração. In: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, editor. I Simpósio Lusófono de Cuidados Farmacêuticos/ Encontro Luso-Espanhol de Cuidados Farmacêuticos: Seguimento Farmacoterapêutico: do Sonho à Realidade; 27-05-2006; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 2006. p. 118.
8. Takahashi PSK. O Farmacêutico na Assistência Domiciliária: Oportunidade para Obtenção de Melhores Resultados com a Utilização de Medicamentos [10-10-2011]; Available from: <http://www.racine.com.br/portal-racine/atencao-farmacaceutica/domicilio/o-farmacaceutico-na-assistencia-domiciliaria-oportunidade-para-obtencao-de-melhores-resultados-com-a-utilizacao-de-medicamentos>.
9. Williams RG, McCoy R, Frederick KR. Impact of pharmacy consultant services to a homebound population. Consultant Pharmacist. 1987;2:479-82.
10. Sidel VW, Beizer JL, Lisi-Fazio D, Kleinmann K, Wenston J, Thomas C, et al. Controlled study of the impact of educational home visits by pharmacists to high-risk older patients. Journal of Community Health. 1990;15(2):163-74. Epub 1990/06/01.
11. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. Arch Intern Med. 1998;158(10):1067-72. Epub 1998/05/30.
12. Zilich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential characteristics of a Physician/Pharmacist Collaborative Relationships. Ann Pharmacother. 2004;38:764-70.
13. Begley S, Livingstone C, Hodges N, Willamson V. Impact of domiciliary pharmacy visits on medication management in an elderly population. Int J Pharm Pract. 1997;5(3):111-21.
14. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). ARS Pharm. 2007;1(48):5-17.

PUBLICIDADE VERSUS INFORMAÇÃO AO DOENTE: QUE DESAFIOS?

CONCEITOS E PROPOSTAS RECENTES DE REGULAÇÃO

O direito à informação é um direito fundamental do doente que permite a sua participação na tomada de decisões que afectam a sua saúde. Nos últimos anos, os cidadãos europeus têm procurado ter um papel mais activo na gestão da saúde e reivindicam, assim, o direito a mais informação acerca das suas doenças e dos respectivos tratamentos.¹⁻⁵

Numa primeira abordagem, é fundamental efectuar a distinção entre Publicidade Directa ao Consumidor (*Direct to Consumer Advertisement* - PDC) e informação ao doente (ID). A PDC, aplicada no âmbito da saúde, refere-se à publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) em meios como a imprensa escrita, a televisão e a rádio. Por outro lado, a ID é um conceito já existente em legislação europeia sobre publicidade e que agora foi desenvolvido no âmbito do projecto da União Europeia de dar resposta às necessidades crescentes de informação sobre saúde e medicamentos dos cidadãos, dotando-os desta forma de uma maior capacidade de decisão e permitindo a sua responsabilização pela própria saúde. A ID pretende assim, ser uma fonte adicional de educação dos cidadãos na área da saúde.⁶

A nível europeu, a Directiva 2001/83 EC, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos, preconiza o estabelecimento de um sistema comum no que diz respeito à sua publicidade, proibindo a publicidade junto do público de MSRM.⁷

A nível nacional, o Decreto-Lei 176/2006 de 30 de Agosto define a publicidade de medicamentos como qualquer forma de informação, de prospecção ou de incentivo que tenha como objectivo a promoção da sua prescrição, dispensa, venda, aquisição ou consumo, nomeadamente junto do público em geral.⁸

Contudo, a publicidade junto do público em geral não está autorizada para MSRM, medicamentos que contenham substâncias definidas como estupefacientes ou psicotrópicos e medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde. Este diploma não define, no entanto, em que termos poderá ser facultada ao doente informação sobre os medicamentos, nomeadamente a informação fornecida pelas companhias farmacêuticas.

Reconhecendo a necessidade do estabelecimento de normas europeias comuns relativas à ID, nomeadamente devido à divulgação de informação sobre medicamentos de forma não controlada pela Internet, foi elaborada pela Comissão Europeia (CE) e apresentada ao Parlamento Europeu em 2007 uma proposta de Directiva, tendo sido para o efeito consultados vários intervenientes, nomeadamente associações de doentes, indústria farmacêutica (IF), agências reguladoras e os *media*.^{9,10} As ambiguidades do texto e o papel atribuído à IF deram origem a reacções de inúmeras entidades que consideraram que a proposta, uma vez aprovada, legitimaria a publicidade a medicamentos, embora com a designação de informação sobre medicamentos, pelo que não foi alcançado um consenso.

