



***CUIDADOS FARMACÊUTICOS: RELEVÂNCIA E IMPACTO
NO CONTEXTO ACTUAL DA SAÚDE***

Maria João Neves Guerreiro Durão Maurício

**Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde**

Orientador:
Prof. Doutor Nuno Crespo
Departamento de Economia, ISCTE

Março 2009

Resumo

A pluralidade de prescrições para um único doente, o constante aumento de novos e complexos medicamentos, a disparidade da informação disponível e a complexidade dos tratamentos farmacológicos, ao serem causadoras de elevado grau de morbidade e mortalidade relacionadas com fármacos, são a principal razão do desenvolvimento universal dos Cuidados Farmacêuticos.

Este tipo de cuidados diferenciados traduzem uma interacção directa entre o farmacêutico e o utente que, sempre em colaboração com o médico, tem o objectivo de obter uma farmacoterapia racional, com resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

Nesta dissertação pretendeu-se avaliar os níveis de satisfação dos utentes com os serviços prestados nas farmácias comunitárias, a percepção dos benefícios que estes cuidados podem originar e a sua valorização, nomeadamente através da disponibilidade em pagar para a eles ter acesso.

Os resultados obtidos sugerem que este projecto de intervenção farmacêutica pode constituir uma mais valia na melhoria da saúde da população que a ele tem acesso, para além de aumentar os níveis de satisfação com a apreciação global, com a gestão terapêutica e com o esclarecimento agradável dos serviços prestados na farmácia.

Por outro lado, a maioria dos inquiridos atribui importância a este tipo de cuidados, apesar de nem todos necessitarem dele, por falta de complexidade farmacoterapêutica.

Os inquiridos que atribuem um valor positivo aos benefícios da participação em Cuidados Farmacêuticos estão mais predispostos a pagar por eles, sendo que a maioria dos utentes dispostos a pagar mostram-se intencionados em disponibilizar até 5 €.

Palavras-chave: Cuidados Farmacêuticos; Utentes; Farmácias Comunitárias; Valorização

Classificação JEL: I10; I11

Abstract

The plurality of prescriptions for a single person, the constant increase of new and complex remedy, the disparity of the available information and the complexity of treatments, when being responsible for the high degree of related morbidity and mortality with drugs, are the main reason for the development of Pharmaceutical Care.

This type of differentiated care indicates an interaction between pharmacists and patients, that always in close cooperation with the doctor, has the goal of setting a rational pharmacotherapy with definite and measurable results, which improves the quality of life.

In this study, we evaluate the satisfaction levels of patients with the services provided in communitarian pharmacies, as well as the perception of the benefits that this care can originate and its valuation, namely through the willingness to pay for pharmaceutical care.

The results obtained suggest that this pharmaceutical intervention project can be an added-value to the improvement of the health of the population who has access to it, besides the fact that the global satisfaction levels, the therapeutical management and the pleasant clarification of the services given in the pharmacy increased.

On the other hand, the majority of the inquired subjects consider pharmaceutical care important, although not all of them need this level of care, due to lack of pharmacotherapy complexity.

The respondents who positively value the benefits of participating in pharmaceutical care are more willing to pay for them. Furthermore, the majority of these patients are willing to pay a maximum of 5 €.

Keywords: Pharmaceutical Care; Patients; Pharmacy; Willingness to Pay

JEL Classification: I10; I11

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas que directa ou indirectamente, de uma forma desinteressada, me incentivaram, ajudaram e apoiaram a enfrentar mais esta etapa da minha vida, pelo que não posso deixar de lhes fazer um pequeno agradecimento.

Ao Professor Doutor Nuno Crespo agradeço o facto de ter aceite ser o orientador desta dissertação de Mestrado, onde sempre demonstrou inteira disponibilidade, cortesia e sentido de oportunidade, na resolução das dificuldades que foram surgindo ao longo do tempo.

Ao Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional de Farmácias pela cedência de dados respeitantes às farmácias activas nos Programas de Cuidados Farmacêuticos e à Dr.^a Suzete Costa e Dr.^a Rita Santos pela disponibilidade na ajuda da informação recolhida.

Ao Professor Doutor Fernando Fernandez-Llimós, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, pelos conhecimentos partilhados que contribuíram para o enriquecimento desta tese.

À Dr.^a Maria da Paz Eusébio pela sua contínua colaboração e incentivo, na realização dos questionários sobre a satisfação dos serviços farmacêuticos prestados. Às minhas colegas de trabalho que me ajudam a crescer diariamente enquanto pessoa e profissional de saúde.

A todos os colaboradores das farmácias comunitárias e de instituições de diversas áreas (como hospitais, centros de saúde, clínicas, universidades, escolas, centros comunitários e empresas privadas) que puseram o seu esforço e participaram activamente na recolha dos dados empíricos.

Um agradecimento especial a todos os utentes que disponibilizaram o seu tempo, aceitando participar na realização deste estudo, através das suas opiniões sobre os serviços farmacêuticos que lhes são prestados nas farmácias comunitárias em Portugal.

Aos meus colegas de mestrado, que estiveram sempre presentes, entusiasmando e apoiando o ultrapassar de cada obstáculo, tornando-nos assim grandes amigos.

Ao meu noivo e melhor amigo, Nuno Faustino, pelo seu carinho e apoio incondicional em todas as fases desta etapa. A sua presença constante, sugestões e opiniões tornaram esta caminhada mais fácil, dando-me forças para a concluir.

Aos meus pais por estarem presentes em todos momentos da minha vida, por crerem e apoiarem todos os meus sonhos. À minha restante família e amigos, que de alguma maneira, me ajudaram anímica e diariamente, para seguir adiante no concretizar deste objectivo.

Índice

Resumo.....	i
Abstract	ii
Agradecimentos.....	iii
Índice.....	iv
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas.....	vi
Abreviaturas Utilizadas	viii
Introdução.....	1
Parte A: Cuidados Farmacêuticos no Contexto da Assistência na Saúde	3
CAPITULO I. Fundamentações da Necessidade de Cuidados Farmacêuticos.....	5
CAPITULO II. Origem e Evolução do Conceito de Cuidados Farmacêuticos.....	10
2.1. Génese do Conceito.....	10
2.2. Contribuições de Hepler e Strand.....	13
2.3. Projecto Minnesota.....	15
2.4. Documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS)	20
2.5. Seguimento Farmacoterapêutico	21
CAPITULO III. Critérios e Obstáculos de Implementação de Cuidados Farmacêuticos	26
3.1. Perspectiva Não Financeira	26
3.1.1. Utentes.....	27
3.1.2. Profissionais de Saúde.....	28
3.1.3. Educação	30
3.1.4. Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).....	32
3.1.5. Infra-estruturas	33
3.2. Perspectiva Financeira.....	34
CAPITULO IV. Contexto Nacional dos Cuidados Farmacêuticos.....	38
4.1. Evolução dos Programas de Cuidados Farmacêuticos em Portugal	39
4.2. Resultados Clínicos dos Programas Realizados.....	41
4.3. Valorização dos Serviços Farmacêuticos Prestados. Estudos Efectuados	43
4.4. Caracterização das Áreas de Actuação dos Cuidados Farmacêuticos.....	45
4.5. Reembolso do Programa de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes	48
Parte B: Estudo da Prestação e Satisfação dos Serviços Dispensados Pela Farmácia	
Comunitária em Portugal	52
CAPITULO V. Questionários de Satisfação dos Serviços Farmacêuticos	53
5.1. Trabalhos Anteriormente Realizados	53
5.2. Desenvolvimento dos Questionários de Satisfação Dirigidos aos Utentes	55
CAPITULO VI. Avaliação e Valorização dos Serviços Prestados na Farmácia	58
6.1. Caracterização da Amostra Total	58
6.1.1. Características Sócio-Demográficas	59
6.1.2. Caracterização Farmacoterapêutica dos Inquiridos.....	61
6.2. Satisfação dos Serviços Prestados na Farmácia	62
6.2.1. Satisfação com a Gestão Terapêutica.....	66
6.2.2. Satisfação com o Esclarecimento Agradável	68
6.3. Programas de Cuidados Farmacêuticos e de Seguimento Farmacoterapêutico	69
6.3.1. Caracterização dos Programas. Importância vs Participação.....	69
6.3.2. Valorização dos Cuidados Farmacêuticos.....	71
CAPITULO VII. Estudo de Caso de uma Farmácia Comunitária em Lisboa	74
7.1. Caracterização da Farmácia em Estudo	75

7.2. Avaliação dos Resultados Iniciais do Projecto de Acompanhamento Farmacoterapêutico	76
7.3. Caracterização da Amostra do Estudo de Caso.....	80
7.3.1. Características Sócio-Demográficas	80
7.3.2. Caracterização Farmacoterapêutica dos Inquiridos.....	82
7.4. Satisfação dos Serviços Prestados na Farmácia	83
7.4.1. Satisfação com a Gestão Terapêutica.....	86
7.4.2. Satisfação com o Esclarecimento Agradável	87
7.5. Programas de Cuidados Farmacêuticos e de Seguimento Farmacoterapêutico	89
7.5.1. Caracterização dos Programas. Importância vs Participação.....	89
7.5.2. Valorização dos Cuidados Farmacêuticos.....	90
CAPITULO VIII. Conclusões e Pesquisas Futuras	93
Bibliografia.....	97
Anexos.....	107
Parte A.....	108
Anexo I – Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos (3º Consenso de Granada)	108
Anexo II – Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PCNE)...	109
Anexo III – Número de Farmácias e Farmacêuticos de Oficina em Portugal.....	110
Anexo IV – Taxa de Variação Anual da Adesão aos Programas de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes.....	110
Parte B	111
Anexo V – Questionário Elaborado sobre a Satisfação dos Serviços Farmacêuticos dos Utentes sem Acesso (Grupo A, B e C).....	111
Anexo VI – Questionário Elaborado sobre a Satisfação dos Serviços Farmacêuticos dos Utentes com Acesso (Grupo C).....	115
Anexo VII – Distribuição dos Questionários Recolhidos	117
Anexo VIII – Caracterização Farmacoterapêutica do Total de Inquiridos	117
Anexo IX – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia na Amostra Total	119
Anexo X – Satisfação com a Gestão Terapêutica na Amostra Total	120
Anexo XI – Satisfação com o Esclarecimento Agradável na Amostra Total	121
Anexo XII – Caracterização dos Cuidados Farmacêuticos	121
Anexo XIII – Valorização dos Cuidados Farmacêuticos	121
Anexo XIV – Caracterização Farmacoterapêutica do Estudo de Caso.....	123
Anexo XV – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia em Estudo.....	124
Anexo XVI – Satisfação com a Gestão Terapêutica da Farmácia em Estudo	125
Anexo XVII – Satisfação com o Esclarecimento Agradável da Farmácia em Estudo ..	125
Anexo XVIII – Caracterização dos Cuidados Farmacêuticos do Estudo de Caso.....	125
Anexo XIX – Valorização dos Cuidados Farmacêuticos do Estudo de Caso.....	126

Índice de Figuras

Figura 1 – Processo do <i>Comprehensive Pharmaceutical Care Practice Model</i>	17
Figura 2 – Escalão Etário dos Utentes Inquiridos (n=2338)	60
Figura 3 – Habilitações Literárias dos Utentes Inquiridos (n=2338)	60
Figura 4 – Assiduidade de Idas à Farmácia.....	61
Figura 5 – Gráfico de Perfil Médio das Variáveis que Compõem a Gestão Terapêutica	67
Figura 6 – Gráfico de Perfil Médio para as Variáveis do Factor Esclarecimento Agradável..	68
Figura 7 – Evolução dos Valores Médios de Pressão Arterial ao Longo de 8 Meses.....	77
Figura 8 – Evolução dos Valores Médios de Glicémia ao Longo de 8 Meses.....	78
Figura 9 – Evolução dos Valores Médios de Colesterol ao Longo de 8 Meses.....	78
Figura 10 – Escalão Etário dos Utentes da Amostra em Estudo (n=235)	81
Figura 11 – Habilitações Literárias dos Utentes da Amostra (n=235).....	81
Figura 12 – Assiduidade de Ida à Farmácia (n=235)	82
Figura 13 – Gráfico de Perfil Médio das Variáveis que Compõem a Gestão terapêutica.....	86
Figura 14 – Gráfico de Perfil Médio para as Variáveis que Constituem o Esclarecimento Agradável	88

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Resultados Negativos e Consequências da Terapêutica Farmacológica	7
Tabela 2 – Categorias de Problemas Relacionados com Medicamentos	14
Tabela 3 – Categorias dos Problemas Relacionados com os Medicamentos Considerados no Projecto Minnesota.....	18
Tabela 4 – Definição de Problemas Relacionados com Medicamentos Utilizados pelo Programa de Dáder de Acordo com o Segundo Consenso de Granada	24
Tabela 5 – Relação entre os Serviços Fundamentais dos Cuidados Farmacêuticos e o Paradigma SPO	32
Tabela 6 – Valores Médios em € Atribuídos pelos Utentes a cada um dos Actos Farmacêuticos Avaliados	44
Tabela 7 – Níveis de Adesão aos Programas de Cuidados Farmacêuticos que Utilizam o Método SOAP, Durante o Período 2003 e 2007	45
Tabela 8 – Resultados dos Programas de Cuidados Farmacêuticos por Farmácias Comunitárias Activas e Farmacêuticos Envolvidos em Janeiro de 2007.....	46
Tabela 9 – Distribuição do Número de Farmácias e Farmacêuticos Credenciados por Programa de Cuidados Farmacêuticos Tendo em Conta o Distrito	47
Tabela 10 – Evolução dos Valores de Adesão das Farmácias e Doentes Activos Durante o Período de 2004 a Agosto 2008 Tendo em Conta os Níveis de Actuação.....	50
Tabela 11 – Distribuição do Número de Questionários Recolhidos Tendo em Conta a Proveniência e o Distrito	58
Tabela 12 – Comparação de Valores Médios da Variável Idade, Tendo em Conta o Tipo de Acesso a Programas de Cuidados Farmacêuticos	59
Tabela 13 – Estatística Descritiva do Número de Medicamentos Tomados pelos Utentes Inquiridos	61
Tabela 14 – Relação entre o Número de Medicamentos Utilizados e a Frequência de Idas à Farmácia.....	62
Tabela 15 – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia	63
Tabela 16 – Níveis Médios de Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia tendo em conta o Distrito de Recolha dos Questionários	64

Tabela 17 – Níveis Médios de Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia tendo em conta o Espaço de Recolha da Amostra	64
Tabela 18 – Frequências dos Graus de Satisfação com os Serviços da Farmácia tendo em conta o Tipo de Acesso a Cuidados Farmacêuticos	65
Tabela 19 – Resultados Obtidos para a Variável “Importância Atribuída aos Cuidados Farmacêuticos”	69
Tabela 20 – Percepção dos Benefícios dos Cuidados Farmacêuticos para os Próprios Utentes Inquiridos da Amostra Total	70
Tabela 21 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos tendo em conta a Amostra Total (n=2338)	71
Tabela 22 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos, tendo em conta o Acesso dos Utentes (n=2338)	72
Tabela 23 – Estudo dos Parâmetros Determinados na Farmácia no Período de Janeiro a Agosto de 2008.....	76
Tabela 24 – Taxa de Variação Mensal das Determinações Efectuadas na Farmácia no Início e Fim do Período em Análise	79
Tabela 25 – Variação Percentual do Número de Utentes que Cumpriam os Objectivos Terapêuticos ao Longo do Período em Análise.	80
Tabela 26 – Estatística Descritiva do Número de Medicamentos Tomados pelos Utentes	82
Tabela 27 – Relação entre o número de medicamentos utilizados e a frequência de ida à farmácia.....	83
Tabela 28 – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia	83
Tabela 29 – Frequências de Satisfação com os Serviços da Farmácia tendo em Conta o Tipo de Acesso a Cuidados Farmacêuticos	85
Tabela 30 – Estudo da Importância Atribuída aos Cuidados Farmacêuticos pelos Utentes Inquiridos da Farmácia em Estudo.....	89
Tabela 31 – Percepção dos Benefícios dos Cuidados Farmacêuticos para os Próprios Utentes Inquiridos da Amostra do Estudo	90
Tabela 32 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos tendo em conta a Amostra da Farmácia em Estudo (n=235)	91
Tabela 33 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos, tendo em conta o Acesso dos Utentes (n=235)	91

Abreviaturas Utilizadas

AF – Acompanhamento Farmacoterapêutico

ANF – Associação Nacional das Farmácias

ARS – Administração Regional de Saúde

CEA – Centro de Estudos Aplicados

CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

CF – Cuidados Farmacêuticos

CFF – Conselho Federal da Farmácia

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRM – Doença Relacionada com Medicamentos

FDA – Food and Drug Administration

GAFE – Grupo de Acompanhamento Farmacoterapêutico de Évora

GICFARMA – Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

GICUF – Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona

HTA – Hipertensão Arterial

IM – Interação Medicamentosa

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

NUT – Nomenclatura de Unidades Territoriais

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PCF – Programa de Cuidados Farmacêuticos

PCNE – Pharmaceutical Care Network Europe

PRM – Problema Relacionado com Medicamento

RAM – Reação Adversa ao Medicamento

SF – Seguimento Farmacoterapêutico

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SOAP – Subjective-Objective-Assessment-Plan

SPO – Structure-Process-Outcomes

UCA – Utente Com Acesso

USA – Utente Sem Acesso

Introdução

Dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1999, referem que 15% da população mundial consumia mais de 90% do que é produzido pelas indústrias farmacêuticas, estimando-se que 50% de todos os medicamentos sejam prescritos, dispensados ou usados inadequadamente. Por outro lado, o mesmo estudo refere que 25 a 70% do gasto em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a gastos com medicamentos, comparativamente a menos de 15% nos países desenvolvidos (Brundtland, 1999; Benrimoj *et al.*, 2000).

Numerosos estudos têm demonstrado que as reacções adversas aos medicamentos (RAM) são uma causa importante de admissão hospitalar¹, verificando-se que algumas destas reacções são provocadas por interacções medicamentosas (IM), possíveis de prevenir (Hepler e Strand, 1990; Curna Boy, 2000; Anderson, 2002).

De acordo com um estudo realizado por Bjorkman *et al.* (2002), em 6 países da Europa (Alemanha, Dinamarca, Irlanda do Norte, Portugal, República da Irlanda e Suécia), estas interacções entre fármacos são menos comuns em Portugal e Irlanda do Norte e mais comuns na República da Irlanda e na Alemanha. Este estudo permite destacar que aproximadamente 90% das IM são combinações que podem ser controladas por ajuste de dose e que as diferenças observadas nos regimes terapêuticos dos vários países poderão resultar de diferentes políticas no que concerne ao uso e implementação dos sistemas terapêuticos.

As conclusões do estudo acima referenciado não se revelam, contudo, no que respeita ao caso português, plenamente conclusivas na medida em que a amostra utilizada foi pouco representativa. Fica, assim, em aberto espaço para investigações adicionais, com a pertinência de novos estudos sobre esta temática no caso específico português.

Desde o final do século XX, alguns estudos têm demonstrado que a prestação de Cuidados Farmacêuticos (CF), entendidos como a dispensa clínica, a indicação farmacêutica, a manipulação magistral, o uso racional dos medicamentos, a farmacovigilância, a educação para a saúde e o seguimento farmacoterapêutico melhoram a qualidade de vida do utente, permitindo reduzir os custos associados ao uso de medicamentos (Tomechko *et al.*, 1995; Cipolle *et al.*, 2000a; Berenguer *et al.*, 2004; Simpson *et al.*, 2004; Schnipper *et al.*, 2006).

¹ Em 1987, a FDA (United States Food and Drug Administration) registou 15 000 admissões hospitalares e 12 000 mortes associadas aos RAM (Strand *et al.*, 2004).

Para além disso, esta nova perspectiva da actividade farmacêutica tem motivado alguns projectos de investigação, que procuram determinar até que ponto estes programas de CF são viáveis e rentáveis, tanto do ponto de vista social como económico (Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Herborg *et al.*, 2001).

É neste contexto de análise que este trabalho de dissertação se insere, estando estruturado em duas partes principais (A e B). A Parte A da dissertação reveste-se de uma natureza mais conceptual, onde se procura abordar as fundamentações da necessidade de CF, bem como os critérios e obstáculos à sua realização. Paralelamente, nesta vertente ter-se-á ainda em conta a origem do conceito de CF e a forma como ele foi evoluindo com os vários estudos realizados.