A CE divulgou, em Outubro de 2011, uma nova proposta legislativa que introduz importantes alterações à anterior versão do texto de 2008, que incorpora na globalidade os comentários emitidos pelo Parlamento Europeu e que será posteriormente analisada por este órgão e pelo Conselho de Ministros da UE.^{11,12} Na nova proposta continua a não ser equacionada a divulgação de informação sobre MSRM na imprensa escrita, mas é dado maior ênfase à possibilidade da divulgação de informação quando especificamente solicitada pelo público.

Para a IF, a ID pode constituir uma importante ferramenta como estratégia de mercado. Com a diminuição da introdução de novos medicamentos e o aumento da competitividade no mercado, a IF passou a dedicar uma fatia considerável dos seus recursos à promoção de medicamentos. Até à data, a maioria destes recursos têm sido dispendidos na publicidade dirigida a profissionais de saúde; no entanto, a ID oferece uma grande oportunidade de negócio para este sector, ao permitir o desenvolvimento de estratégias dirigidas aos doentes de forma mais directa e efectiva.¹³

Os doentes são susceptíveis de ser influenciados por informação veiculada de forma parcial dado que, de um modo geral, possuem reduzidos conhecimentos acerca das suas doenças, têm expectativas pouco realistas acerca da sua saúde e tendem a considerar mais eficazes os medicamentos mais recentes e mais caros.¹³

A SITUAÇÃO NOS EUA

A PDC foi autorizada nos EUA em 1985, tendo sido implementada em 1997. Um dado, que não pode ser descurado, é o facto de nos países onde foi autorizada a ID relativa a MSRM, os EUA e a Nova Zelândia, se ter verificado um aumento substancial nas vendas dos medicamentos mais recentes e com preço mais elevado. Uma das questões que se tem colocado nos EUA é se a PDC estimula as discussões entre o doente e o seu médico assistente. De acordo com inquéritos efectuados a consumidores, entre um quarto a um terço dos adultos já questionaram o seu médico relativamente a questões de saúde após assistirem a um anúncio publicitário. Cerca de 80% dos médicos considera que a PDC encoraja os doentes a procurarem tratamentos de que não necessitam e menos de 10% considera a PDC como uma tendência positiva no sistema de saúde dos EUA. Por outro lado, alguns dados sugerem que os pedidos dos doentes influenciam as decisões de prescrição. Não existe, no entanto, evidência de que estas prescrições sejam inadequadas tendo em conta a situação clínica do doente, existindo até alguma evidência de que possam ter um efeito benéfico na adesão à terapêutica por parte do doente.¹⁴

VANTAGENS E DESVANTAGENS

A ID é um conceito ambíguo, que apresenta diversas vantagens e desvantagens e conduz a uma divergência de opiniões entre os diferentes intervenientes.

A aquisição de conhecimentos relativos à doença, benefícios e riscos associados à medicação e alternativas terapêuticas disponíveis contribui para um maior envolvimento do doente no processo de gestão da doença e da terapêutica, levando a uma melhoria nos resultados clínicos do doente.¹⁻⁵ A ID torna-se particularmente importante no caso de doentes crónicos, sendo exemplo disto a Educação Terapêutica ao Doente (EDT), cuja definição, atribuída pela Organização Mundial de Saúde, reporta a 1998.^{5,15} Por outro lado, a ID, particularmente a que não provém de fontes imparciais, poderá constituir um incentivo à automedicação, com consequente prejuízo para a saúde pública e aumento dos gastos em saúde.¹⁶⁻²⁰

As principais vantagens e desvantagens da ID encontram-se descritas na tabela 1.

A posição dos diferentes intervenientes é variável, no que diz respeito à ID.