Como suporte a esta avaliação, recorrer-se-á a uma análise de âmbito alargado sobre as diferenças dos CF prestados e seus benefícios socioeconómicos.

A realidade portuguesa será focada seguidamente, procurando estudar a evolução registada ao longo dos últimos anos, nos vários programas de CF disponíveis. Em termos mais específicos, procurar-se-á desenvolver uma análise detalhada sobre a extensão da aplicação de Programas de Cuidados Farmacêuticos (PCF), analisando parâmetros como a utilidade, os resultados clínicos já obtidos e os níveis de adesão aos programas por parte dos utentes e dos farmacêuticos.

De seguida, na Parte B, procurar-se-á estudar a satisfação dos serviços prestados pelas farmácias, possíveis diferenças registadas entre algumas regiões do país, níveis de adesão aos programas, avaliação do impacto destes programas farmacêuticos e disponibilidade em pagar por eles, por parte dos seus beneficiários. Para a realização deste objectivo serão tidos em conta e analisados os resultados de dois questionários, um direccionado a utentes habituais das farmácias e outro dirigido a utentes habituais mas com acesso a um programa de intervenção farmacêutica.

Por último, será ainda apresentado um estudo de caso de uma Farmácia em Lisboa, que começou a realizar um programa de intervenção farmacêutica, na área do Acompanhamento Farmacoterapêutico² (AF) em Janeiro deste ano. Nele serão considerados os resultados clínicos iniciais obtidos com este projecto, analisando parâmetros como a pressão arterial, glicemia e colesterol, bem como os resultados dos dois tipos de inquéritos efectuados. Através deste estudo, tentar-se-á perceber o nível de satisfação com os serviços prestados, qual o grau de importância que estes programas representam para os utentes e o seu interesse em serviços futuros.

² No decorrer desta tese ir-se-á considerar que Acompanhamento Farmacoterapêutico e Seguimento Farmacoterapêutico são sinónimos da prestação do mesmo serviço farmacêutico.

Parte A: Cuidados Farmacêuticos no Contexto da Assistência na Saúde

Durante cerca de metade do século XX, a assistência à saúde prestada ao utente foi focalizada nos cuidados médicos. No entanto, nos últimos anos, este cenário tem vindo a alterar-se, registando-se uma rápida mudança no sector dos cuidados através do surgimento de outros tipos de assistência, com o objectivo de melhorar a saúde das populações e como resultado da alteração das expectativas dos próprios utentes e dos *stakeholders* (Mota, 2003).

Paralelamente, face ao aumento sempre crescente dos gastos com esta área e com o ramo farmacêutico em particular, tem-se acentuado o interesse de gerir e monitorizar este sector muito específico e influenciado por vários factores (Gouveia e Shane, 1997; Murray e Frenk, 2000; Mota, 2003; Almarsdóttir e Traulsen, 2005; Dunn, 2007).

Por outro lado, não se pode ignorar que o medicamento se tornou um bem de consumo e, na actualidade, decorrente do lugar central que ocupa na terapêutica ocidental, trata-se do elemento principal de um segmento económico mundialmente importante (Milgate e Hackbarth, 2005; Manasse e Speedie, 2007).

Os medicamentos são administrados com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente. Estes resultados podem ser: (i) cura da doença; (ii) atraso na sua evolução; (iii) redução ou eliminação dos sintomas e (iv) prevenção da doença ou sintomas.

São várias as causas que podem contribuir para que estes efeitos terapêuticos pretendidos não sejam alcançados. Assim: (a) prescrição inadequada; (b) dispensa inapropriada; (c) não aderência à terapêutica por parte do utente; (d) factores idiossincráticos; (e) monitorização desajustada por parte do médico e farmacêutico, são factores que podem explicar uma diminuição dos resultados terapêuticos (Winslade *et al.*, 1996; Gouveia e Shane, 1997; Shane, 2007).

O decréscimo destes resultados pode também ser consequência directa do próprio utente. Assim, subsiste, muitas vezes uma visão reducionista do utente que confunde cuidados de saúde com medicalização e medicamentação. Encontram-se, deste modo, enraizadas em algumas culturas (não sendo a portuguesa excepção), a prática da automedicação, tendo o medicamento como o centro do cuidado em saúde. Estes factos realçam a necessidade da comunidade ser consciente e co-responsável pela condução da sua saúde, sobretudo numa área dificultada pela existência de pouca informação científica com linguagem acessível.

Neste sentido, a população precisa de poder contar como os profissionais de saúde, como os farmacêuticos, para a monitorização e orientação sobre uso de medicamentos (Silva *et al.*, 2000; Kelly, 2008; Lessenger e Feinberg, 2008).

Estes dados são importantes, uma vez que, tal como referido por Cipolle (1986), e mais tarde demonstrado por Mehvar (2006), são as pessoas que têm que tolerar as doses terapêuticas dos medicamentos, devendo-se adaptar os fármacos aos doentes. Assim, a terapêutica deve ser individualizada, tendo em conta o estado fisiopatológico e parâmetros fisiológicos do doente. Por outro lado, o regime terapêutico utilizado deve ser baseado nos parâmetros farmacocinéticos dos medicamentos. Alguns investigadores sustentam, assim, que na gestão da terapêutica farmacológica de um utente devem ser medidos e integrados os resultados clínicos, humanísticos e económicos da saúde (Gouveia e Shane, 1997; Ernest e Grizzle, 2001; Almarsdóttir e Traulsen, 2005; Fernández-Llimós *et al.*, 2002).

É neste contexto da saúde que a farmácia comunitária se apresenta em Portugal como uma área de saúde de fácil acesso e boa distribuição homogénea por todo o país. De facto, de uma maneira geral, os utentes/doentes estão acostumados a deslocarem-se às farmácias comunitárias, facilitando deste modo o estabelecimento de uma relação farmacêutico-utente e o seu seguimento farmacoterapêutico (Winslade *et al.*, 1996).

Existem actualmente em Portugal cerca de 2775 farmácias comunitárias e 263 postos farmacêuticos, sendo a sua distribuição geograficamente homogénea por todo o espaço nacional, com um rácio de 3826 habitantes por farmácia (INE³, 2007). Todas estas farmácias possuem, de uma maneira geral, três regimes de funcionamento, para além do seu período normal: serviço de reforço, serviço permanente ou serviço de disponibilidade, conforme as necessidades populacionais. Na prática, este sistema permite a disponibilidade de uma farmácia e de um farmacêutico 24 horas por dia em todo o território nacional. Esta acessibilidade directa a um profissional de saúde garante condições para que se estabeleça uma relação de confiança terapêutica com o utente, resultando na prática num certo grau de fidelização a esta organização de saúde (Simpson, 1997; Simon Bell *et al.*, 2006).

Ao longo desta parte da dissertação, abordar-se-á, sequencialmente, a fundamentação da necessidade de existência de cuidados farmacêuticos (capítulo I), a evolução registada no próprio conceito destes cuidados (capítulo II), os mais relevantes obstáculos à implementação deste tipo de programas (capítulo III) e a realidade nacional sobre esta temática (capítulo IV).

³ INE – Instituto Nacional de Estatística

CAPITULO I. Fundamentações da Necessidade de Cuidados Farmacêuticos

Nestas últimas décadas, os avanços da ciência médica e biológica bem como a melhoria do meio ambiente e das condições de vida têm contribuído para a alteração dos cuidados de saúde. Paralelamente, tem-se verificado o lançamento no mercado de fármacos cada vez mais específicos, mais potentes e com novas formas de administração, bem como a descoberta de novos mecanismos fisiológicos, bioquímicos e farmacológicos, que levam ao desenvolvimento do conhecimento sobre a formulação de formas farmacêuticas, da sua farmacocinética e biodisponibilidade (Mota, 2002; Almarsdóttir e Traulsen, 2005; Shane, 2007). Estas inovações contribuíram, de forma significativa, para o aumento do número e diversidade de medicamentos disponíveis para a prevenção e tratamento da doença (Mateus, 2006; Breland, 2007).

A conjugação destes factores permitiu um aumento significativo da esperança de vida, sobretudo nos países desenvolvidos, com o conseqüente acréscimo do número de doentes crónicos, sujeitos a polimedicação. Constata-se, ainda, que estes doentes polimedicados requerem cuidados farmacológicos que apresentem objectivos terapêuticos bem definidos e que passam pelo tratamento dos sintomas, supressão da doença e/ou cura (Renovato e Trindade, 2004; Morris *et al.*, 2002; Wong *et al.*, 2004; Brehm *et al.*, 2006; Chumney e Robinson, 2006; Manasse e Speedie, 2007).

Para que o tratamento de uma determinada patologia se efectue correctamente é necessária a utilização apropriada dos medicamentos. Deste modo, de acordo com a OMS (1985), existe um uso correcto dos fármacos quando os pacientes recebem os medicamentos necessários para as suas condições clínicas, em doses adequadas, por um período suficiente, e ao menor custo para si e para a comunidade.

São vários os exemplos que traduzem o uso inadequado de medicamentos. Entre eles, incluem-se: a utilização de muitos remédios por doente (polimedicação); o uso inapropriado de antibióticos, frequentemente em posologias inadequadas ou para infecções não-bacterianas; o consumo excessivo de injectáveis, quando há disponibilidade de formas farmacêuticas orais mais apropriadas; a automedicação feita de forma inapropriada, frequentemente com medicamentos de prescrição médica obrigatória (Wong *et al.*, 2004; Almarsdóttir e Traulsen, 2005; Manasse e Speedie, 2007; Mendes, 2007; Kelly, 2008).

A automedicação irracional⁴, bem como a prescrição errônea, podem ter como consequência efeitos indesejáveis, doenças relacionadas com medicamentos (DRM) e a camuflagem de doenças em evolução, podendo representar portanto novos gastos em saúde (Cipolle, 1986; Barker *et al.*, 2002; OPAS, 2007; Renovato, 2007; Kelly, 2008; Lessenger e Feinberg, 2008).

Brundtland (1999) refere, ainda, que todos os anos aumenta a resistência da maioria dos microorganismos causadores de doenças infecciosas prevalentes, ressaltando que este facto pode ser em parte explicado pelos cerca de 50% dos doentes que, em média, tomam incorrectamente os seus medicamentos. Os resultados obtidos sugerem também que metade dos utentes adquire fármacos para tratamento de um só dia.

Estes dados permitem inferir que a morbilidade e a mortalidade associada ao uso de fármacos seja elevada. Apesar de alguns Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) serem imprevisíveis, a maioria é bastante previsível e, como tal, passível de serem prevenidos (Manasse, 1989; Hepler e Strand, 1990; Plumridge e Wojnar- Horton, 1998; Barker *et al.*, 2002; Morris *et al.*, 2002; Faus e Fernández-Llimós, 2003; Pires *et al.*, 2006; Hämmerlein *et al.*, 2007). De acordo com Hämmerlein *et al.* (2007), as interacções medicamentosas são os PRM mais frequentes e 80% delas podem ser resolvidas favoravelmente, através da intervenção dos profissionais da farmácia comunitária.

Neste sentido, foram já realizados alguns estudos económicos, incidindo muitos deles sobre os custos associados à terapêutica farmacológica e aos resultados em saúde (Manasse, 1989; Johnson e Bootman, 1995; Gouveia e Shane, 1997; Bootman, 1997; Ernest e Grizzle, 2001; OPAS, 2001; Côte *et al.*, 2003; Droege, 2003). Johnson e Bootman (1995) analisam os custos dos resultados negativos de uma terapêutica farmacológica, desenvolvendo um modelo analítico⁵ para o efeito. Deste modo, os autores referenciam 8 resultados nefastos, resultantes da terapêutica, que podem ter como consequência o agravamento das patologias e representar custos adicionais.

⁴ De acordo com um trabalho recente publicado nos Estados Unidos, são as mulheres e os idosos os principais responsáveis pelo consumo de medicamentos de não prescrição médica obrigatória. Este facto pode em parte ser explicado pelo facto das mulheres sofrerem mais do que os homens de patologias que podem ser tratadas com automedicação (Manasse e Speedie, 2007).

⁵ O modelo económico utilizado por Johnson e Bootman (1995) é apenas uma avaliação económica parcial, na medida em que os autores limitaram-se a quantificar os custos directos e tangíveis atribuídos aos PRM ou a uma determinada patologia, durante um determinado período de tempo. Nele não são contabilizados os custos indirectos, como a perda de rendimentos devido ao absentismo, nem os custos intangíveis, como os custos psicossociais, a ansiedade, o sofrimento, a angústia, o desconforto e o stress provocados por estes problemas (Mota, 2002 e Berenguer *et al.* 2004).

Tabela 1 – Resultados Negativos e Consequências da Terapêutica Farmacológica

Resultados Negativos da Terapêutica	Consequências
<i>Indicação Não Tratada</i> <i>Fármaco Inadequado</i> <i>Dosagem Subterapêutica</i> <i>Falha na Toma de Fármacos</i> <i>Overdose Farmacológica</i> <i>Reacções Adversas</i> <i>Interações Farmacológicas</i> <i>Fármaco Usado Sem Indicação</i>	<i>Tratamento Desnecessário</i> <i>Consulta Médica</i> <i>Tratamento Adicional</i> <i>Admissão</i> <i>Hospitalar/Emergência</i> <i>Internamento Hospitalar</i> <i>Morte</i>

Fonte: Adaptado de Johnson e Bootman (1995).

Neste mesmo estudo, realizado nos Estados Unidos, estimou-se que os custos associados à morbidade e mortalidade relacionada com os medicamentos rondavam \$76.6 biliões, em ambiente ambulatorio, sendo a maior fatia deste montante gasta em hospitalizações, provocadas por fármacos (Johnson e Bootman, 1995; Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Mota, 2002; Issets *et al.*, 2003). De facto, estudos anteriores tinham já demonstrado que doentes com RAM ficam no hospital mais 50 a 80% de tempo que os doentes que não apresentam nenhum episódio de RAM (Hepler e Strand, 1990).

Anos mais tarde, estes valores foram actualizados pelo trabalho de Ernst e Grizzle (2001), que concluíram que o valor total deste tipo de custos excedia os \$177,4 biliões, continuando a maior parte deles a serem gastos em admissões hospitalares (70%).

Estes dados são concordantes com um trabalho publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o qual constatou, em 2001, que nos Estados Unidos o custo de doenças relacionadas com medicamentos aumentou vertiginosamente em 5 anos, situando-se aproximadamente em \$175 biliões (OPAS, 2001).

Por outro lado, de acordo com Strand *et al.* (1991), cerca de metade dos utentes que entram numa farmácia apresentam um PRM que precisa de ser resolvido. Caso contrário, poderão existir custos desnecessários, representando desperdícios económicos, com gastos em terapêuticas ineficazes ou hospitalizações desnecessárias. Estes custos dispensáveis com a saúde foram estimados como situando-se entre \$ 5000 a \$ 25000, por utente. Em 1997, Johnson e Bootman estimaram que a provisão de CF em ambiente ambulatorio pode reduzir a ocorrência de resultados terapêuticos negativos entre 53 a 63%, evitando assim custos directos com a saúde de \$ 45,6 biliões por ano.

Deste modo, o uso correcto dos fármacos pode tornar-se na terapêutica mais económica, podendo os serviços farmacêuticos ser uma estratégia para prevenir e controlar a morbilidade e mortalidade (Hepler e Strand, 1990; Bootman, 1997; Simpson, 1997; Morris *et al.*, 2002; Pires *et al.*, 2006; Manasse e Speedie, 2007). Para que isto aconteça, é essencial que a terapêutica farmacológica seja individualizada, com uma monitorização cuidada que afira a sua eficácia e o desenvolvimento de possíveis RAM.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos e na Suécia determinaram que cerca de 25-27% dos pacientes apresentam combinações de fármacos que podem levar a alterações moderadas ou abruptas no efeito terapêutico. Assim, estas IM podem ser responsáveis pelo aumento do risco de reacções adversas ou diminuição do efeito terapêutico (Van Dijk, 2005).

Paralelamente a estes dados, ao longo do tempo, tem-se assistido à evolução da tecnologia do medicamento, permitindo que um número crescente de doentes possa fazer os seus tratamentos em ambulatório, diminuindo, assim, os riscos e custos inerentes a um internamento hospitalar. Tal facto tem possibilitado a capacidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente socioeconómico, conferindo-lhe maior responsabilidade na gestão da sua terapêutica farmacológica (Milgate e Hackbarth, 2005; Schnipper *et al.*, 2006). Silva *et al.* (2000) estudaram o nível de informação sobre os medicamentos prescritos, utilizando uma amostra de doentes de ambulatório de um hospital universitário, tendo concluído que apenas 34% dos inquiridos apresentam um bom nível de conhecimento. Tendo em conta estes dados, os investigadores sugerem que é necessário melhorar os meios de fornecer esta informação ao doente.

É nesta moldura social que o farmacêutico comunitário é chamado a intervir, utilizando os seus conhecimentos como especialista do medicamento e incentivando o uso racional dos fármacos, contribuindo desta forma para a redução dos gastos com a saúde (Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Kvanetz, 2006; Simon Bell *et al.*, 2006; Hämmerlein *et al.*, 2007).

Um outro aspecto a ter em conta diz respeito ao tipo de aconselhamento farmacoterapêutico que o utente recebe. De facto, tal como constatado por Gouveia e Shane (1997), Silva *et al.* (2000), Issets *et al.* (2003), Berenguer *et al.* (2004), Silva e Prando (2004), Van Wijk *et al.* (2005), Brehm *et al.* (2006) ou Chisholm-Burns e Spivey (2008), este aconselhamento influi de forma decisiva na utilização ou não do medicamento, e mesmo que o diagnóstico e prescrição estejam correctos, a adesão do utente ao tratamento depende da sua aceitação, da orientação recebida, da disponibilidade e possibilidade de se adquirir o medicamento.

Estes investigadores concluem, ainda, que a existência de colaboração entre farmacêuticos que prestam CF e médicos pode ser utilizada para resolver PRM e obter os objectivos terapêuticos inicialmente traçados para o doente. Por outro lado, tal como referido por Côte *et al.* (2003), Machuca *et al.* (2003), Simpson *et al.* (2004), Goetzel *et al.* (2005) e Chumney e Robinson (2006), existe substancial evidência que programas que garantam aconselhamento, educação e acompanhamento farmacoterapêutico a doentes com doenças crónicas estão associados a resultados positivos em saúde, tanto do ponto de vista clínico como económico. Estes mesmos dados são comprovados pelo trabalho de Clifford *et al.* (2005), ao concluir que, no caso de controlo da glicémia, verifica-se uma melhoria da qualidade de vida do diabético após um reajuste da terapêutica e da participação do doente num programa de CF.

Todas estas circunstâncias conferem à natureza da farmácia comunitária um papel de centro prestador de serviço público, onde, para além da dispensa de medicamentos, se procura efectuar o aconselhamento farmacoterapêutico do medicamento, de forma a garantir uma boa adesão à terapêutica por parte do utente, aumentando a sua qualidade de vida (Machuca *et al.*, 2003; Berenguer *et al.*, 2004; Simon Bell *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2006; CFF, 2007; Chisholm-Burns e Spivey, 2008).

Como estabelecimento que integra os sistemas de saúde, a farmácia comunitária apresenta ainda inúmeras vantagens, como seja o fácil acesso a um profissional de saúde, as condições adequadas para a participação em campanhas sanitárias (como por exemplo a vacinação) e redução de gastos com tratamentos, por possibilitar a intervenção primária e o encaminhamento para a assistência médica (Fincham, 1998; CFF, 2007; Mendes, 2007; Manasse e Speedie, 2007).

CAPITULO II. Origem e Evolução do Conceito de Cuidados Farmacêuticos

A mudança de mentalidades em relação à forma como os cuidados de saúde devem ser prestados deu origem ao conceito de CF, cuidados focados no utente e no melhoramento contínuo da qualidade do serviço farmacêutico prestado.

De acordo com Droege (2003), os CF são uma forma inovadora de prática farmacêutica, que tem o potencial de tornar a terapêutica farmacológica mais segura, mais efectiva e mais conveniente para o utente. Através do processo de acompanhamento e seguimento farmacoterapêutico, é possível reduzir a vulnerabilidade dos utentes que utilizam medicamentos, principalmente nas patologias crónicas, e que em muitas ocasiões desconhecem informações que contribuem para o uso mais seguro dos fármacos.

2.1. Génese do Conceito

No princípio do século XX, o farmacêutico era responsável pela preparação, dispensa e análise dos fármacos, sendo a sua principal obrigação assegurar que os medicamentos por ele preparados estavam em condições de serem dispensados e utilizados pelos doentes. Apenas secundariamente aparecia a função de aconselhamento ao utente.

Este papel tradicional começou a ser alterado, principalmente, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, que passou a produzir os fármacos em grande quantidade, passando o farmacêutico a desempenhar, sobretudo, funções de dispensa de medicamentos (Berenguer *et al.*, 2004). Paralelamente, perante a percepção da existência de problemas resultantes do uso de medicamentos e da sua prevalência, estabeleceu-se o conceito de PRM, referenciado inicialmente por Brodie, nos anos 60 (Santos *et al.*, 2004).

Assim, PRM foi definido como qualquer sinal ou sintoma manifestado pelo doente e que pode estar, de alguma maneira, relacionado e/ou ser causado pela terapêutica farmacológica utilizada (Strand *et al.*, 1990 e Winslade *et al.*, 1996). A identificação deste conceito permitiu estabelecer critérios de análise da terapêutica farmacológica, direccionando deste modo os resultados para o utente. Assim, a transição do papel do farmacêutico, em termos de focalização da orientação do medicamento para o doente, foi particularmente evidente no final dos anos 60, princípio dos anos 70, sobretudo com os trabalhos de Brodie.

A partir desta altura, o farmacêutico começou a ser reconhecido pelos seus conhecimentos singulares nas áreas da fisiopatologia, farmacologia, farmacoterapêutica, biofarmácia e farmacocinética (Iglésias *et al.*, 2005; Strand *et al.*, 2004; Kvancz, 2006; Renovato, 2007).

Em 1980, Brodie *et al.*, incluíam na prática profissional farmacêutica a determinação da necessidade dos medicamentos adequados para um determinado utente e o fornecimento não só do fármaco mas também dos serviços apropriados, durante todo o tratamento, de forma a assegurar uma segurança óptima e uma efectividade da terapêutica. Durante esta década, estas características continuaram a ser desenvolvidas, capacitando este profissional de saúde a praticar num ambiente de cuidados clínicos, colaborando directamente na monitorização farmacocinética e no suporte nutricional, com benefícios reais para o doente. Nesta altura, alguns farmacêuticos clínicos tomam assim consciência que é mais importante considerar o doente como um todo e não apenas os seus valores laboratoriais (Berenguer *et al.*, 2004; Breland, 2007).

Estes dados foram, de algum modo, comprovados por trabalhos realizados, sobretudo a nível hospitalar, tendo-se concluído que as unidades de saúde que investem numa equipa de farmacêuticos a tempo inteiro apresentam maior qualidade nos serviços que prestam (Hepler *et al.*, 1990; Breland, 2007; Renovato, 2007). Por outro lado, Bond *et al.* (2001) demonstraram que a existência de equipas de farmacêuticos próximas dos utentes nas unidades de saúde contribuem para a redução do aparecimento das reacções adversas e para o decréscimo dos erros associados aos medicamentos.

Em simultâneo a estes trabalhos de investigação, a necessidade de aumentar a segurança e eficácia da terapêutica farmacológica, levou ao surgimento, nos anos 60, de um conceito em Farmácia: a Farmácia Clínica⁶. Esta vertente da farmácia está, por vezes, mais voltada para os valores laboratoriais do doente do que para o doente como pessoa, verificando-se que na maior parte das vezes ela é influenciada por políticas hospitalares, pelo tempo disponível, bem como a competência e o interesse do farmacêutico (Hepler e Strand, 1990; Winslade *et al.*, 1996; Berenguer *et al.*, 2004)

O termo Farmácia Clínica é muito utilizado, apresentando, deste modo, definições diversas e sendo compreendido de maneira diferente em vários países. Assim, de acordo com a *European Society of Clinical Pharmacy*, trata-se de uma especialidade que descreve as actividades e serviços, como a monitorização terapêutica e aconselhamento, que um

⁶ Para Strand (2005), farmácia clínica está tradicionalmente mais vocacionada para os serviços que se prestam ao médico, ou seja este serviço só se realiza quando o clínico permite, podendo não ocorrer um contacto directo com o doente. Tal não significa, todavia, que a farmácia clínica seja específica dos hospitais, podendo ser aplicada em qualquer outro ambiente de saúde.

farmacêutico clínico realiza no desenvolvimento e promoção do uso apropriado de medicamentos e dispositivos médicos (Hepler, 2004). Por outro lado, a *Clinical Pharmacy Survival Guide* considera que este termo é usado para nomear uma série de serviços relacionados com o utente, como sejam, a monitorização da terapêutica medicamentosa e o aconselhamento.

Em 2006, Bond e Raehl efectuaram um trabalho de investigação sobre os serviços de Farmácia Clínica efectuados pelos hospitais norte-americanos, constatando-se que, nos últimos 17 anos, ocorreu um aumento significativo na prestação deste tipo de tarefas, com maior incidência na participação do farmacêutico na elaboração da anamnese farmacoterapêutica (+ 300%), na participação em equipas de visitas clínicas (+ 292,3%) e na gestão do protocolo do uso de fármacos (+208%). Ainda de acordo com estes autores, este crescimento deve-se, em parte, ao facto destes serviços produzirem significativos benefícios clínicos e económicos para os utentes.

Qualquer que seja a definição adoptada ou serviço farmacêutico considerado, parece claro que a Farmácia Clínica é um modelo de prática que pode ser considerado precursor dos CF, ou seja, os farmacêuticos começaram a desempenhar as suas funções de forma a desenvolver e promover o uso racional dos medicamentos, focalizando-se, com o passar do tempo, cada vez mais, no estabelecimento de uma relação e comprometimento com o destinatário destes serviços para a melhoria da sua qualidade de vida (Strand *et al.*, 1991; Winslade *et al.*, 1996; Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Skau, 2007). Assim, os CF são fundamentalmente orientados para os resultados em saúde, envolvendo a monitorização e acompanhamento a longo prazo, ao passo que a farmácia clínica é focalizada no doente, em circunstâncias mais pontuais e com procedimentos menos padronizados.

A prática da Farmácia Clínica pressupõe também uma série de etapas que devem ser efectuadas em ordem a promover o uso apropriado dos fármacos. Deste modo, a entrevista com os utentes e a elaboração do seu perfil farmacoterapêutico são procedimentos utilizados mas, como demonstrado mais tarde pelos CF, tornam-se inócuos se não estiverem fundamentados, nem numa filosofia de prática centralizada no utente, nem no estabelecimento de uma relação terapêutica entre farmacêutico e o receptor destes cuidados (Rocha *et al.*, 2003; Franklin, 2005; Kimberlin, 2006).

A filosofia de CF nasceu, portanto, da necessidade de optimizar a terapêutica, tanto do ponto de vista da obtenção de resultados positivos para o utente, como do ponto de vista socioeconómico (Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Simpson, 1997).

2.2. Contribuições de Hepler e Strand

É neste quadro de análise que Hepler e Strand (1990) propõem um novo conceito para a profissão farmacêutica, pretendendo “minimizar a morbidade e a mortalidade relacionada com o uso de fármacos”. Esta nova visão – denominada como Cuidados Farmacêuticos – baseia-se na dispensa responsável da terapêutica farmacológica, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente.

Este tipo de cuidado considera todas as acções levadas a cabo por um membro da equipa farmacêutica que assegurem a gestão terapêutica e o uso correcto do medicamento, de forma a obter resultados positivos na saúde (Gouveia e Shane, 1997; Berenguer *et al.*, 2004).

Desta forma, o processo de cuidar vai englobar a prevenção de reacções adversas, de interacções medicamentosas e o seguimento contínuo da terapêutica medicamentosa. Esta prática deve-se estender não somente aos medicamentos que requerem prescrição médica mas também aos medicamentos de venda livre, aos fitoterápicos e aos suplementos nutricionais utilizados com finalidades terapêuticas ou de prevenção.

O trabalho de Hepler e Strand discute a filosofia de CF, apresentando a estrutura daquilo que a prática desta actividade pode representar. Assim, de acordo com os autores, existem 3 conceitos fundamentais: a necessidade da sociedade, o cuidado do farmacêutico e a centralidade no utente (Strand *et al.*, 1991). No primeiro conceito apresentado, o farmacêutico deve estar ciente que a sociedade necessita de profissionais de saúde que zelem pelo seu bem-estar em relação aos fármacos. Com o cuidado do farmacêutico, os investigadores pretendiam indicar que este profissional deve fazer tudo o que está ao seu alcance para assegurar que os medicamentos que os doentes precisam de utilizar não lhes fazem mal.

Esta definição de CF identifica os resultados que podem ser medidos. Assim, de acordo com os autores, deles fazem parte: (i) a cura da doença; (ii) eliminação ou redução da sintomatologia do doente; (iii) diminuição do processo de evolução da doença; e (iv) prevenção da doença ou sintomatologia (Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Tulip e Campbell, 2001; Berenguer *et al.*, 2004). Para terem um impacto duradouro e essencial, os CF devem ser concedidos numa base regular, considerando todas as necessidades farmacoterapêuticas dos doentes (Tomechko *et al.*, 1995).

Nesse mesmo ano (1990), Strand *et al.* consideram um PRM como um evento ou circunstância que, relacionada com a farmacoterapia, pode interferir, real ou potencialmente, nos resultados clínicos de um determinado doente e estabelecem um sistema de classificação

dos PRM identificados, englobando-os em 8 categorias, na tentativa de organizar esta área do medicamento.

Tabela 2 – Categorias de Problemas Relacionados com Medicamentos

Problemas Relacionados com Medicamentos (Categorias)	
Fármaco Desnecessário – (Indicação Não Tratada)	Má Seleção Farmacológica – (Fármaco Errado)
Dosagem Subterapêutica	Falha na Toma de Fármacos
Overdose Farmacológica	Reacção Adversa ao Fármaco
Interação Medicamentosa	Fármaco Utilizado Sem Indicação

Fonte: Strand *et al.* (1990) e Martínez-Romero *et al.* (2001).

De acordo com os autores, um doente pode experimentar um sinal ou sintoma indesejado por uma ou mais destas 8 razões. Assim, o utente pode estar a tomar um fármaco sem indicação terapêutica, com indicação mas o fármaco errado e/ou o fármaco apropriado não estar a fazer o efeito desejado (como por exemplo por dificuldades na toma ou alergias).

Por outro lado, a dose administrada pode ser demasiado pequena ou ser demasiado forte para a patologia a tratar, bem como o paciente pode nem utilizar o fármaco apropriado prescrito por vontade própria ou por falha na dispensa do mesmo. Por último, a existência de reacções adversas, a presença de interacções fármaco-fármaco e de interacções fármaco-alimentos podem também ser responsáveis pelo aparecimento de PRM (Winslade *et al.*, 1996; Fernández-Llimós *et al.*, 2002).

Os CF procuram representar uma ruptura paradigmática, em que a proposta é deslocar a centralidade da terapêutica do medicamento para o ser humano, tendo em conta as suas necessidades relacionadas com os fármacos, procurando dar resposta a todos os problemas colocados pela terapêutica farmacológica (Strand *et al.*, 1991; Droege, 2003).

Strand *et al.* (1991) enfatizam que, apesar dos serviços farmacêuticos tradicionais (como por exemplo a dispensa de medicamentos) não representarem, por si só, CF, eles são extremamente importantes, apresentando-se muitas vezes como o primeiro contacto com o utente e viabilizam a realização posterior deste tipo de cuidados. Estes investigadores enumeram, ainda, as 6 tarefas que consideram serem fundamentais para a prática de CF. Deste modo: (i) o farmacêutico deve recolher dados e informação relevantes, de um modo

sistemático e estruturado, procurando determinar a presença de um potencial PRM; (ii) o farmacêutico deve identificar e listar estes possíveis PRM; (iii) são estabelecidos os objectivos terapêuticos que deverão ser alcançados, de forma a corrigir os PRM identificados; (iv) são consideradas e analisadas todas as praticáveis intervenções farmacêuticas; (v) é seleccionada a intervenção farmacêutica mais apropriada, tendo em conta a resolução do problema em questão; (vi) é efectuada a monitorização do plano farmacoterapêutico anteriormente traçado, verificando se os objectivos terapêuticos foram alcançados e não surgiram novas reacções adversas ou de toxicidade (Strand *et al.*, 1991; Winslade *et al.*, 1996; Garcia, 2001; Droege, 2003).

2.3. Projecto Minnesota

Cerca de dois anos após a apresentação da definição de CF que inspirou o debate a nível mundial, Strand regressa a Minnesota, fazendo parte de um trabalho de investigação que pretendia provar que a essência do conceito de CF é realizável, podendo ser efectuado no contexto da saúde (Berenguer *et al.*, 2004).

Este estudo, denominado Projecto Minnesota, foi conduzido por um Instituto de CF, o *Peters Institute of Pharmaceutical Care*, e pela Faculdade de Farmácia desse Estado (*Minnesota College of Pharmacy*) e decorreu entre 1992 e 1996. O resultado obtido deu origem ao *Comprehensive Pharmaceutical Care Practice Model* (Tomechko *et al.*, 1995).

Este modelo é constituído por várias fases, considerando os seus autores que para a sua implementação é fundamental que: (i) o farmacêutico procure resposta para todas as carências farmacoterapêuticas dos doentes; (ii) exista um sistema de gestão que suporte a implementação destes cuidados, como recursos humanos e aspectos físicos; (iii) que o mecanismo de reembolso destes serviços funcione.

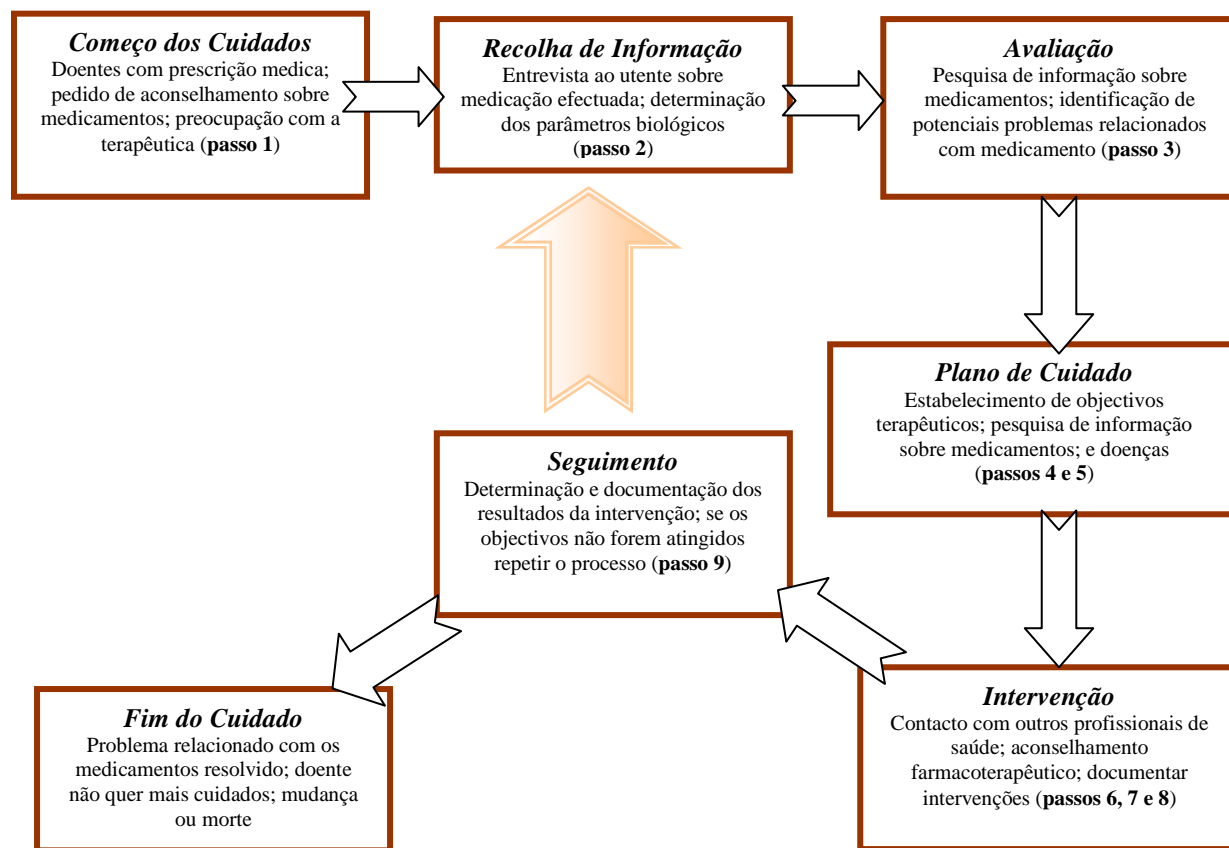
Este método considera 3 etapas fundamentais, como seja a avaliação, o plano de CF e monitorização ou follow-up. Ele apresenta algumas semelhanças com o processo primário de reembolso da área da saúde, o Método SOAP (Subjective-Objective-Assessment-Plan) que era usado, desde há vários anos, por diferentes profissionais de saúde nos EUA, nomeadamente na necessidade da documentação elaborada ser clara, concisa, legível, focada no utente e na garantia da sua confidencialidade (Bradberry e Srnka, 1998).

Deste modo, o Método SOAP consiste na sistematização da organização e documentação do processo de cuidados e de gestão da doença⁷, que utiliza um modelo padronizado com recolha e registo de dados subjectivos e objectivos do utente, avaliação e elaboração de um plano de acção (Zierler-Brown *et al.*, 2007).

Cipolle *et al.* (2000b) identificaram 9 passos que o farmacêutico precisava de realizar de modo a prestar CF. Deste modo, era necessário: (1) estabelecer uma relação farmacêutico-utente; (2) recolher, sintetizar e interpretar informação farmacológica relevante; (3) identificar os possíveis PRM, atribuindo prioridades; (4) estabelecer o resultado farmacoterapêutico desejável, face aos PRM; (5) designar um plano farmacoterapêutico alternativo; (6) individualizar o regime terapêutico, adaptando-o a cada utente; (7) desenvolver um plano de monitorização terapêutica dos fármacos; (8) a implementação dos planos desenvolvidos e (9) o seguimento do regime farmacoterapêutico do utente.

No fundo, tal como referido por Tomechko *et al.* (1995), estes 9 passos podem ser sistematizados em 7 etapas: (i) começo dos cuidados; (ii) recolha de informação; (iii) avaliação; (iv) plano de cuidado; (v) intervenção; (vi) seguimento farmacoterapêutico e (vii) fim de cuidado. De referir que, a partir da etapa de seguimento, pode-se realizar novamente recolha de informação, caso o problema identificado ainda não tenha sido resolvido, conforme pode ser percepcionado na figura abaixo.

⁷ O conceito de gestão da doença (disease management), que sofreu uma “explosão” nos anos 90, teve a sua origem nos Estados Unidos da América devido à necessidade de contenção de custos com a saúde. Trata-se de um conceito abrangente, que considera a doença na sua globalidade e tenda demonstrar, por evidência, a mais valia de uma intervenção por parte dos profissionais de saúde (neste caso dos farmacêuticos) nas vertentes clínicas, económicas e humanísticas. Subjacente a este conceito está a possibilidade da intervenção farmacêutica poder ser remunerada tendo em conta o serviço prestado. Por outro lado, não existe uma definição rigorosa porque um programa de gestão da doença tem objectivos e características relacionados directamente com o ambiente de intervenção e com os objectivos da entidade responsável pela implementação do programa (Stern, 1997).

Figura 1 – Processo do *Comprehensive Pharmaceutical Care Practice Model*

Fonte: Adaptado de Tomechko *et al.*, 1995.

Assim, as várias fases do *Comprehensive Pharmaceutical Care Practice Model* fazem parte de um processo de prestação de cuidados de saúde que certificam a centralidade no doente. Para além disso, para Tomechko *et al.* (1995), a definição em teste era baseada na premissa que os CF são uma prática clínica em que o farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades relacionadas com o uso de fármacos dos utentes, envolvendo-se ambos na obtenção de resultados positivos. Para Strand *et al.* (1990), este conceito é mais completo que o inicial, na medida em que não se trata só de obter melhorias da qualidade de vida do utente, mas também de efectuar parcerias terapêuticas entre os utentes destes serviços e os farmacêuticos.