A IF defende que o doente deverá ter um maior acesso a informação relativa à terapêutica, o que lhe permitirá conhecer

TABELA 1 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DA ID

VANTAGENS	DESVANTAGENS
• Prevenção da doença (incentivo à modificação de estilos de vida) ¹⁰	• Compreensão distorcida relativamente a benefícios e riscos dos medicamentos ¹⁶⁻¹⁹
• Diagnóstico e tratamento precoces ¹⁰	• Foco de ansiedade para o doente ¹⁰
• Aumento do fornecimento de informações relativas a sintomas ¹⁰	• Deterioração da relação farmacêutico-doente (por pressão do doente sobre o farmacêutico) ^{10,20}
• Aumento da adesão à terapêutica (melhor compreensão da forma de administração do medicamento, posologia e benefícios da adesão) ¹⁰	• Deterioração da relação médico-doente (por pressão do doente sobre o médico) ^{10,13,16}
• Melhoria das decisões terapêuticas ¹⁰	• Redução da adesão à terapêutica (maior conhecimento dos efeitos secundários) ¹⁰
• Melhoria dos resultados clínicos ²¹	• Criação de expectativas exageradas quanto a efeitos terapêuticos ^{16,17}
• Prevenção de complicações em doentes crónicos ¹⁵	• Desvalorização dos riscos associados à terapêutica ^{16,17}
• Melhoria da qualidade de vida em doentes crónicos ¹⁵	• Incentivo ao autodiagnóstico e à automedicação ^{2,13,18,20}
	• Aumento da prescrição de medicamentos ^{16,18}
	• Aumento da dispensa de medicamentos ^{16,18}
	• Aumento do consumo de medicamentos ^{16,18,20}
	• Consumo inapropriado de medicamentos ^{18,20}
	• Prejuízo para a saúde pública ¹⁶
	• Aumento da procura de cuidados de saúde ¹⁸
	• Aumento dos gastos em saúde ^{16,18}

diferentes pontos de vista e formar a sua própria opinião. A IF considera ser uma fonte de informação adequada, visto ser a entidade legalmente responsável pelos produtos.³

Os **doentes**, por sua vez, para além de pretenderem ter um maior acesso a informação de saúde, pretendem que esta seja fiável, de alta qualidade e adaptada às necessidades de cada grupo específico, tendo em conta diferentes faixas etárias, diferentes culturas e ambos os sexos. Os doentes pretendem ser informados particularmente no que se refere a mecanismos da doença, medidas preventivas, eficácia e segurança dos medicamentos e tratamentos alternativos.^{1,3,5}

Os **farmacêuticos** consideram a ID benéfica, pois sensibiliza o doente para riscos e benefícios dos medicamentos e promove a sua autonomia. Receiam, no entanto, que a ID proveniente da IF incentive comportamentos consumistas, pondo em causa a segurança do doente e defendem o fornecimento de ID crítica e baseada na melhor evidência científica disponível. Por outro lado, os farmacêuticos temem que a ID possa ter um efeito redutor no seu papel de aconselhamento ao doente e pretendem que o doente seja incentivado a consultar o farmacêutico em caso de dúvida. Os farmacêuticos receiam ainda que a relação farmacêutico-doente possa ser posta em causa.²⁰

As **organizações independentes** (como a *Internacional Society of Drug Bulletins* – ICDB) são da opinião de que a IF não pode ser considerada uma entidade imparcial, no que diz respeito ao fornecimento de ID. A ICDB defende que as fontes de informação deverão ser independentes, de forma a providenciarem informação imparcial e crítica, particularmente no que diz respeito a benefícios e riscos da terapêutica e que deverão fornecer informações referentes a terapêuticas alternativas.³

Tendo em conta o acima exposto, as diferentes partes interessadas (organizações de doentes, farmacêuticos, médicos, profissionais ligados a medicina alternativas, diversas organizações não governamentais ligadas à área da saúde e instituições de segurança social) verificaram a necessidade de organizar um debate relativo a ID, tendo, em consequência do mesmo, elaborado uma declaração conjunta (*Joint Statement on Information to Patients*). Nesta declaração, defendem o direito ao acesso a informação de saúde de qualidade, imparcial e de acordo com as necessidades específicas de cada doente.¹