Para a realização deste projecto de CF foram seleccionadas 10 farmácias⁸. Inicialmente, os investigadores pretendiam obter uma amostra representativa de todas as realidades farmacêuticas, como sejam farmácias de grande, média e pequena dimensão, privadas ou

⁸ Para a preparação do projecto, foram contactadas as 800 farmácias comunitárias do estado de Minnesota. Cerca de 260 mostraram interesse no programa mas só 110 directores técnicos se deslocaram ao Instituto para conhecerem em pormenor a preparação do plano. Destas, foram seleccionadas 10.

fazendo parte de uma cadeia de farmácias e metropolitanas ou rurais. No entanto, no decorrer do processo de preparação do projecto, e tal como referenciado mais tarde por Cipolle *et al.* (2000a), os pesquisadores concluíram que estes factores não seriam relevantes, considerando que a única condição verdadeiramente importante era o farmacêutico que prestava os cuidados. Assim, todos os farmacêuticos das farmácias escolhidas para integrarem o Projecto Minnesota receberam formação específica em CF, tendo aprendido a documentarem a sua prática profissional, conforme defendido anteriormente por Strand *et al.* (1988).

Estes farmacêuticos trabalharam conjuntamente com os investigadores de forma a explorarem a melhor maneira de implementar os CF, verificando-se que o processo-chave neste projecto foi o seguimento farmacoterapêutico, sendo os resultados documentados, analisados e reavaliados ao longo dos 3 anos de duração do programa. Para o conseguir, o farmacêutico deve entrevistar o utente, indagando-o sobre o tipo de medicamentos que toma, qual a sua indicação terapêutica e qual a posologia utilizada. Estas perguntas vão auxiliar o farmacêutico a determinar se algum fármaco está a ser consumido desnecessariamente e eventualmente nas dosagens incorrectas, permitindo prevenir eventuais PRM. Para os investigadores deste projecto, os PRM podem ser classificados em 7 categorias, divididas em 5 subcategorias.

Tabela 3 – Categorias dos Problemas Relacionados com os Medicamentos Considerados no Projecto Minnesota

Categoria	Problemas Relacionados com Medicamentos
Indicação	Fármaco Desnecessário
Efectividade	Fármaco Errado
	Dosagem Muito Baixa
Segurança	Reacção Adversa ao Fármaco
	Dosagem Muito Alta
Aderência da Terapêutica	Aderência Inadequada à Terapêutica
Indicação Não Tratada	Necessidade de Terapêutica Farmacológica Adicional

Fonte: Adaptado de Tomechko *et al.*, 1995 e Cipolle *et al.*, 2002b.

A percepção da efectividade da terapêutica deve também ser considerada, formulando o farmacêutico, a partir dos dados obtidos, um plano de seguimento farmacoterapêutico sistemático para o utente. Assim, uma das mais-valias deste método é o facto de o farmacêutico ter acesso ao processo clínico através do próprio utente, não dependendo de

outro profissional de saúde, para o obter. A comunicação com os outros prestadores de cuidados de saúde é importante e deve ser fomentada, mas o sucesso da realização de CF não depende exclusivamente desta perspectiva (Simpson, 1997 e Wong *et al.*, 2004). Os farmacêuticos do projecto estimaram que, aproximadamente, 35% dos utentes que recorrem às farmácias necessitam de CF, tendo ainda observado que as síndromes mais frequentes que necessitaram de CF foram, por prevalência: a sinusite, a bronquite, a otite, a hipertensão, a dor, as doenças gástricas, a osteoporose, a rinite, as infecções dermatológicas, a depressão e as artrites.

Constata-se, assim, que as patologias mais comumente utilizadas para efectuar o SF, como a asma, diabetes e hiperdislipidemia não eram das mais representativas, no princípio da década de 90. De facto, estas doenças só começaram a fazer parte da agenda da saúde devido ao impulso dado pela indústria farmacêutica (Simpson, 1997).

Neste projecto, foi desenvolvido um programa informático com o objectivo de auxiliar na recolha de dados do maior número de utentes possíveis, permitindo a prestação de cuidados durante o maior tempo possível.

O processo de reembolso foi também construído, usando como base o sistema de restituição dos médicos. Deste modo, foram tidas em conta as necessidades dos utentes, a complexidade das patologias associadas, os conhecimentos e aptidões aplicadas e todo o tipo de fármacos utilizados, como os de prescrição médica obrigatória, os não sujeitos a receita médica e os suplementos alimentares.

Os CF prestados por este programa foram pagos por uma companhia independente de planos de saúde norte-americana, a *Blue Cross* e *Blue Shield of Minnesota*⁹, verificando-se que, em média, cada visita de cuidados custou \$12. No entanto, este valor teve tendência a diminuir no decorrer do programa, na medida em que, depois do plano de CF estar implementado, o tempo investido para cada utente, tem tendência a estabilizar. No decorrer dos 3 anos do projecto, foram fornecidos CF a 9 000 utentes, sendo 5 480 destes seguidos no último ano em estudo. Esta amostra de utentes representou um total de 12 376 visitas à farmácia, com uma média de 2,3 encontros por utente (Berenguer *et al.*, 2004).

Os farmacêuticos comunitários, conjuntamente com os investigadores deste projecto, identificaram 4 228 PRM, por ano, tendo sido constatado que: (i) 23% dos doentes seguidos

⁹ Para além da *Blue Cross* e *Blue Shield of Minnesota*, os autores do projecto puderam contar com o patrocínio da *Minnesota College of Pharmacy*, alguns laboratórios farmacêuticos como a Merck e a Glaxo, e certas companhias de prestação de serviços de saúde, como a *Diversified Pharmaceutical Services*.

precisavam de terapêutica farmacológica adicional; (ii) 21% dos utentes apresentavam reacções adversas aos fármacos; (iii) 16% dos utentes utilizavam medicamentos incorrectos e (iv) 15% consumiam fármacos em doses sub-terapêuticas.

De uma maneira geral, constatou-se que 43% dos utentes dos CF apresentavam PRM. Cipolle *et al.* (2000) concluíram que poderão ter existido mais problemas não identificados mas que a percentagem de identificados e resolvidos foi grande (60%) (Simpson, 1997).

O projecto Minnesota testou o conceito de CF, demonstrando a sua fiabilidade e desenvolvendo as ferramentas para o levar a cabo. Cipolle *et al.* (2000) concluem que esta prática, para além de contribuir para a melhoria real dos doentes e da sua qualidade de vida, apresenta-se como um investimento lógico e economicamente favorável, que procura dar aos serviços farmacêuticos um papel primordial no sucesso dos Cuidados Primários de Saúde.

2.4. Documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS)

Em 1993, a OMS elabora o Documento de Tóquio¹⁰, no qual examina as responsabilidades do farmacêutico em relação aos utentes e à comunidade, englobando-as no conceito de CF. Assim, o farmacêutico, para além de dispensar medicamentos, garantindo a sua qualidade, desenvolve o seu acto profissional ao interpretar e avaliar as prescrições médicas, dando os aconselhamentos e esclarecimentos necessários, desde as interacções medicamentosas, contra-indicações e reacções adversas, de modo a promover o uso racional do fármaco (Winslade *et al.*, 1996; Mota, 2002).

Com este relatório, a OMS realça que os CF são um conceito de prática profissional, onde o doente é o principal beneficiário, procurando o farmacêutico, com a sua actividade diária, conseguir resultados terapêuticos definidos que aumentem a qualidade de vida do utente, em particular, e de toda uma comunidade, no geral.

Este Documento de Tóquio surge no encadeamento de uma primeira reunião organizada pela OMS¹¹, que deu então origem a um documento inicial – Documento de Nova Deli¹² (1988). Este relatório representa um marco importante na reorientação da actuação do farmacêutico, que deixa de estar centrada no medicamento e passa a ser voltada para os

¹⁰ Relatório elaborado por um grupo de especialistas de diversos países da OMS, numa segunda reunião sobre o papel do farmacêutico, subordinada ao tema: “Assistência Farmacêutica de Qualidade – Benefícios para os Governos e a População”.

¹¹ Em 1986, a Assembleia Mundial de Saúde aprova uma “Estratégia Revista de Medicamentos”, onde a OMS se compromete a organizar reuniões com vários especialistas mundiais com vista a analisar o papel do farmacêutico na saúde.

¹² Trabalho da primeira reunião do grupo consultivo da OMS, com o tema “O Papel do Farmacêutico no Sistema de Saúde”.

utentes. Para além disso, nele é efectuada uma descrição das funções do farmacêutico, no âmbito das suas várias áreas de actuação (como a farmácia comunitária, hospitalar e industrial), uma reflexão sobre o desenvolvimento de recursos humanos em farmácia, e algumas recomendações como, por exemplo, a referência à prestação da orientação profissional associada à dispensa de medicamentos, por parte do farmacêutico ao utente, numa área privativa dentro da farmácia (OPAS, 2004).

No seguimento dos anteriores documentos, desenvolvidos pela OMS e que focam o papel do farmacêutico, surge em 1997 o Documento de Vancouver¹³. Nele são abordados os aspectos a ter em conta na preparação do farmacêutico do futuro através da aposta no seu desenvolvimento educacional, científico e curricular, enfatizando, deste modo, a importância do estudante de ciências farmacêuticas como um participante activo do processo de aprendizagem.

Para além disso, são ainda analisadas as necessidades de serviços farmacêuticos nos Sistemas de Saúde a nível mundial e identificados os papéis considerados essenciais, denominados como “farmacêuticos sete estrelas”. Assim, de acordo com este conceito, o farmacêutico deve ser um profissional de saúde com características de: (I) provedor de cuidados; (II) decisor; (III) comunicador; (IV) líder; (V) gerente; (VI) capacidade de aprender continuamente (VII) educador.

O Documento de Tóquio, conjuntamente com os documentos de Nova Deli e Vancouver, traduz o importante papel que a OMS tem desempenhado neste conceito de cuidado. Entre as estratégias e recomendações propostas, encontram-se aquelas voltadas para a formulação de políticas nacionais de medicamentos, bem como o repensar da função do farmacêutico no Sistema de Cuidados de Saúde.

2.5. Seguimento Farmacoterapêutico

Os CF são, sobretudo, orientados para os resultados em saúde, envolvendo a monitorização a longo prazo, o que significa fazer o Seguimento Farmacoterapêutico (SF) do doente. Esta prática farmacêutica consiste na detecção, prevenção e resolução de PRM, contando com a colaboração do doente e dos outros profissionais de saúde (Martinez-Romero *et al.*, 2001; Silva e Prando, 2004; Brehm *et al.*, 2006). No entanto, tal como referido por Rodríguez *et al.*

¹³ Resultado da terceira reunião do grupo consultivo da OMS, para o debate do papel do farmacêutico: “Preparação do Farmacêutico do Futuro – Desenvolvimento Curricular”.

(2004), importa nunca esquecer que o objectivo principal não é a detecção mas sim a prevenção.

Em 2001, foi publicado o “*Consenso sobre Atención Farmacêutica*”, redigido por especialistas espanhóis na área dos CF o qual esclarece quais os serviços fundamentais que compõem este tipo de cuidados. Assim, de acordo com estes autores, do conceito de CF fazem parte os serviços de dispensa activa, de aconselhamento e de seguimento farmacoterapêutico (Ministério de Sanidad y Consumo, 2001; Fernández-Llimós *et al.*, 2002).

Para que este objectivo seja cumprido com maior eficiência, o SF¹⁴ deve seguir um método de trabalho rigoroso, com procedimentos protocolados e validados. Neste sentido, foi publicado, em 2001, por um grupo de investigadores da Universidade de Granada, uma metodologia de trabalho denominada “Programa de Dáder”, baseada na obtenção da história farmacoterapêutica do doente.

Este processo, baseado nos estudos do grupo de investigação de Minnesota¹⁵, mas adaptado à realidade da cultura espanhola, consiste na descrição completa dos problemas de saúde do doente, dos medicamentos que utiliza e na avaliação do seu estado de saúde numa determinada data, de forma a identificar e tentar resolver os possíveis PRM. Após a intervenção farmacêutica, os resultados são também documentados e avaliados, permitindo avaliar o seu efeito terapêutico sobre o doente (Ibáñez *et al.*, 2003; Machuca *et al.*, 2004; Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica – Universidad de Granada, 2006; Pires *et al.*, 2006).

O Programa de Dáder apresenta uma estrutura bastante comum com o resto dos processos de assistência farmacoterapêutica. Assim, conforme referenciado por Renovato e Trindade (2004), as etapas deste procedimento, podem ser enumeradas em: (1) Primeira Visita; (2) Análise da Situação (Entrevista); (3) Fase de Estudo; (4) Avaliação Global e Suspeitas de PRM e (5) Segunda Visita.

Aquando da entrevista, Martínez-Romero *et al.*, 2001 e Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica – Universidad de Granada (2006) sugerem que se utilizem perguntas abertas em relação aos problemas de saúde que afectam o utente, em contraponto com perguntas fechadas sobre os medicamentos utilizados. Estes investigadores salientam também a importância do resumo geral, no final da entrevista, para que o farmacêutico se assegure que

¹⁴ Para alguns autores, o termo mais correcto é Acompanhamento Farmacoterapêutico, na medida em que o farmacêutico não segue a terapêutica farmacológica do utente, mas acompanha o seu plano farmacoterapêutico.

¹⁵ Em 1998, um grupo de investigadores da Universidade de Granada visita o projecto de investigação de Minnesota, dando deste modo origem a reuniões de trabalho que conduziram ao nascimento da metodologia de “Dáder”, em 1999.

todos os dados relevantes foram transmitidos pelo utente. A análise da situação, ou estado da situação, é registada num documento elaborado durante a entrevista inicial, mas estruturado de modo diferente consoante as várias metodologias utilizadas, e onde se pretende conhecer todos os medicamentos utilizados e as patologias que afectam o utente em questão (Strand *et al.*, 1988; Fernández-Llimós *et al.*, 2002). No documento de estado de situação são apontados os problemas de saúde, os medicamentos utilizados (com a posologia prescrita pelo médico e a utilizada pelo utente), bem como a evolução da terapêutica farmacológica, registando-se se estes medicamentos parecem ser efectivos¹⁶ e seguros¹⁷.

Esta parte do procedimento operativo (estado de situação) em conjunto com a sua evolução constitui-se como o núcleo central do Programa de Dáder. De facto, a análise de situação está sempre a ser modificada e o resultado último de uma intervenção é um novo estado de situação do utente (Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica - Universidad de Granada, 2006).

O Programa de Dáder utiliza uma classificação de PRM, redigida pelo Consenso de Granada¹⁸, em que se procurou sistematizar os conhecimentos anteriores, obtidos com as classificações anteriores, concretamente com a utilizada pelo Projecto Minnesota.

Este trabalho do Consenso de Granada, publicado em 1999, considera a existência de 6 categorias de PRM. Pouco tempo após a sua publicação, apareceram as primeiras análises críticas¹⁹, levando à adopção de uma classificação modificada, que foi obtida aquando da realização do Segundo Consenso de Granada²⁰ sobre PRM, em 2001. Assim, de acordo com esta classificação, os PRM podem ser divididos em 3 subcategorias: a necessidade, a efectividade e a segurança.

¹⁶ Efectivo poderá ser entendido como um medicamento que controla um problema de saúde.

¹⁷ A insegurança em relação a um medicamento prende-se com o facto dele poder produzir ou agravar um problema de saúde.

¹⁸ Em 1998, em Granada, realizou-se uma reunião de profissionais e grupos de investigadores que estavam a trabalhar na identificação e resolução de PRM, que ficou conhecida como o Consenso de Granada.

¹⁹ Alguns autores consideravam que as subdivisões feitas para os PRM, não eram as mais correctas, havendo ambiguidades entre elas, que levavam a utilizações incorrectas desta classificação.

²⁰ O Segundo Consenso de Granada sobre PRM foi publicado em 2002. Actualmente, está a começar a ser utilizado o Terceiro Consenso de Granada, cuja apresentação ocorreu em Novembro de 2007 (Grupo de Investigación en Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, 2007), conforme Anexo I.

Tabela 4 – Definição de Problemas Relacionados com Medicamentos Utilizados pelo Programa de Dáder de Acordo com o Segundo Consenso de Granada

Necessidade
PRM 1: O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita
PRM 2: O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita
Efectividade
PRM 3: O doente tem um problema de saúde por uma inefectividade não quantitativa da medicação
PRM 4: O doente tem um problema de saúde por uma inefectividade quantitativa da medicação
Segurança
PRM 5: O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento
PRM 6: O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Fonte: Adaptado por Santos *et al.*, 2004.

Martinez-Romero *et al.* (2001) publicaram os resultados da fase piloto desta metodologia, realizada entre Janeiro e Março de 2000. Assim, em 24 farmácias (com 48 farmacêuticos), foi prestado seguimento a 174 pacientes, tendo-se intervindo em 194 PRM, dos quais 167 foram resolvidos.

Por outro lado, os autores constataram ainda que cerca de 36% dos PRM detectados estavam relacionados com a segurança dos medicamentos utilizados, havendo necessidade de comunicar com o médico em 68% das ocasiões. Em consequência destes contactos médico-farmacêutico, 81% dos resultados negativos foram solucionados. No entanto, o meio de comunicação mais utilizado para solucionar os PRM identificados foi a comunicação verbal médico-utente-farmacêutico.

De acordo ainda com Martínez-Romero *et al.* (2001) e Fernández-Llimós *et al.* (2002) esta metodologia é bastante simples, apresentando as vantagens de não necessitar de aplicações informáticas, nem conhecimentos prévios de farmacologia e farmacoterapia avançados nem de um sistema de documentação complexo dos processos e dos resultados. No entanto, esta metodologia não considera a aderência à terapêutica por parte do utente como um factor importante por si só, a não ser que ela provoque um problema de saúde. Caso isto aconteça, ela será incluída na categoria correspondente à quantidade que está a ser utilizada pelo doente, ou seja, inserida na subcategoria necessidade.

O Programa de Dáder foi revisto, pelos seus autores, em 2003 e 2005, com o objectivo de universalizar e simplificar o processo de trabalho de forma a que, cada vez mais, ele possa ser usado por qualquer farmacêutico, que trabalhe com qualquer utente, com qualquer grau de enfermidade, tornando-se, assim, uma prática generalizada (*Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica - Universidad de Granada, 2006*).

Em 2003, Rocha *et al.*, publicam os resultados de uma investigação do Programa de Dáder, testado em ambiente hospitalar, concluindo que o processo é semelhante ao verificado numa farmácia comunitária. Uma das únicas particularidades diz respeito ao facto de, no primeiro caso, o farmacêutico ter a possibilidade de consultar a história clínica do utente antes da realização da entrevista. De acordo com os autores, este trabalho permite confirmar a flexibilidade desta metodologia, podendo ser aplicada em locais distintos e a doentes com diversos graus de complexidade patológica.

O farmacêutico é o profissional de saúde com formação específica para intervir em farmacoterapia, podendo contribuir para a redução dos custos associados ao uso de medicamentos e para a redução da taxa de morbilidade e mortalidade, efectuando assim a gestão da terapêutica. Esta gestão é um serviço que se destina a doentes com necessidade de análise mais detalhada da medicação, com a finalidade de identificar, prevenir e resolver PRM, através de intervenção junto do doente e/ou reporte ao médico e posterior monitorização dos resultados dessa intervenção (Bradberry e Srnka, 1998; Morris *et al.*, 2002; Rocha *et al.*, 2003).

Trata-se assim de, através: (i) da identificação dos doentes alvo; (ii) da análise crítica dos problemas de saúde e medicamentos associados; (iii) da identificação de PRM; (iv) da intervenção farmacêutica; (v) da monitorização dos resultados, assegurar a utilização dos medicamentos de acordo com as necessidades do doente, com efectividade e segurança, visando a obtenção de resultados positivos em saúde (Martinez-Romero *et al.*, 2001; Droege, 2003; Armando *et al.*, 2005).

De acordo com Cipolle *et al.* (2000a), a filosofia dos CF inclui diversos elementos. Deste modo, ela resulta de uma afirmação de uma necessidade social, continua com um enfoque centrado no doente, tem como elemento central o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica entre o doente e o farmacêutico e termina com uma descrição das responsabilidades concretas deste profissional de saúde.

CAPITULO III. Critérios e Obstáculos de Implementação de Cuidados Farmacêuticos

A pluralidade de prescrições para um único doente, o aumento da oferta constante de novos e mais complexos medicamentos, a disparidade da informação disponível e complexidade dos tratamentos farmacológicos, ao serem causadoras de elevado grau de morbidade e mortalidade relacionadas com fármacos, são a principal razão do desenvolvimento universal de PCF e de AF. Esta realidade contribui para o desenvolvimento de serviços cada vez mais orientados para o utente (Strand *et al.*, 1991; Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Droege, 2003).

Com os PCF, pretende-se solidificar a actuação do farmacêutico comunitário no apoio ao uso correcto dos medicamentos, na implementação de medidas para melhorar a adesão ao tratamento, na participação em pesquisas nas áreas da farmacoepidemiologia e da farmacovigilância e promoção da saúde, junto de utentes e comunidade (Tomechko, 1995, Mota, 2002; Chisholm-Burns e Spivey, 2008).

No entanto, apesar da visão ser clara, o mecanismo para a conseguir não é. Persiste ainda a dúvida sobre a forma como este conceito pode ser tornado realidade face aos critérios e constantes obstáculos já enumerados em alguns artigos de investigação (Strand, 1988; Penna, 1990, Tomechko *et al.*, 1995; Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Bennett *et al.*, 2000; Larson, 2000, Cabrera *et al.*, 2005; Farris *et al.*, 2005; Pires *et al.*, 2006; Breland, 2007). Estas normas e dificuldades podem, de uma maneira geral, ser englobadas em dois grandes grupos: um de vertente ambiental ou situacional, podendo ser considerado como uma perspectiva não financeira e outro de cariz financeiro. De seguida, far-se-á uma apresentação de cada uma dessas vertentes.

3.1. Perspectiva Não Financeira

O modelo prático de CF deve ser baseado no tipo de utentes que frequentam os serviços da farmácia comunitária, nas suas necessidades clínicas, na disponibilidade, tanto de farmacêuticos treinados como de outros profissionais de saúde, e na vontade da própria farmácia comunitária para suportar os encargos da implementação do programa (Breland, 2007).

3.1.1. Utentes

Apesar de os CF se terem tornado, nos últimos tempos, numa prática dominante para muitos farmacêuticos, a verdade é que, tal como referido por alguns autores, para o utente comum, este conceito permanece desconhecido.

Berenguer *et al.* (2004) sugerem que o facto da prestação deste tipo de serviços não se efectuar de uma forma rotineira nem os próprios utentes estarem habituados a ter a acesso a eles numa farmácia comunitária poderá em parte explicar este desconhecimento.

No entanto, sendo o utente a razão de ser dos CF, é fundamental a sua adesão ao programa, a qual deve ser feita na forma de consentimento informado (Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Sansgiry e Jayawant, 2005). Tal como demonstrado primeiramente com o Projecto Minnesota e posteriormente com outros trabalhos, a maior parte dos utentes, apesar de desconhecer inicialmente o conceito de CF, começa a esperar a implementação deste programa assim que ele lhes é explicado e oferecido (Simpson, 1997; Chamorro *et al.*, 2004; Pires *et al.*, 2006).

De acordo com a investigação desenvolvida por Pires *et al.* (2006), 67,2% (amostra=241) dos utentes mostraram-se interessados no SF, apesar de inicialmente 88,1% não conhecer o significado de CF.

Estes factos poderão ser explicados pelo trabalho de investigação de Tomechko *et al.* (1995), o qual conclui que, muitas vezes, os utentes encontram-se desejosos de partilhar com os farmacêuticos informações que não têm tempo de esclarecer com os clínicos. Assim, o tempo dispendido com cada doente poderá depender da natureza da terapêutica farmacológica, do tipo de patologias associadas, dos PRM identificados, do nível de interesse dos utentes destes cuidados e das capacidades de comunicação dos farmacêuticos.

De acordo com o trabalho de Renovato e Trindade (2004), o nível de conhecimentos sobre medicamentos, em conjugação com o nível de escolaridade e a polimedicação, apresentam-se como barreiras ao uso racional do medicamento e à prática de medidas não farmacológicas, por parte do utente. Com a implementação de CF, procura-se criar serviços que ultrapassem estes obstáculos, indo ao encontro das necessidades, expectativas e desejos dos utentes, de forma a oferecer um serviço ou uma actividade farmacêutica consistente.

Vários autores têm demonstrado que a implementação dos CF gera valor para os utentes que a eles têm acesso, mas é também importante que estes reconheçam essa mais-valia (Simon Bell *et al.*, 2006; Breland, 2007; Fincham, 2007; Plumridge e Wojnar-Horton, 1998). De facto, tal como referido por Strand *et al.* (1991), as necessidades do utente devem

diferenciar o tipo de CF que são prestados, devendo o farmacêutico analisar o tipo de risco a que o doente está sujeito.

Assim, existem 3 tipos de factores de risco: (a) os clínicos (como por exemplo o resultante da idade); (b) os associados à doença e (c) os derivados da própria terapêutica. A conjugação destes factores influencia a determinação do tipo de CF que devem ser prestados.

Ibáñez *et al.* (2003) reconhecem que, para um utente, o benefício de um serviço é directamente proporcional ao valor percebido, o qual, por sua vez se vai construindo através de prestações tangíveis (como a resolução de um PRM) e intangíveis (por exemplo, características de comunicação farmacêutico-utente). Por outro lado, um serviço farmacêutico é tanto mais atractivo para o utente, consoante o preço que tiver que pagar para o obter e os incómodos/transtornos que experimenta durante todo o processo de CF, ou seja, o tempo de cada visita à farmácia comunitária, a falta de intimidade apropriada e a falha de credibilidade do farmacêutico.

3.1.2. Profissionais de Saúde

A percepção destes inconvenientes surgiu com a consciencialização do próprio conceito de CF. Assim, já em 1990, Penna defende que uma correcta implementação destes cuidados de saúde só é possível se a farmácia comunitária estiver, de facto, vocacionada para o utente e os colaboradores desta unidade envolvidos na obtenção de um melhor serviço, na medida que estes serviços devem ser prestados regularmente.

A possível oposição por parte dos outros profissionais de saúde (como os médicos e enfermeiros), por falta de esclarecimento sobre o conceito e visão que representam os CF, e o receio de uma exacerbação de competências por parte do farmacêutico é outro dos impedimentos à implementação desta prática. Depois de ultrapassada esta desconfiança inicial, alguns estudos demonstram que esta colaboração entre profissionais de saúde, sobretudo entre médicos e farmacêuticos, dá origem a resultados positivos na saúde dos doentes (Plumridge e Wojnar-Horton, 1998; Tulip e Campbell, 2001; Giorgi *et al.*, 2006; Chen e Neto, 2007). Os CF preconizam fortalecer o papel social do farmacêutico, como profissional integrado numa equipa de saúde e comprometido com as necessidades relacionadas com os medicamentos, primando pela segurança e eficácia do tratamento farmacológico. Trata-se, deste modo, de uma proposta que requer um trabalho corroborativo e cooperativo com toda a equipa de saúde, respeitando sempre os seus respectivos âmbitos profissionais (Costa *et al.*, 2004a; Kimberlin, 2006).

Neste sentido, a OMS aprovou uma Resolução (WHA 47.12) que trata do apoio promovido pelos farmacêuticos à Estratégia Revista desta Organização sobre medicamentos e onde é solicitada a promoção, em parceria com outros profissionais de saúde, do conceito de CF, como forma de alcançar o uso racional de medicamentos e de participar activamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde (Hepler e Strand, 1990; WHO, 1994; Morris *et al.*, 2002). Infere-se, a partir daqui, a importância de um trabalho de equipa de saúde²¹ multiprofissional (como por exemplo médicos, enfermeiros e nutricionistas), na qual o farmacêutico esteja inserido. Vários estudos têm demonstrado que, quando os farmacêuticos estabelecem a sua credibilidade e demonstram a sua competência, os médicos adquirem confiança na capacidade dos farmacêuticos para gerir a terapêutica farmacológica dos seus doentes (Droege, 2003; Strand *et al.*, 2004; Brehm *et al.*, 2006).

Este desconhecimento do conceito de CF não é, contudo, de estranhar, dada a essência do próprio conceito e a fase transitória que ele atravessa, verificando-se que, por vezes, os próprios farmacêuticos apresentam alguma dificuldade na sua compreensão (Fernández-Llimós *et al.*, 2002; Silva e Prando, 2004). A este propósito, Cabrera *et al.* (2005) apresentam um estudo observacional, descritivo e transversal, onde recolhem a opinião de farmacêuticos comunitários a trabalharem na região de Granada. Através dele, é possível verificar que 87,9% (n=87) dos inquiridos desconhece o conceito de SF e tudo o que esta prática supõe, apesar de 72,3% (n=72) afirmar que realizam este seguimento nas suas farmácias. Estes dados, aparentemente contraditórios, são talvez o reflexo dos primeiros passos que esta área atravessa e da abrangência do conceito.

Alguns estudos independentes, como Cabrera *et al.* (2005), Costa *et al.* (2006b) e Breland (2007) referem ainda que outras das barreiras para a implementação dos CF estão já descritas e identificadas. Assim, a falta de tempo por parte dos farmacêuticos, a escassez de recursos humanos, o inadequado treino clínico e uma desajustada liderança por parte do director técnico são factores significativos que justificam o atraso na implementação deste tipo de cuidados. Muitas iniciativas de implementações de programas de CF começam com grande entusiasmo, envolvendo vários farmacêuticos. No entanto, a experiência demonstra que a maior parte delas é conduzida para uma situação em que subsistem apenas alguns profissionais farmacêuticos a desempenharem todas as tarefas e responsabilidades deste tipo de cuidados (Hall, 2003; Cabrera *et al.* 2005; Farris *et al.* 2005). A visão da implementação

²¹ De acordo com o Comité de Especialistas da OMS (1985), equipa de saúde "... é um grupo de pessoas que compartilham uma meta comum de saúde e objectivos comuns, determinados pela necessidade da comunidade. Cada membro da equipa contribui para o seu cumprimento, de maneira coordenada, de acordo com as suas próprias competências e habilidades, respeitando as funções dos outros membros da equipa."

dos CF, a missão da farmácia e os objectivos do programa devem ser partilhados por todos os colaboradores, uma vez que a sua correcta implementação e concretização é o resultado do trabalho de toda a equipa da farmácia (Strand *et al.* 2004; Chen e Neto, 2007; Shane, 2007).

É importante que toda a equipa seja treinada para uma boa comunicação com o utente, de forma a minimizar os riscos e otimizar os benefícios no atendimento, uma vez que o farmacêutico não tem condições de atender todos os utentes. Porém, o procedimento completo, que inclui a entrevista com os utentes, deverá ser realizada unicamente pelo farmacêutico. Por meio de técnicas de entrevista, que exigem treino e habilidade a nível das relações interpessoais, o farmacêutico deverá avaliar a real necessidade de conhecimento e qual o possível grau de compreensão do utente sobre um determinado assunto. Esta entrevista é dividida em cinco etapas, que incluem: apresentação; anamnese farmacológica; avaliação das informações; desenvolvimento da educação; e término (Tomechko *et al.* 1995; Costa *et al.* 2004a; Mendes, 2007).

Este *modus operandi* de implementação dos CF deve ser descrito detalhadamente, compreendido, visualizado e enfatizado para todos os profissionais que colaboram na farmácia. Deste modo, um dos critérios de implementação dos CF passa por criar uma equipa técnica forte e coesa, que permita ao farmacêutico que presta este tipo de cuidados estar liberto dos trabalhos de dispensa habitual (Simpson, 1997). Para além disso, para desempenhar bem sua função, o farmacêutico deverá dispor de informações actualizadas, verdadeiras e validadas cientificamente. Na realidade, profissionais treinados, equipamentos complementares, sistemas de informação e outros recursos devem estar presentes como suporte da prática de CF.

3.1.3. Educação

O século passado foi marcado por grandes avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, inclusive na industrialização dos medicamentos. Este facto deu origem a um período de reflexão no processo de educação farmacêutica (Cipolle, 1986; Strand *et al.* 1987; Droege, 2003). Numerosos autores reconhecem esta preocupação, por parte dos meios académicos, com a existência de vários métodos de aprendizagem, mas constataam a dificuldade em efectuar, a nível mundial, a inovação na formação universitária de farmacêuticos. Assim, verificou-se que alguns programas académicos das Universidades concentram sobretudo teoria, sendo estruturados, de acordo com alguns investigadores, com aparente pouco conhecimento da realidade e das necessidades da sociedade em geral. Os profissionais

farmacêuticos assim formados podem apresentar dificuldade em se adaptarem às exigências da sociedade constituindo uma barreira à prestação de CF (Strand, 1988; Droege, 2003; Hall, 2003; Cabrera *et al.* 2005; Farris *et al.* 2005; Lee *et al.* 2006).

São, deste modo, necessárias considerações sobre a educação farmacêutica, de modo a que o farmacêutico recém-licenciado esteja treinado numa postura comunicativa com o utente e os outros profissionais de saúde, crítica e reflexiva, consciente da sua função social. Tenta-se, deste modo, sensibilizar as Instituições de Ensino Superior para a inserção dos conteúdos necessários à prática dos CF nos currículos (Brehm *et al.* 2006; Kimberlin, 2006; Turner *et al.* 2006). De acordo com Simon Bell *et al.* (2006) é também fundamental envolver as organizações e associações que representam os doentes no processo de aprendizagem e formação dos farmacêuticos, procurando-se, deste modo, garantir uma maior envolvimento na prática profissional.

A emergência do farmacêutico como uma profissão clínica tem possibilitado a estes profissionais obter as ferramentas e conhecimentos necessários para melhorar os resultados da terapêutica farmacológica. Os prestadores de CF devem estar preocupados com o efeito dos seus serviços na qualidade de vida do utente e não apenas com o facto de fornecerem serviços. Assim, devem trabalhar com os outros profissionais de saúde, de forma a assegurarem que os objectivos terapêuticos são alcançados, que os PRM não ocorrem ou são rapidamente detectados e resolvidos (Martinez-Romero *et al.* 2001; Cipolle *et al.* 2002a).

Segundo alguns investigadores, como Penna (1990), Cipolle *et al.* (2002b) e Strand *et al.* (2004), só através de um esforço comum das Organizações Farmacêuticas, das Universidades e dos próprios farmacêuticos é possível estender a necessidade da prestação deste tipo de cuidados, tornando-os imprescindíveis para os utentes, outros profissionais de saúde, companhias de seguros, Organizações de Saúde e Governos.

Dada a existência de polimedicação e a complexidade da informação farmacoterapêutica disponível, começaram a aparecer farmacêuticos comunitários especialistas em determinadas áreas, configurando-se, deste modo, como profissionais de saúde que estudam algumas patologias crónicas em profundidade, nomeadamente a diabetes, a hipertensão e a asma. Tal como defendido por Correr *et al.* (2005), este grau de especialização por parte do farmacêutico é importante, permitindo uma melhor avaliação da complexidade dos tratamentos farmacológicos e uma compreensão mais detalhada da medicação e posologia efectuada.

A harmonização do conceito e de estratégias para a prática de CF poderá contribuir para que os profissionais envolvidos adoptem um conjunto de novas condutas nas suas práticas

diárias, baseadas em directrizes comuns, possibilitando deste modo a troca de experiências e avaliação dos resultados alcançados (Kimberlin, 2006).

3.1.4. Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM)

Um outro obstáculo importante que tem surgido ao longo do tempo diz respeito à ambiguidade da própria definição de PRM. Este facto pode ter contribuído para que este conceito tenha sido por vezes esquecido enquanto factor de risco que pode produzir a morbidade e mortalidade dos doentes (Faus e Fernández-Llimós, 2003; Fernández-Llimós *et al.* 2005).

De acordo com Martínez-Romero *et al.* (2001) e Fernández-Llimós *et al.* (2002), podem ainda ocorrer falhas nesta percepção por falta de desenvolvimento conceptual, relacionado com o próprio conceito de PRM. Assim, estes autores chamam a atenção para o paradigma SPO (*Structure-Process-Outcomes*), aplicado pela primeira vez por Donabedian (1966) e adaptado por Farris e Kirking (1993) para os CF, para realçar que todos os elementos dos cuidados podem ser divididos por 3 escalões: (i) estrutura; (ii) processo e (iii) resultado. Apesar de, por vezes, não existirem diferenças significativas entre processo e resultado, a verdade é que a causa de um PRM faz parte do processo de CF, enquanto que o próprio PRM deve ser uma das variáveis do resultado.

Estas correlações podem ser esquematizadas efectuando interligações com os escalões do paradigma SPO.

Tabela 5 – Relação entre os Serviços Fundamentais dos Cuidados Farmacêuticos e o Paradigma SPO

	<i>Estrutura</i>	<i>Processo</i>	<i>Resultados</i>
Actividades	Farmácia Comunitária Equipa de Colaboradores	Dispensa Activa Aconselhamento Farmacoterapêutico	Seguimento Farmacoterapêutico
	Variáveis da Estrutura	Variáveis do Processo	Variáveis dos Resultados
	Instalações Farmacêuticas	Polimedicação	PRM

Fonte: Adaptado de Fernández-Llimós *et al.*, 2002.

No entanto, quando o PRM é reconhecido como factor de risco, ele tem dado azo à existência de várias classificações utilizadas internacionalmente. Este facto tem também, de alguma maneira, condicionado a execução de determinados programas de cuidados, nomeadamente por falta de uma linguagem de reporte de problemas com medicamentos

comum (Fernández-Llimós *et al.* 2005; *Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica - Universidad de Granada*, 2006).

Apesar de alguns avanços no conceito e classificação dos PRM, os vários investigadores reconhecem a importância de se proceder periodicamente à sua revisão, procurando assim a harmonização dos conceitos e metodologias que procuram observar estes problemas de saúde relacionados com a farmacoterapia (Mota, 2002; Berenguer *et al.* 2004; Santos *et al.* 2004; Fernández-Llimós *et al.* 2005). Exemplo disso é um estudo realizado em Portugal, onde se comparou a facilidade de utilização de dois tipos de classificação: uma europeia, a da *Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)*²² e outra espanhola, do Segundo Consenso de Granada (Costa *et al.* 2004b).

Os resultados deste estudo sugerem que uma classificação de PRM adequada à prática profissional deve ser capaz de assegurar uma identificação destes problemas, sequencial, sistemática e consistente. Os autores concluem assim que a classificação desenvolvida pelo Segundo Consenso de Granada foi a que melhor demonstrou satisfazer estes requisitos na prática diária.

3.1.5. Infra-estruturas

Outro dos aspectos fundamentais para a prática regular dos CF diz respeito à existência de instalações adequadas. Efectivamente, é necessário garantir a existência dentro das farmácias de uma área de privacidade, perto do local de atendimento, mas mais isolada, de forma a criar alguma privacidade no contacto farmacêutico-utente durante a realização das entrevistas de seguimento farmacoterapêutico. A existência desta área, que vai ao encontro dos desejos dos utentes conforme vontade expressa aquando da realização do Projecto Minnesota, possibilita a divulgação de informações médicas e de carácter pessoal, por parte do utente (Tomechko, 1995; Simpson, 1997; Simon Bell *et al.* 2006). Deste modo, farmácias pequenas ou com má disposição de espaço, poderão ver surgir a falta de espaço físico como mais um obstáculo à implementação de CF (Tomechko *et al.*, 1995; Simpson, 1997).

Os CF foram pensados de modo a tornarem-se uma prática generalista, que proporcione cuidados continuados, coordenados, compreensivos e documentados a toda a população, fornecidos por profissionais qualificados (Fincham, 1998). É importante assegurar o registo de todas as intervenções farmacêuticas, na medida em que, ao fazê-lo, não só se documenta as

²² Classificação europeia dividida em 6 domínios principais, sendo cada um deles constituído por vários PRM, num total de 24. A cada um destes problemas é atribuído um código (Anexo II).

actividades levadas a cabo, mas também se avalia a prática realizada para melhorar o serviço prestado (Costa *et al.* 2004a; Rodríguez *et al.* 2004). Faz parte da responsabilidade do farmacêutico comunitário, prestador de CF, assegurar que cada fármaco utilizado pelo doente tem indicação terapêutica apropriada, é o mais seguro e eficaz para a patologia identificada pelo médico e que o doente compreende e adere convenientemente à terapêutica. Assim, é importante reconhecer que o processo de CF é compreendido por 3 passos fundamentais. São eles: (i) avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do utente; (ii) elaboração de um plano de CF; e (iii) seguimento farmacoterapêutico do destinatário destes serviços (Simpson, 1997; Costa *et al.* 2004a).