REFLEXÕES FINAIS

O direito à informação é indiscutível na sociedade actual. Temos, no entanto, de ter presente que no caso da saúde e, em parti-

cular dos medicamentos, há uma enorme assimetria no conhecimento por parte dos doentes e profissionais de saúde. A complexidade do diagnóstico e os possíveis efeitos adversos dos tratamentos exigem que a decisão final, na esmagadora maioria das situações, seja tomada por um profissional de saúde. Nesse sentido, parece-nos adequado que a informação sobre medicamentos tenha de ser mediada por profissionais de saúde pois, em caso contrário, poderá transformar-se num instrumento de promoção dos medicamentos. A informação ao doente através das novas tecnologias da informação deveria, assim, ser certificada de forma a garantir a sua qualidade e imparcialidade.

Elisabete Gonçalves
Francisca Charrua
Farmacêuticas

Bibliografia

1. Joint Statement on Information to Patients: The Way Forward to an EU Health Information Strategy (European Public Health Alliance). Disponível em: <http://www.epha.org> [Acedido em 24/08/2011].
2. Vitry AI. Does direct-to-consumer prescription drug advertising do more harm than good? *Ann Intern Med*. 2009; 151(11): 823-4; author reply 824.
3. *Information pour le public: qui s'en soucie?* *Folia Pharmacotherapeutica*. 2008; 35(4): 34-35.
4. Weppner WG, Hollon MF, Chew LD, Larson EB. Direct-to-consumer offers for free and discounted medications on the internet: a content analysis of «samples». *Arch Intern Med* 2009; 169(21): 2024-30.
5. Position Statement on Information to Patients (The European Patients' Forum). Disponível em: <http://www.eu-patient.eu> [acedido em 27/08/2011].
6. El nuevo paciente: Los retos de la información sobre salud y medicamentos, Merck Sharp & Dohme de España S.A y Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, 2006.
7. Directiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 6 de Novembro de 2001.
8. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento.
9. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council amending Directive 2001/83/EC, Brussels, 10.12.2008.
10. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council and a proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council [SEC(2008) 2667], de 10 December 2008.
11. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council amending Regulation (EC) No 726/2004, 11.10.2011, COM(2011) 632 final 2008/0255 (COD).
12. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council amending Directive 2001/83/EC, Brussels, 11.10.2011.
13. La información al paciente como estrategia de mercado. *Bol Ter Andaluz* 2010; 26(2): 7-8.
14. Hollon MF. Direct-to-consumer advertising: a haphazard approach to health promotion. *JAMA* 2005; 293(16): 2030-3.
15. Taillardat-Beneteau C. L'education thérapeutique du patient (ETP). *Points de repères et perspectives*. *Ann Pharm Fr* 2008; 66: 309-12.
16. Publicidad de medicamentos directa al consumidor: un lobo con piel de cordero? *Infac* 2007; 15(6): 25-27.
17. Waack KE, Ernst ME, Graber MA. Informational content of official pharmaceutical industry web sites about treatments for erectile dysfunction. *Ann Pharmacother* 2004; 38(12): 2029-34.
18. Curtiss FR. United States, the last vencie for direct-to-consumer advertising, props up the erectile dysfunction market. *J Manag Care Pharm* 2005; 11(2): 176-78.
19. Lavine G. Some patients may receive too much information about prescriptions. *Am J Health-Syst Pharm* 2009; 66: 696-7.
20. Chaar B, Kwong K. Direct-to-consumer advertising: Australian pharmacists' experiences with non-prescription medicines. *Int J Pharm Pract* 2010; 18(1): 43-50.
21. Droege M, Maniscalco M, Daniel K, Baldwin HJ. Consumers' risk perceptions of prescription and over-the counter medications. *J Pharm Technol* 2007; 23: 142-7.

BOLETIM DO CIM - publicação bimestral de distribuição gratuita da Ordem dos Farmacêuticos **Director:** Carlos Maurício Barbosa **Conselho Editorial:** Aurora Simón (editora); Clementina Varelas; Francisco Batel Marques; J. A. Aranda da Silva; Lígia Póvoa; M.º Eugénia Araújo Pereira; Paula Iglésias; Rogério Gaspar; Rui Pinto; Sérgio Simões; Teresa Soares. Os artigos assinados são da responsabilidade dos respectivos autores.