Tal como defendido por Winslade *et al.* (1996), pelo facto deste processo de prestação de CF ser dinâmico, é fundamental ter em conta que ele necessita de uma reavaliação contínua. Por outro lado, para ser mais fácil implementar um programa de CF, é necessário compreender todos os factores que o influenciam (Bell *et al.* 1998). Em 1997, um grupo de investigadores norte-americanos desenvolve uma ferramenta de trabalho que procura estudar o comportamento dos farmacêuticos em relação à realização deste tipo de cuidados.

Apesar deste modelo de implementação de CF (*Pharmacist' Implementation of Pharmaceutical Care - PIPC*) ter começado a dar os primeiros passos neste estudo, ele fornece dados específicos, como atitudes e comportamentos sociais, que podem ser usados para explicar a intenção dos farmacêuticos na prestação de cuidados (Odedina *et al.* 1997).

Nesta investigação, os seus autores concluem ainda que um dos obstáculos para a implementação de CF reside nos próprios farmacêuticos, sendo necessário, por vezes, uma mudança de atitude por parte destes profissionais. Assim, para potenciar a qualidade na implementação dos programas de CF é necessário construir um “ambiente especial” na farmácia comunitária, um local onde a excelência do serviço prestado seja uma missão de todos os colaboradores e onde todos se sintam bem para desempenharem as suas funções. Vários autores referem, portanto, em jeito de síntese, que um serviço de qualidade é prestado quando existe plena satisfação por parte do utente, sendo que, para que isso ocorra, é necessário prestar um serviço que exceda as suas expectativas (Breland, 2007; Mendes 2007; Tomechko, 1995).

3.2. Perspectiva Financeira

Actualmente, é concedida na farmácia comunitária muita atenção à dispensa do medicamento, descurando-se, por vezes, outros sectores da área farmacêutica. Na realidade, e

face às constantes mudanças do sector, é necessário encontrar novas formas de financiamento da farmácia comunitária, para que serviços inovadores sejam postos em prática com eficiência (Hopefl, 1992; Fincham, 1998; Bennett *et al.* 2000; Benrimoj *et al.* 2000; Pires *et al.* 2006).

A implementação de um programa de CF não foge a esta regra, verificando-se que é fundamental procurar *stakeholders* que auxiliem no suporte dos custos deste tipo de programas. As entidades governamentais e as seguradoras enquadram-se neste papel, constatando-se, no entanto, a dificuldade associada ao desenvolvimento de sistemas de reembolso para os serviços farmacêuticos fornecidos (Gouveia e Shane, 1997; Bradberry e Srnka, 1998; Côte *et al.* 2003; DeWalt *et al.* 2005; Milgate e Hackbarth, 2005). A este propósito, foram publicados alguns artigos, onde são referidos os vários passos a executar para que sejam obtidos os apoios necessários, bem como experiências de negociações com seguradoras já realizadas (Poirier *et al.* 1999; Ganther, 2002; Fridy *et al.* 2002; Dole e Muraski, 2007; Nutescu e Klotz, 2007).

Fridy *et al.* (2002) relatam um estudo de caso de uma farmácia norte-americana localizada numa pequena cidade de Alabama. Esta investigação tinha vários objectivos. Por um lado, pretendia melhorar a condição financeira da farmácia, apresentando, para isso, alterações a um contrato inicial, com base em dados reais obtidos com serviços prestados aos utentes. Por outro, queria determinar-se o tempo dispendido na negociação deste contracto com as 9 seguradoras seleccionadas e traduzir este tempo em custos salariais. Os resultados obtidos indicam que nenhuma das seguradoras contactadas aceitou alguma das alterações propostas, tendo em média cada negociação demorado 48,4 minutos. Dependendo da divisão de trabalho entre o farmacêutico e o técnico de farmácia, o custo variou de \$14.68 a \$18.73.

Mas, antes que as farmácias comunitárias possam procurar obter o reembolso pelos seus serviços, é importante que se registem como prestadoras de serviços de saúde, desenvolvam e reúnam uma boa base de dados com os resultados das suas intervenções e criem planos financeiros e de marketing, de modo a sustentarem a sua estratégia.

O pagamento dos serviços farmacêuticos específicos prestados só é possível se a farmácia adquirir as informações da seguradora do utente, obtiver uma declaração do médico assistente sobre a necessidade de medicação especial (como medicamentos para a hipertensão e diabetes) e preencher a documentação da seguradora, anexando todos os resultados de seguimento farmacoterapêutico obtidos. A experiência demonstra que, apesar de muitas propostas iniciais de reembolso serem recusadas, elas são geralmente aceites, após pequenas alterações, numa segunda submissão (Bradberry e Srnka, 1998 e Poirier *et al.* 1999).

No entanto, autores como Simpson (1997), Larson (2000) ou Ganther (2002) defendem que, se os farmacêuticos comunitários quiserem maior cobertura, por parte das seguradoras, aos seus serviços, é fundamental promover e cobrar os CF prestados aos utentes. Deste modo, os utentes irão pressionar as suas companhias de seguros a participarem os programas de CF em que participam. Mas antes de efectuarem este passo, Gouveia e Shane, (1997), Bennett *et al.* (2000) e Ibáñez *et al.* (2003) constataam que existe ainda a necessidade de os farmacêuticos comunitários darem a conhecer melhor o seu trabalho, quer aos utentes quer aos outros profissionais de saúde, aumentando assim as suas expectativas em relação ao serviço que pode ser prestado.

A este propósito, Larson (2000) realizou um estudo onde procurou determinar o nível de frequência de PCF em 43 estados norte-americanos e a vontade dos utentes para pagarem por este tipo de programas. Os resultados obtidos (n=174) demonstram que, apesar de a grande maioria dos respondentes não receber este tipo de cuidados, eles estão dispostos a pagar por estes serviços, tendo-se alcançado um valor médio de pagamento de \$13 para a primeira visita e de \$28 para um ano de seguimento. Estes valores sobem para \$23 e \$50, respectivamente, se forem apenas considerados os inquiridos com disponibilidade em pagar (56%).

Mais recentemente, um grupo de investigadores de Belo Horizonte (Pires *et al.*, 2006) efectuou uma pesquisa para determinar a necessidade de um serviço de CF numa farmácia comunitária, entrevistando 236 utentes, dos quais cerca de 67% mostraram estar interessados em participar. Destes, 50% consideraram que o serviço deveria ser gratuito, 39,9% afirmaram que dependia do valor a desembolsar, ao passo que 10,1% estariam dispostos a pagar.

Neste trabalho, Pires *et al.* (2006) optaram por utilizar uma pergunta fechada em relação a este pagamento, disponibilizando 4 tipos de resposta: (i) menos de 5 reais; (ii) 5 a 10 reais; (iii) 11 a 15 reais; e (iv) mais de 16 reais. Os resultados obtidos demonstram que a maioria (62,4%) dos que estariam dispostos a pagar, poderia fazê-lo até 10 reais, isto é, enquadram-se nos dois primeiros tipos de resposta.

Todos estes projectos permitiram identificar as principais barreiras no reembolso dos projectos de CF. Assim, factores como: a falta de entendimento por parte das agências governamentais e seguradoras sobre o papel dos farmacêuticos nos Cuidados de Saúde; a inexistência de códigos exactos que enumerem os serviços farmacêuticos; a impreparação dos próprios farmacêuticos para lidarem com termos económicos e financeiros; e a escassez de planos estratégicos de marketing sobre os serviços farmacêuticos comunitários influenciam os meios de reembolso dos CF (Gouveia e Shane, 1997; Bennett *et al.* 2000).

Para colmatar algumas destas falhas, foi criada uma base de dados onde estão referenciados os tipos de serviços prestados pelos farmacêuticos, de acordo com a *American Medical Association's Current Procedural Terminology* (CPT). Deste modo, desde 2006, os farmacêuticos norte-americanos são capazes de indicar o código de doença apropriado, a partir da *International Classification of Diseases* (ICD), relacionando-o com a CPT. A compreensão da terminologia específica utilizada na área financeira e contabilística é importante no reembolso dos serviços prestados pelas farmácias comunitárias aos utilizadores dos CF (Bradberry e Srnka, 1998; Dole e Muraski, 2007; Nutescu e Klotz, 2007).

Mas esta co-responsabilização das seguradoras em relação aos CF não apresenta só vantagens. De facto, ela pode indicar também um aumento dos custos administrativos das farmácias e uma diminuição da autonomia profissional dos farmacêuticos. Vários autores defendem que as farmácias devem começar por prestar os serviços de CF e só posteriormente procurarem o reembolso destes prémios (Tomechko *et al.* 1995; Simpson, 1997; Fincham, 1998; Bennett *et al.* 2000; Armando *et al.* 2005).

Milgate e Hackbarth (2005) constataram, que estratégias que assegurem que um Sistema de Saúde providencia o apoio necessário aos doentes no seu domicílio e ao longo do tempo são fundamentais. É neste contexto que os programas e serviços de CF podem e devem ser inseridos, sendo para tal vital a demonstração e pleno reconhecimento do seu valor.

CAPITULO IV. Contexto Nacional dos Cuidados Farmacêuticos

Ao efectuar-se a análise dos CF no contexto nacional, é necessário ter em consideração aspectos como as características demográficas, a dimensão macroeconómica da saúde, as suas formas de financiamento e as especificidades das farmácias comunitárias.

Assim, Portugal tem cerca de 10 milhões e 600 mil habitantes, e uma despesa pública com a saúde de cerca de 6.404 biliões €, o que representava 5,2% do Produto Interno Bruto (PIB) no princípio do século XXI. Estimava-se, ainda, que a despesa com medicamentos era de 2,838 biliões € (2,2% do PIB), com uma média de 273€*per capita* (Costa *et al.* 2006c).

Em relação às formas de financiamento, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o principal sistema de saúde, baseado na universalidade e acesso equitativo de todos os utentes. No entanto, simultaneamente existem 33 planos de comparticipação (públicos e privados) que partilham os custos de alguns medicamentos e exames prescritos pelos médicos.

Relativamente ao sector das farmácias, verifica-se que, de acordo com dados de 2007 e tal como referido anteriormente, existem em Portugal cerca de 2775 farmácias comunitárias espalhadas por 20 distritos, onde 6290 farmacêuticos exercem a sua actividade (Anexo III). De acordo com os dados recolhidos, Lisboa é o distrito de Portugal que apresenta maior número de farmácias e farmacêuticos de oficina, com 656 e 1679 respectivamente. O Porto perfila-se como o segundo distrito com mais espaços farmacêuticos comunitários (422) e com mais profissionais de saúde neste ramo de actividade (1097). No extremo oposto, situa-se o distrito de Bragança com 40 farmácias e 70 farmacêuticos comunitários, logo seguido do distrito de Portalegre com 44 farmácias e 74 profissionais de saúde de intervenção comunitária.

De uma maneira geral, constata-se que todas estas farmácias comunitárias têm-se envolvido voluntariamente em programas de Saúde Pública, protocolados com o Ministério da Saúde e gratuitos para a população, e em programas de gestão da doença no âmbito de CF ou SF, com aparente sucesso na melhoria da medicação, promoção de adesão à terapêutica e redução do desperdício de medicamentos. Os programas de intervenção no âmbito da Saúde Pública são projectos diversificados, abrangendo áreas tão distintas como: *CheckSaúde* (que abrange a medição da tensão arterial, da glicémia, do colesterol e dos triglicéridos), cessação tabágica e troca de seringas (Batel, 2004).

Para além disto, algumas delas começam também a efectuar PCF ou SF, disponibilizando, deste modo, um projecto que reúne a dispensa do medicamento com informação adequada, a

determinação de parâmetros e a gestão da terapêutica num único serviço integrado. Ele é dirigido a utentes que apresentem terapêutica específica para determinada patologia e, preferencialmente, com valores de parâmetros fisiológicos frequentemente acima dos objectivos terapêuticos, tal como defendido por Hepler (1996).

4.1. Evolução dos Programas de Cuidados Farmacêuticos em Portugal

A implementação dos PCF em Portugal foi efectuada em 2001, através da realização de um ensaio piloto²³ que incidiu sobre patologias crónicas como a Asma/DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), a Diabetes e a Hipertensão Arterial e que começou a ser preparado desde 1999 (Costa *et al.* 2002, Costa *et al.* 2003a; Santos *et al.* 2003). Este projecto (ensaio-piloto)²⁴, a cargo do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional das Farmácias (ANF), envolveu 88 farmácias comunitárias e 356 utentes²⁵ em seguimento durante 6 meses. Esta amostra foi recolhida em 6 distritos do continente, com cada programa de cuidados a ser efectuado em dois distritos diferentes, com base em dados epidemiológicos e operacionais.

Deste modo, de acordo com Costa *et al.* (2001), o facto de existirem 3 programas de CF com uma estratégia comum implica que, numa perspectiva de equilíbrio, eles se realizem em regiões distintas de Portugal. Por outro lado, a escolha dessas regiões esteve relacionada com uma maior incidência dessas patologias e uma boa articulação entre o médico consultor do programa e os médicos locais, passo fundamental para uma boa colaboração entre os farmacêuticos envolvidos e os médicos locais. Assim, o PCF da Asma/DPOC foi testado no Porto e Santarém, duas regiões onde se registava uma elevada incidência de doenças do foro respiratório, o PCF da Diabetes teve lugar em Lisboa e Beja, distritos onde a taxa de diabetes diagnosticada era também elevada e o PCF da Hipertensão Arterial foi aferido em dois distritos com elevadas taxas de mortalidade de doença cerebrovascular, como são os casos de Setúbal e Portalegre (Costa *et al.* 2001; Costa *et al.* 2003a).

Estes programas são dirigidos aos doentes crónicos e baseiam-se no conceito de CF e de gestão da doença. De facto, e de acordo com os responsáveis do projecto, este último conceito é o mais importante, na medida em que permite efectuar a gestão integrada e contínua do

²³ Antes deste ensaio piloto realizou-se uma fase de pré-teste dos formulários e questionários, de modo a testar e aferir a sua aplicabilidade nas práticas quotidianas. Este pré-teste foi efectuado em 3 farmácias, numa amostra total de 11 utentes (Costa *et al.* 2001).

²⁴ O ensaio clínico contou com a colaboração e experiência de farmacêuticos clínicos dos Estados Unidos da América (Colorado).

²⁵ Dados fornecidos pela ANF (2008). Estes utentes apresentavam-se descompensados ou com um PRM.

doente, através da avaliação inicial da terapêutica farmacológica do utente crónico e da definição de objectivos terapêuticos que podem ser monitorizados, em colaboração estreita com os outros profissionais de saúde, em especial o clínico (Costa *et al.* 2001).

O registo da intervenção farmacêutica foi feito com base na adaptação e aperfeiçoamento do Método SOAP e, conjuntamente com esta metodologia, foram desenvolvidas algumas ferramentas de suporte, como a Folha SOAP, o protocolo de PRM, a carta de referência ao médico e a folha de consentimento informado dirigido aos utentes.

A classificação inicialmente usada para caracterizar os PRM foi a de PCNE, que pretendia ser a primeira classificação oficial da Europa, mas durante o ensaio piloto os investigadores concluíram que a classificação de PRM, segundo o Consenso de Granada, era a que melhor se ajustava às realidades do programa, podendo ser usada de forma sistemática. Assim, para os autores, a classificação de PCNE apresentava algumas limitações, como sendo: (i) a lista de 24 PRM não ser prática; (ii) alguns dos problemas não serem verdadeiros PRM e/ou poderem ser causa de PRM; (iii) ocorrer falta de consistência, ao existirem PRM que podiam ser englobados em vários domínios (Costa *et al.* 2003b; Costa *et al.* 2004b).

Os resultados destes 3 ensaios, um para cada área em análise (Asma/DPOC, Diabetes e Hipertensão Arterial), foram analisados²⁶ na sua globalidade, tendo verificado-se que, em termos médios, os resultados clínicos dos parâmetros determinados apresentaram melhorias. Assim, na pressão arterial o valor médio inicial de 151/85mmHg passou a 137/78 no final do ensaio piloto. Semelhante orientação apresentaram os resultados da glicémia pós-prandial²⁷ e do colesterol total, com a alteração de 207 para 195mg/dl e de 221 para 207mg/dl, respectivamente (Costa *et al.* 2003a). Em relação ao PCF na Asma/DPOC, foi ainda efectuado um estudo²⁸ para a avaliação da utilização dos inaladores²⁹ e do grau de conhecimentos³⁰ por parte dos doentes asmáticos, o qual permitiu constatar que a intervenção farmacêutica no ensino da técnica de utilização dos inaladores contribuiu para uma melhor utilização destes dispositivos (Madeira *et al.* 2003a; Madeira *et al.* 2003b). Com base nestes resultados, alguns autores concluíram, que eles sugeriam uma redução do número de crises no caso dos doentes

²⁶ Os dados foram recolhidos periodicamente pelos farmacêuticos através de formulários e questionários, registando-se estes dados no início do programa, aos 3 meses e aos 6 meses.

²⁷ Considerando, apenas o ensaio piloto para o PCF na diabetes e, numa amostra de 130 doentes diabéticos, os valores da glicémia pos-prandial sofreram uma redução de 211 mg/dl para 201mg/dl (Santos *et al.* 2003).

²⁸ Estudo realizado entre Novembro de 2001 e Dezembro de 2002, numa amostra total de 114 doentes asmáticos (28 farmácias), com uma idade média de 54,8 anos e maioritariamente do sexo feminino (65,7%).

²⁹ A comparação entre as pontuações do questionário inicial e final revelou diferenças estatisticamente significativas para a utilização de alguns inaladores (Madeira *et al.* 2003a).

³⁰ Dos 114 doentes asmáticos do programa apenas 51 responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos, tendo-se registado um aumento do score médio de 56,7% para 81,6%, ao fim de 6 meses de participação no programa (Madeira *et al.*, 2003b).

com problemas respiratórios e uma melhoria nos valores de glicémia e tensão arterial, quando se tratava de doentes diabéticos e hipertensos, respectivamente (Costa *et al.* 2003a; Madeira *et al.* 2003a).

Ainda no princípio do século XXI, começaram a ser desenvolvidos alguns trabalhos de pesquisa na área de CF, orientados por grupos de investigação pertencentes a Instituições do Ensino Superior, como a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa³¹, da Universidade de Coimbra, da Universidade Lusófona³² e da Universidade de Évora³³. Importa salientar ainda que muitos destes projectos de investigação resultaram de parcerias realizadas entre estas instituições e algumas farmácias comunitárias, localizadas em vários pontos do país (Cavaco e Cabrita, 2007).

4.2. Resultados Clínicos dos Programas Realizados

Actualmente, em Portugal, são efectuados os PCF referentes à Diabetes, à Hipertensão Arterial, à Dislipidemia e à Asma/DPOC. Estes projectos consistem, respectivamente, no seguimento de doentes diabéticos, hipertensos, dislipidémicos e asmáticos, em visitas programadas à farmácia, no intervalo entre consultas médicas, com a finalidade de identificar, prevenir e resolver PRM, através da intervenção junto do doente e reporte ao médico. Para além destes, algumas farmácias disponibilizam aos seus utentes projectos de AF, envolvendo o seguimento de doentes crónicos, muitas vezes com várias patologias e polimedicados (Cavaco, 2006).

No contexto nacional, apesar da implementação (2001) e expansão relativamente recente (Março de 2003) dos PCF, existe já o relato de algumas experiências positivas. Deste modo, em 2002, Garção e Cabrita efectuam um estudo onde avaliam a implementação de um PCF aplicado a doentes hipertensos residentes num meio rural. Os resultados obtidos numa pequena amostra de doentes (n=100) sugerem que este tipo de programas está associado a melhorias significativas no controlo da tensão arterial de doentes hipertensos.

No mesmo sentido, foi efectuado, por um grupo de investigadores do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, um estudo onde se pretendeu analisar descritivamente os

³¹ Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa – GICFARMA (2001).

³² GICUF – Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (2002).

³³ GAFE – Grupo de Acompanhamento Farmacoterapêutico de Évora.

resultados do PCF da Hipertensão³⁴ obtidos nas farmácias activas neste programa, durante o período de Abril de 2003 e Dezembro de 2006. A amostra, maioritariamente do sexo feminino (64,7%), era constituída por 791 utentes, seguidos em 151 farmácias comunitárias de Portugal continental, sendo que 28,5% destas farmácias estavam localizadas no distrito de Lisboa. De acordo com a análise dos dados, é possível verificar que foram identificados 1123 PRM, em que 71% dos quais estavam relacionados com a efectividade terapêutica e foram resolvidos 42,2% do total de PRM identificados (Santos *et al.* 2007).

Em relação aos resultados clínicos, ocorreu uma evolução positiva nos 3 parâmetros analisados (pressão arterial, colesterol e triglicéridos). Assim, na pressão arterial, os utentes em seguimento apresentaram, em termos médios, uma redução de 14,5 mmHg de pressão sistólica, passando de 157,6 mmHg para 143,1 mmHg, enquanto que na pressão diastólica este valor foi inferior 5,8 mmHg em relação ao valor inicial (85,9 mmHg – 80,1 mmHg). No caso do colesterol, verificou-se um decréscimo, também em termos médios, deste valor, alterando-se de 203,4 mg/dl para 194,8 mg/dl, enquanto que a diminuição, em termos médios, do valor de triglicéridos foi mais acentuada, registando-se na ordem dos 26 mg/dl (202,8 mg/dl-176,8 mg/dl).

No cômputo geral, estas variações representaram um aumento do número de utentes que cumpriram os objectivos terapêuticos delineados, constatando-se que 40,7% dos utentes em seguimento tinham valores médios de pressão arterial inferior a 140 mmHg/90mmHg ao fim de 6 meses. Por outro lado, 59,9% da amostra apresentava, no fim do semestre, valores médios de colesterol inferiores a 200 mg/dl. De acordo com Santos *et al.* (2007), estes resultados reforçam a avaliação positiva que tinha sido efectuada aquando da análise dos resultados do ensaio piloto para o PCF na Hipertensão Arterial, em 2003.

Martins *et al.* (2006) efectuaram uma nova avaliação ao PCF na Diabetes, constatando uma melhoria de todos os parâmetros fisiológicos e bioquímicos analisados e da efectividade³⁵ do programa ao contribuir para o controlo da glicémia em doentes diabéticos não controlados anteriormente.

Também o número de PRM identificados e resolvidos foi alvo de estudo, tendo-se verificado que, de acordo com dados da Ordem dos Farmacêuticos (OF), em 2005, existiam 328 farmácias a efectuar CF, com um total de 2588 utentes integrados neste tipo de serviços. A partir destes utentes foram identificados 2053 PRM, em que 50% deles foram reportados ao

³⁴ Consideraram-se doentes hipertensos os que apresentaram prescrição de pelo menos um anti hipertensor e tinham valores de tensão arterial frequentemente igual ou superior a 140-90mmHg.

³⁵ Recolha de dados efectuada entre Abril de 2003 e Janeiro de 2006, numa amostra total de 342 doentes diabéticos não controlados. De acordo com os autores, a taxa de efectividade obtida no estudo foi de 0,211.

médico. Esta comunicação teve como resultado, em 54% dos casos, uma alteração da terapêutica, traduzindo-se, no cômputo geral, na resolução de 32% dos PRM identificados (Costa *et al.* 2006; Martinho, 2006).

4.3. Valorização dos Serviços Farmacêuticos Prestados. Estudos Efectuados

Em Portugal, nos últimos anos, têm sido desenvolvidos e conduzidos vários estudos que procuram determinar a percepção e a satisfação dos utentes face aos serviços prestados nas farmácias comunitárias. É neste enquadramento que Cavaco *et al.* (2006) publicam os resultados de uma análise exploratória³⁶, desenvolvida com base em entrevistas a um grupo de 25 utentes, constatando um baixo nível de conhecimento das qualificações dos farmacêuticos, o que se traduz em níveis de expectativa baixa por parte dos entrevistados face aos serviços que estes profissionais de saúde podem prestar.

Estes resultados são de alguma forma contraditórios com um estudo sobre Responsabilidade Social efectuado no sector das farmácias em 2007. De acordo com este estudo, os utentes reconhecem a contribuição das farmácias para a comunidade, atribuindo-lhes um elevado nível de reputação, traduzido num alto nível de satisfação face ao serviço prestado pela farmácia comunitária. Nesta mesma análise, 80% dos utentes participantes (n=1200) afirmou ter pedido, pelo menos uma vez nos últimos 6 meses, um conselho ao farmacêutico, chegando 50% deles a ter evitado pelo menos uma ida ao médico na sequência deste aconselhamento (Duarte *et al.* 2007). A perspectiva das farmácias também foi abordada neste estudo, concluindo os seus autores que a sua missão está claramente definida, sendo entendida como “a criação de condições de saúde para a comunidade” e constitui-se como “um espaço de saúde ao serviço do utente”. Neste sentido, os PCF são efectuados por quase metade das farmácias que participaram no estudo (n=730), verificando-se que os projectos na área da Diabetes e da Hipertensão Arterial registam valores de adesão mais elevados.

Duarte *et al.* (2007) concluem ainda que esta orientação das farmácias para a prestação de um serviço focado no utente é visível nos custos que são suportados por estas microempresas na realização de programas de cuidados, situando-se este valor na ordem de 36.849,42€ em 2006. Este valor diz respeito aos custos das determinações fisiológicas e bioquímicas efectuadas aos utentes em seguimento farmacoterapêutico, não contabilizando, deste modo, os custos da formação dos farmacêuticos que prestam este tipo de serviço diferenciado. Assim,

³⁶ Estudo efectuado utilizando o método de entrevista semi-estruturada e uma amostra tipo “snowball”.

de acordo com os autores e com base em dados fornecidos pela ANF, este valor terá que ser acrescido de pelo menos 89.647€, respeitantes à frequência dos farmacêuticos nos PCF disponibilizados por esta associação.

Estes valores foram actualizados e aprofundados, em Novembro de 2008³⁷, com a realização de um estudo de valorização dos actos farmacêuticos em farmácias comunitárias. Os investigadores envolvidos começaram por definir 3 actos farmacêuticos: (i) aconselhamento de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM); (ii) aconselhamento de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e (iii) aconselhamento sobre determinações fisiológicas e bioquímicas (Gouveia e Machado, 2008).

Os resultados obtidos apontam para um total de 38.830.000 de actos farmacêuticos não remunerados (25.456.000 por farmacêuticos e 13.374.000 por técnicos de farmácia) realizados nas farmácias em Portugal, por ano, num total de 2.799.000 horas, o que corresponde a 13% do tempo do quadro de pessoal das farmácias. De acordo com os autores, estes actos farmacêuticos representam um custo de 54.000.000€, equivalente a 20% dos resultados brutos das farmácias. Por outro lado, foi também determinado o nível de valorização, em termos de valores médios, que o utente atribui a cada acto farmacêutico considerado, conforme representado na tabela 6.

Tabela 6 – Valores Médios em € Atribuídos pelos Utentes a cada um dos Actos Farmacêuticos Avaliados

Actos Farmacêuticos Avaliados		Valor Médio
MNSRM	Aconselhamento Médio	3,55
	Aconselhamento Aprofundado	6,31
	Tempo de Espera	0,13
MSRM	Aconselhamento Médio	4,85
	Aconselhamento Aprofundado	6,23
	Tempo de Espera	0,17
Determinações Fisiológicas e Bioquímicas	Aconselhamento Médio	4,54
	Aconselhamento Aprofundado	6,55
	Tempo de Espera	1,15

Fonte: Gouveia e Machado, 2008.

³⁷ Estudo efectuado pelo Centro de Estudos Aplicados (CEA) da Universidade Católica Portuguesa em parceria com o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), ANF e apresentado no decorrer do 9º Congresso Nacional das Farmácias. Esta investigação foi composta por dois questionários: (i) um aplicado durante uma semana nas farmácias inquiridas (n=236), no qual era solicitado aos profissionais que nela trabalham (farmacêuticos e técnicos de farmácia) que identificassem o número de actos farmacêuticos efectuados e o tempo dispendido na sua realização e (ii) segundo dirigido aos utentes (n=610) onde através de uma entrevista domiciliária lhes foi pedido que manifestassem a sua disponibilidade em pagar pelos actos farmacêuticos.

Os dados obtidos permitiram ainda estimar a medida monetária de bem-estar social gerado por estes actos farmacêuticos, situando-se, em termos de resultado líquido, em cerca de 51.000.000€. Este valor é totalmente suportado pelas farmácias e representa um benefício directo para os utentes que têm acesso a estes serviços.

4.4. Caracterização das Áreas de Actuação dos Cuidados Farmacêuticos

Apesar da enorme reflexão em torno da expansão do papel do farmacêutico no ambiente ambulatorio, a verdade é que, tal como constatado por Gouveia e Shane (1997), o número total de utentes abrangidos por PCF é muito reduzido. Passados mais de 10 anos desde a publicação deste trabalho, esta conclusão continua actual, verificando-se que Portugal não é excepção (Costa *et al.*, 2006b). Assim, segundo dados do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, dos cerca 6290 farmacêuticos comunitários³⁸ existentes nas farmácias em Portugal, 958 já se inscreveram para formação em PCF. Este valor total corresponde à formação de: 140 na área da Asma/DPOC, 514 no sector da Diabetes e 304 no ramo da Hipertensão Arterial. Destes, apenas alguns farmacêuticos reportam os seus resultados ao departamento da ANF, verificando-se que, em Dezembro de 2007, 51 o faziam na área da Asma/DPOC, 285 no sector da Diabetes e 156 no ramo da Hipertensão Arterial. Tais números correspondem, respectivamente, a 254 utentes em seguimento na Asma/DPOC, 1165 utentes no sector da Diabetes e 595 usuários no Programa da Hipertensão, conforme tabela 7.

Tabela 7 – Níveis de Adesão aos Programas de Cuidados Farmacêuticos que Utilizam o Método SOAP, Durante o Período 2003 e 2007

Programa de Cuidados Farmacêuticos	Farmacêuticos (Formação)	Reporte de Resultados (Farmacêuticos)	Utentes em Seguimento (Dezembro 2007)	Total Acumulado de Utentes em Seguimento (2003-2007)
Asma/DPOC	140	51	254	324
Diabetes	514	285	1165	2036
Hipertensão Arterial	304	156	595	962
Total	958	492	2014	3322

Fonte: Dados Fornecidos pelo Departamento de Cuidados Farmacêuticos-ANF (2008).

A partir do quadro resumo é possível ainda constatar que, desde o período de expansão (2003) até Dezembro de 2007, já passaram pelo programa: 324 doentes com Asma/DPOC,

³⁸ Dados fornecidos pelo INE, respeitantes a 2007.

2036 utentes com Diabetes e 962 com Hipertensão, perfazendo um total de 3322. Este total acumulado representa todos os doentes que fazem parte dos vários PCF e todos os doentes que já fizeram mas que o abandonaram, por mudança de residência, desistência ou morte.

A partir ainda de informação fornecida, constata-se que, em Janeiro de 2007, 248 farmácias estavam envolvidas no PCF da Diabetes, 138 no da Hipertensão Arterial e 48 no da Asma /DPOC (tabela 8).

Tabela 8 – Resultados dos Programas de Cuidados Farmacêuticos por Farmácias Comunitárias Activas e Farmacêuticos Envolvidos em Janeiro de 2007

Programas de Cuidados Farmacêuticos	Asma/DPOC	Diabetes	Hipertensão Arterial	Total
Número de Farmácias	48	248	138	337
Número de Farmacêuticos	51	285	156	492

Fonte: Dados Fornecidos pelo Departamento de Cuidados Farmacêuticos-ANF (2008).

Esta evidência deve-se ao facto de existirem farmácias com mais do que um farmacêutico com formação na área dos PCF. Por outro lado, é possível verificar que apesar do somatório do número de farmacêuticos envolvidos ser 492, na realidade o total destes profissionais de saúde é 460, uma vez que existem farmacêuticos que frequentaram mais do que uma formação de CF, estando portanto credenciados a participarem em mais do que um programa.

Estes dados gerais podem ser descritos mais detalhadamente, verificando a sua representatividade por distrito. Deste modo, a análise do número de farmácias comunitárias participantes nos vários programas de intervenção farmacêutica e do número de farmacêuticos credenciados por distrito permite constatar quais as regiões mais activas em cada um dos programas. Estas informações podem ser correlacionadas com o número de farmácias e de farmacêuticos comunitários que exerciam a sua actividade neste sector durante o ano de 2007.

Assim, e conforme pode ser visualizado na tabela 9, Lisboa é o distrito de Portugal que, em Janeiro de 2007, apresentava maior número de farmácias activas em PCF, com um total de 86 farmácias (de um universo de 656³⁹) e 126 farmacêuticos credenciados pela respectiva Ordem para efectuarem projectos de intervenção farmacêutica diferenciada (de um total de 1679). Importa salientar, no entanto, que os resultados recolhidos dizem sobretudo respeito a distritos de Portugal Continental, sendo a única excepção o distrito da Madeira.

³⁹ Conforme referenciado em Anexo III.

Tabela 9 – Distribuição do Número de Farmácias e Farmacêuticos Credenciados por Programa de Cuidados Farmacêuticos Tendo em Conta o Distrito

Distrito	Total ⁴⁰		Asma e DPOC		Diabetes		Hipertensão Arterial	
	Farmácias	Farmacêuticos	Farmácias	Farmacêuticos	Farmácias	Farmacêuticos	Farmácias	Farmacêuticos
Aveiro	18	25	4	4	14	15	7	7
Beja	9	9	0	0	8	8	2	2
Braga	22	27	6	6	17	17	8	8
Bragança	4	7	0	0	4	5	1	2
Castelo Branco	9	12	0	0	8	11	1	1
Coimbra	15	25	1	2	10	13	10	12
Évora	3	4	0	0	2	2	1	2
Faro	11	13	0	0	8	8	6	6
Madeira	1	1	0	0	0	0	1	1
Guarda	7	10	1	1	7	8	1	1
Leiria	17	24	0	0	13	15	9	10
Lisboa	86	126	5	5	62	83	40	46
Portalegre	4	4	0	0	1	1	3	3
Porto	54	67	14	16	44	44	14	16
Santarém	19	27	11	11	11	13	6	6
Setúbal	41	58	4	4	25	26	25	30
Viana do Castelo	4	4	2	2	2	2	0	0
Vila Real	5	7	0	0	5	5	2	2
Viseu	8	10	0	0	7	9	1	1
TOTAL	337	460	48	51	248	285	138	156

Fonte: Dados Fornecidos pelo Departamento de Cuidados Farmacêuticos – ANF (2008).

⁴⁰ Total de farmácia e farmacêuticos envolvidos. Nestas colunas, farmácias e farmacêuticos que participem em mais de um PCF são contabilizados uma única vez.

4.5. Reembolso do Programa de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes

Desde 2001, muitos farmacêuticos de oficina têm-se envolvido no SF e nos PCF para a Diabetes, contribuindo para o reconhecimento destes projectos como uma mais-valia para a população diabética⁴¹ (Costa *et al.* 2006a). Assim, em Setembro de 2003, aquando da assinatura do 2º Protocolo de Colaboração no âmbito da diabetes⁴², entre o Ministério da Saúde, OF, ANF e Associação de Farmácias de Portugal, foi introduzida, de forma experimental a prática dos CF. Este documento destinou-se a regular o processo de intervenção farmacêutica junto da população diabética ou com suspeita de o ser (INFARMED, 2008).

Em 2004, o PCF da Diabetes passou a poder ser reembolsado na prática, tendo o Ministério da Saúde, um ano mais tarde, solicitado uma avaliação dos benefícios clínicos. Os resultados demonstraram que estes serviços farmacêuticos melhoram o controlo da glicémia, após 6 meses de seguimento (Costa *et al.* 2006c).

Um outro estudo, elaborado por um grupo de investigadores do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto⁴³, sobre o impacto do PCF, concluiu que os doentes incluídos no programa apresentaram melhores indicadores relacionados com o tratamento e medição da glicémia, sugerindo um melhor controlo da terapêutica instituída.

A reduzida dimensão da amostra não permitiu que os autores pudessem concluir, no entanto, com total segurança, o impacto positivo do programa na melhoria do controlo global da diabetes.

Com base nos resultados positivos obtidos e na especificidade do papel do farmacêutico, todas as partes envolvidas consideraram oportuno dar continuidade à parceria e ao carácter experimental da prestação de CF, aquando da oficialização do 3º Protocolo de Colaboração no âmbito da diabetes, que ocorreu em Abril de 2008.

⁴¹ Apesar de, actualmente, a informação ser escassa, estima-se que em Portugal existam cerca de 700 mil indivíduos afectados pela doença.

⁴² O 1º Protocolo de Colaboração surgiu em 1998, com o objectivo de estabelecer uma parceria com todos os intervenientes no circuito de vigilância da doença (os diabéticos, as farmácias comunitárias, os distribuidores/grossistas de produtos farmacêuticos, a indústria farmacêutica e o Ministério da Saúde). Nele foi reconhecida a importância da intervenção farmacêutica no aconselhamento e autocontrolo do doente diabético.

⁴³ Efectuado ao abrigo da cláusula VIII do 2º Protocolo de Colaboração (avaliação de ganhos na saúde).

Neste Protocolo encontra-se referido o âmbito de actuação da intervenção farmacêutica e dos CF⁴⁴, o número de beneficiários (número máximo de 5000 utentes), a acreditação das farmácias de oficina e a credenciação dos farmacêuticos. Ele prevê, tal como o anterior, o reembolso do PCF da Diabetes. No entanto, para que este reembolso ocorra, é necessário que se cumpram determinados requisitos, como a adesão voluntária do utente⁴⁵ à intervenção farmacêutica.

Por outro lado, a actuação do farmacêutico é dividida em dois níveis. O primeiro, denominado como serviço essencial, diz respeito à educação para a saúde, detecção de doentes diabéticos não controlados e de utentes suspeitos de terem desenvolvido diabetes, com o reporte ao médico (**Nível I**). O segundo, designado como serviço diferenciado (**Nível II**) diz respeito aos CF prestados no âmbito do protocolo, sendo necessária a existência de documentos que comprovem os resultados alcançados no seguimento farmacoterapêutico (medições efectuadas, PRM identificados e o reporte ao médico) (INFARMED, 2008).

Os farmacêuticos, para poderem actuar a este nível e serem reembolsados pelos serviços prestados, devem frequentar uma formação específica nesta área e serem credenciados pela respectiva Ordem.

Ainda de acordo com o protocolo rubricado, o valor a ser pago ao farmacêutico é de 15 €/mensais por cada utente diabético beneficiário do SNS, dividido em duas partes: 75% (11,25€) pago pelo Ministério da Saúde e 25% (3,75€) pelo utente (Costa, 2004; INFARMED, 2008).

A prestação de CF de nível II, de acordo com este protocolo, compreende cinco passos obrigatórios. São eles: (1) revisão da terapêutica; (2) determinação de parâmetros; (3) avaliação dos problemas de saúde; (4) definição do plano de CF; e (5) monitorização dos resultados. Todos estes passos devem estar documentados na folha SOAP e ser enviados à ANF.

A partir de dados recolhidos pela ANF, OF e INFARMED⁴⁶ é possível analisar os resultados de adesão das farmácias comunitárias e doentes activos, nos vários níveis de intervenção farmacêutica no âmbito da diabetes, durante o período entre 2004 a Agosto de 2008.

⁴⁴ Entendem-se por CF no âmbito do presente protocolo, válido para dois anos: (i) a identificação do perfil terapêutico; (ii) promoção da autovigilância e autocontrolo da diabetes; (iii) ensino da utilização de dispositivos da glicémia capilar, glicosúria e cetonúria; (iv) promoção da adesão à terapêutica farmacológica; (v) identificação de problemas relacionados com a medicação instituída; (vi) aconselhamento de regras básicas de alimentação saudável, higiene e actividade física.

⁴⁵ Um critério obrigatório é o utente beneficiário do serviço tomar pelo menos um medicamento para a diabetes.

⁴⁶ Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP.

Tabela 10 – Evolução dos Valores de Adesão das Farmácias e Doentes Activos Durante o Período de 2004 a Agosto 2008 Tendo em Conta os Níveis de Actuação

Protocolo da Diabetes		Dez-04	Dez-05	Dez-06	Dez-07	Ago-08
Nível I	Farmácias	2701	2705	2707	2708	2706
Nível II	Farmácias	324	387	380	383	386
	Doentes activos	992	1363	1107	1148	1189
	Nível I/Nível I	100%	100%	100%	100%	100%
	Nível II/Nível I	12,0%	14,3%	14,0%	14,1%	14,3%
	Doentes activos/Nível I	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
	Doentes activos/Nível II	3,1	3,5	2,9	3,0	3,1

Fonte: INFARMED, 2008.

Analisando os valores de adesão das farmácias ao nível I e II, no âmbito da diabetes, é possível constatar que, devido à própria natureza dos dois tipos de serviços, o nível I (serviço essencial) apresenta uma maior taxa de adesão que o nível II (serviço diferenciado). Por outro lado, importa salientar que as farmácias com farmacêuticos tecnicamente habilitados a efectuar o seguimento nos moldes previstos no nível II efectuem também o serviço essencial.

No nível I, a evolução dos valores ao longo do período em análise foi constante, registando-se uma participação de aproximadamente 2700 farmácias comunitárias, conforme documentado na tabela 10. Esta constância de adesão de farmácias não foi seguida no nível II, registando-se algumas alterações acentuadas de um ano para o outro. De facto, de 2004 (324) para 2005 (387) verificou-se uma subida do número de farmácias envolvidas no serviço diferenciado, fruto talvez de uma rápida divulgação do 2º Protocolo de Colaboração no âmbito da diabetes. Esta tendência foi contrariada no ano de 2006 com a diminuição do número de farmácias envolvidas para 380, provavelmente por dificuldade na implementação de todos os passos descritos no protocolo de colaboração. A partir deste ano e até Agosto de 2008, registou-se uma ligeira e sustentada evolução positiva dos valores de farmácias com níveis de intervenção farmacêutica do tipo II.

Em relação ao número de doentes activos no PCF da Diabetes, constata-se que 992 utentes estavam registados no final do primeiro ano de reembolso deste projecto (2004). No ano seguinte, este valor aumentou 37,4%, com 1363 utentes a receberem um serviço diferenciado. Dois anos após o início do período em análise (2006), o número de utentes decresceu para 1107, o que corresponde a uma variação negativa de 18,8% em relação ao ano de 2005. Este número de utentes inscritos aumentou, em 2007, 3,7%, situando-se então em 1148.

Os dados disponíveis para 2008 (até Agosto) permitem supor que o número de utentes dos serviços diferenciados dos CF será superior ao registado no ano anterior, com 1189, o que corresponde a uma variação positiva de 3,6%.

Os dados obtidos permitem também determinar o número médio de doentes activos por farmácia comunitária inscrita no nível II de intervenção farmacêutica. Assim, de uma maneira geral e em termos médios, ao longo do período em análise, cada farmácia de nível II tinha em seguimento 3 utentes. A única excepção foi o ano de 2005, onde o número de utentes com acesso ao programa aumentou, em termos médios para 4.

Todos estes dados podem ser comprovados pela análise da variação anual da adesão das farmácias de nível I e/ou nível II e doentes activos para o PCF, no período em estudo, conforme informação mais detalhada em anexo IV.

Parte B: Estudo da Prestação e Satisfação dos Serviços Dispensados Pela Farmácia Comunitária em Portugal

A determinação da qualidade de um serviço prestado implica a consideração da perspectiva do utente. A área farmacêutica não representa exceção a este nível, sendo, portanto, fulcral perceber qual o nível de qualidade para o utente e em que medida os atributos e características dos cuidados de saúde prestados vão ao encontro das suas necessidades.

Por outro lado, é de esperar que a satisfação dos utentes com os serviços farmacêuticos reflecta a realidade dos cuidados prestados, bem como as suas preferências e expectativas (Armando *et al.* 2005; Cavaco, 2005; Iglésias, 2005).

Assim, à medida que os CF evoluírem para um modelo baseado em resultados, parâmetros como a satisfação do utente dos serviços serão cada vez mais importantes para determinar a performance de uma farmácia comunitária. Este poderá ser, aliás, um factor diferenciador, levando a que, por exemplo, uma companhia de seguros opte por estabelecer parcerias com as farmácias que apresentem melhores resultados e maior grau de satisfação dos seus utentes (Armando *et al.* 2005; Traverso *et al.* 2007).

No decorrer desta segunda parte da dissertação, abordar-se-ão os tipos de questionários de satisfação com os serviços farmacêuticos já existentes e que estão na base da elaboração do questionário utilizado nesta tese (capítulo V), a avaliação e valorização dos serviços prestados na farmácia, de uma maneira geral, através da amostra total inquirida (n=2338) (capítulo VI), a análise dos resultados obtidos numa farmácia em Lisboa, através de um estudo de caso (capítulo VII) e as conclusões destes dois estudos, bem como recomendações para pesquisas futuras (capítulo VIII).

CAPITULO V. Questionários de Satisfação dos Serviços Farmacêuticos

5.1. Trabalhos Anteriormente Realizados

Existem, actualmente, 3 trabalhos validados de língua inglesa que foram desenhados para medir a satisfação dos utentes com os serviços farmacêuticos e demonstraram ser fiáveis para avaliar os CF (Gourley *et al.* 2001; Volume *et al.* 2001; Larson *et al.* 2002).

Gourley *et al.* (2001) desenvolveram um questionário denominado “*Pharmaceutical Care Satisfaction Questionnaire*”, o qual é constituído por 30 perguntas e permite avaliar a percepção do utente em relação aos resultados do cuidado prestado. Este inquérito apresenta a limitação de não poder ser administrado por farmacêuticos, o que pode tornar alguns estudos não exequíveis. Um ano mais tarde, foi elaborado e validado um instrumento multidimensional, denominado “*Pharmacy Services Questionnaire*”, com o objectivo de medir a satisfação dos utentes com os serviços farmacêuticos postos à disposição.

Larson *et al.* (2002) estudaram a actualização e implementação deste questionário, de modo a medir a satisfação dos utentes com os CF e a estabelecer a sua estrutura dimensional. Foi possível constatar que uma das mais-valias deste trabalho respeita ao facto dele ser direccionado para a prestação de serviços e cuidados providenciados na farmácia. Este questionário foi administrado em 8 farmácias do estado de Iowa, situadas em pequenas vilas e cidades e cujos farmacêuticos possuíam treino em CF. Foi pedido a cada uma destas farmácias que fornecesse aos investigadores nomes e moradas de 100 dos utentes a quem habitualmente eram dispensados medicamentos. Após este processo inicial, foram enviados 775 inquéritos, tendo sido obtidas 428 respostas, o que representa uma taxa de resposta de 55,2%.

O questionário constituído comporta 20 perguntas, com uma escala de resposta de 5 níveis (fraco, razoável, bom, muito bom e óptimo), agrupadas em 2 factores: gestão da terapêutica e esclarecimento agradável, o que possibilita uma análise mais focalizada e a obtenção de valores mais estáveis. Larson *et al.* (2002) executaram uma matriz de correlação com rotação varimax⁴⁷, por ser aquela que apresentava uma interdependência entre as duas dimensões mais

⁴⁷ Rotação varimax é um modo de efectuar uma análise das componentes principais, que é um método estatístico de análise multivariada linear para efectuar a decorrelação dos dados, isto é, permite transformar o conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si num outro conjunto de variáveis não correlacionadas (Reis, 2000).

significativa, distribuindo, posteriormente, cada uma das perguntas pela dimensão onde existia um maior coeficiente de correlação.

A gestão da terapêutica contém os itens directamente relacionados com os CF (9), enquanto que o segundo factor, o esclarecimento agradável (11), diz respeito às condições mais genéricas dos cuidados de saúde, englobando as condições do espaço, a explicação e informação sobre os medicamentos, a cordialidade e o respeito demonstrados pelos profissionais da farmácia. No fundo, este grupo permite medir a satisfação dos utentes com os serviços farmacêuticos prestados em geral.

Os resultados obtidos foram coincidentes com as expectativas dos investigadores, ou seja, tendo em conta o método de selecção da amostra (utentes frequentadores habituais de determinada farmácia sem acesso aos CF), verificou-se a existência de valores mais altos nos itens do esclarecimento agradável e valores inferiores na escala de gestão terapêutica. Assim, 7 das 8 farmácias participantes no estudo apresentaram valores de 4,3 a 4,5 no factor esclarecimento agradável e valores de 3,9 a 4,1 na gestão terapêutica. A oitava farmácia apresentou valores mais baixos nos dois factores, 4,0 e 3,5 respectivamente.

Este estudo apresentava, no entanto, algumas limitações, em virtude de não ter sido considerada a opinião dos utentes (respostas fechadas), e a amostra ser homogénea, como resultado do seu método de selecção. Assim, com a escolha dos utentes pelos farmacêuticos, é de supor que os inquiridos sejam conhecidos da farmácia e, provavelmente, com acesso a cuidados mais personalizados. Para os autores, estas limitações foram de alguma maneira minimizadas pelo facto de o objectivo do estudo ser criar um instrumento de medição da satisfação dos utentes, e não medi-la propriamente. Esta ferramenta foi desenvolvida para poder ser utilizada em amostras populacionais, em cuidados primários e nos doentes em ambulatório (Larson *et al.* 2002; Iglésias *et al.* 2005).

Larson *et al.* (2002) concluíram ainda que eram necessárias mais investigações que pudessem estabelecer relações entre os níveis de satisfação e o comportamento dos utentes, como por exemplo a procura de outra farmácia. Os autores sugeriram também que esta escala de satisfação pudesse ser aplicada aos mesmos utentes em dois períodos de tempos diferentes, antes e depois do acesso aos CF ou outros serviços farmacêuticos focalizados no utente.

Iglésias *et al.* (2005) traduziram o questionário para português, procurando testar a sua validade nesta versão. O resultado obtido foi denominado “*Questionário sobre os Serviços da Farmácia*”, apresentando, também ele, duas dimensões: gestão da terapêutica (12) e esclarecimento agradável (8). Para identificar os itens pertencentes a cada um dos factores, estes investigadores efectuaram, tal como Larson *et al.* (2002), uma rotação varimax. Neste

estudo, participaram 3 farmácias, num total de 230 utentes sem acesso a PCF que responderam às 20 perguntas, utilizando uma escala de resposta que variava entre: (1) fraco; (2) razoável; (3) bom; (4) muito bom; (5) óptimo.

Os resultados alcançados permitiram verificar que a estrutura do inquérito em português era equilibrada, muito semelhante à versão original em inglês, com boas qualidades métricas. Os autores desta versão constataram também que os valores para a fiabilidade da consistência interna dos dois factores em estudo foram muito altos, sendo a validade assegurada pela evidência da validade convergente e divergente.

Nestes dois estudos verificou-se que as duas dimensões, gestão da terapêutica e esclarecimento agradável, estão muito relacionadas, o que significa que não são muito distintas. No entanto, de um modo geral, foi possível constatar que os utentes distinguem as actividades respeitantes aos CF, de um serviço simpático ou de um breve aconselhamento sobre medicamentos.

Mais recentemente, em 2007, um grupo de investigadores argentinos desenvolveu e validou um questionário para língua espanhola, tendo como objecto de estudo os utentes com acesso aos serviços farmacêuticos habituais ou aos CF (n=274). Este inquérito, apesar de ser constituído por 27 itens que podem ser agrupados em 3 dimensões (gestão terapêutica, relação interpessoal e satisfação geral), apresenta a mesma estrutura que os trabalhos anteriores, sendo apenas mais directo na análise da relação médico-utente-farmacêutico (Traverso *et al.* 2007).

5.2. Desenvolvimento dos Questionários de Satisfação Dirigidos aos Utes

Com base nos trabalhos realizados anteriormente, e de modo a melhor conhecer as preferências, expectativas e necessidades dos utentes das farmácias em Portugal foi elaborado um questionário com duas ramificações distintas: (i) um direccionado aos utentes frequentadores das farmácias, mas sem acesso a PCF, e (ii) outro dirigido a utentes habituais frequentadores deste tipo de programas (**Anexo V e Anexo VI**).

O questionário produzido compreende 3 conjuntos de questões, quase todas fechadas, sendo que os dois primeiros grupos são comuns às duas amostras, diferindo apenas no terceiro sector. Assim, o grupo A diz respeito à caracterização pessoal do inquirido, abordando as suas características sócio-demográficas, através de perguntas como o ano de nascimento, género, nível de escolaridade e profissão. Neste conjunto, procura-se também analisar as

características farmacoterapêuticas, indagando-se sobre o tipo e número de medicamentos consumidos e a frequência das visitas à farmácia comunitária.

O grupo B refere-se ao nível de satisfação com os serviços da farmácia, sendo composto por 20 perguntas, as quais fazem parte do “Questionário sobre os Serviços da Farmácia” cuja tradução para o português tinha já sido validada por Iglésias *et al.* (2005). Estas questões podem ser agrupadas em dois factores: gestão da terapêutica e esclarecimento agradável.

A gestão da terapêutica inclui a explicação das reacções adversas (19), o empenho e interesse demonstrados pelo farmacêutico na saúde do utente (15 e 8) e a responsabilidade deste profissional, percebida pelo inquirido, pelo tratamento com os medicamentos (11). Procura-se ainda, determinar o nível de satisfação com: (i) o tempo dispendido pelo farmacêutico (20); (ii) o compromisso na resolução dos problemas com os fármacos (10); (iii) e a actuação do profissional de saúde na utilização, na posologia e nos resultados terapêuticos dos medicamentos (18, 9 e 12). A confidencialidade das conversas (17), a explicação sobre as indicações terapêuticas dos vários fármacos (7) e rapidez no aviamento do receituário (5) são também indagados e englobados nesta dimensão.

O factor esclarecimento agradável inclui o profissionalismo demonstrado pelo pessoal da farmácia (6), a sua disponibilidade para responder às questões (2), o aspecto profissional global da farmácia (1) e a relação do farmacêutico com o utente (3). É ainda possível constatar: (a) a cortesia e o respeito dos colaboradores para com o respondente (16); (b) a satisfação com os serviços disponibilizados pela farmácia (13); (c) a maneira como o farmacêutico responde às questões colocadas (14); e (d) a sua capacidade para aconselhar o utente sobre os problemas que possam surgir com os medicamentos (4).

O grupo C é mais específico dos PCF, apresentando pequenas diferenças nos dois questionários. Assim, o inquérito direccionado aos utentes frequentadores das farmácias mas sem acesso a estes programas é composto por 5 questões, em contraponto com o questionário dirigido aos utentes frequentadores mas com acesso a programas que contém 6, incluindo, deste modo, uma pergunta respeitante ao tipo de programa de CF que o utente participa. Neste sector, procura-se analisar o grau de valorização que os utentes, com e sem acesso, atribuem aos CF, através de uma escala de resposta do tipo *Likert*, que varia entre: (1) muito pequena; (2) pequena; (3) média; (4) grande e (5) muito grande. Será também possível constatar o tipo de PCF que os utentes sem acesso poderão estar interessados em aderir, ou em que outros programas os utentes com acesso gostariam de participar.

No caso deles serem valorizados, procurar-se-á determinar a dimensão dessa valorização, perguntando-se sobre a disponibilidade da importância a pagar pela adesão a estes programas,

no caso do utente sem acesso, e o valor que o utente com acesso estaria disposto a desembolsar por cada visita de seguimento do programa. Esta questão é fechada, apresentando uma escala de resposta crescente de valores: (i) nada; (ii) até 5€; (iii) entre 6 e 10€; (iv) entre 11 e 15€; (v) entre 16 e 20€ e (vi) mais de 20€, estabelecida com base no trabalho de Pires *et al.* (2006).

A percepção dos benefícios para a saúde do inquirido deste tipo de programas é analisada, indagando-se ainda a participação do respondente em alguma campanha de CF, como por exemplo campanhas: de cessação tabágica, do dia do diabético, do controlo do colesterol e do rastreio da osteoporose.

Pretende-se, assim, através de uma análise de dados apropriada e de uma amostra representativa de utentes de várias farmácias comunitárias, identificar as áreas dos serviços farmacêuticos prestados que devem e podem ser intervencionados mais urgentemente, de modo a aumentar a performance deste sector da saúde.

Para a aplicação prática destes questionários, e de modo a não comprometer a sua viabilidade, foram definidos alguns parâmetros, como os critérios de inclusão e de exclusão da amostra. Assim, como critério de inclusão para o questionário de “utentes sem acesso” (USA) foi determinado que todos os utentes habituais de qualquer serviço prestado pela farmácia poderiam ser inquiridos. Por seu lado, para cumprir o critério de inclusão do questionário de “utentes com acesso” (UCA) foram considerados os utentes frequentadores do PCF há pelo menos 2 meses.

Como critérios de exclusão para responder aos dois inquéritos, foi definido que o facto dos utentes: (i) serem farmacêuticos; (ii) trabalharem em farmácia comunitária; (iii) serem estudantes de Ciências Farmacêuticas; (iv) ou terem alguma relação com o exercício da actividade farmacêutica comunitária, poderia originar um viés positivo nos resultados obtidos.

CAPITULO VI. Avaliação e Valorização dos Serviços Prestados na Farmácia

De modo a caracterizar a satisfação dos serviços prestados nas farmácias comunitárias, a importância dos programas de CF na perspectiva dos utentes e o grau e a dimensão da valorização deste conceito, foram aplicados os dois questionários elaborados, nas regiões Centro, de Lisboa e do Algarve.

Os questionários dirigidos aos USA foram recolhidos em farmácias comunitárias e em outras instituições de diversas áreas (espaços não farmácia), optando-se propositadamente por espaços como hospitais, centros de saúde, clínicas, universidades e escolas, centros comunitários e empresas privadas. Com estas escolhas, pretendeu-se obter uma amostra tanto quanto possível heterogénea e representativa dos utentes que frequentam as farmácias comunitárias.

6.1. Caracterização da Amostra Total

A amostra total é constituída por 2338 utentes, sendo que 2303 são utentes das farmácias que não têm acesso a qualquer PCF (USA) e 35 são frequentadores habituais com acesso a PCF (UCA). Essa amostra foi recolhida em 22 farmácias comunitárias e 23 espaços não farmácia situados em 22 concelhos de Portugal Continental, que se encontram distribuídos pelos distritos de Faro, Leiria, Lisboa, Santarém e Setúbal, conforme pode ser visualizado na tabela em baixo.

Tabela 11 – Distribuição do Número de Questionários Recolhidos Tendo em Conta a Proveniência e o Distrito

Distritos	Farmácia		Não Farmácia	Total Utentes
	Sem Acesso	Com Acesso		
Faro	50	11	11	72
Leiria	27	-	55	82
Lisboa	351	12	620	983
Santarém	23	-	63	86
Setúbal	483	12	620	1115
Total	934	35	1369	2338

De acordo com os dados da tabela, é possível verificar que 58,6% (1369) dos questionários foram recolhidos em espaços não farmácia, como num hospital, em centros de saúde, em

clínicas, em centros comunitários, em duas universidades, numa escola preparatória e em empresas privadas. Os restantes 41,4% (969) foram obtidos quando os utentes se encontravam na farmácia comunitária. Importa realçar ainda que o número aparentemente pequeno de UCA (35) traduz a reduzida dimensão de utentes que frequentam este tipo de cuidados em Portugal. De facto, das 22 farmácias que participaram no estudo, 6 delas estavam registadas como farmácias que realizavam PCF⁴⁸, mas apenas metade delas tinham estes programas activos.

Pela análise da tabela é possível também verificar que o distrito de Setúbal foi aquele onde se recolheu maior número de inquiridos, correspondendo a 47,7% da amostra total. Estes dados encontram-se detalhados mais em pormenor no Anexo VII.

6.1.1. Características Sócio-Demográficas

A análise dos dados permite verificar que cerca de 54% dos inquiridos são do sexo feminino e 46% do sexo masculino, sendo que a esmagadora maioria dos utentes (98,5%) não frequenta nenhum PCF. Por outro lado, dos 35 utentes inquiridos que têm acesso a PCF, 68,6% frequentam o Seguimento Farmacoterapêutico e os restantes 31,4% o PCF da Diabetes. A média de idades da amostra total (2338) é de 50 anos, com uma amplitude de variação de 78 anos, ou seja, o inquirido mais novo tem 14 anos e o mais velho 92. Este valor médio da variável idade sobe para 68 anos quando apenas se considera a sub amostra UCA.

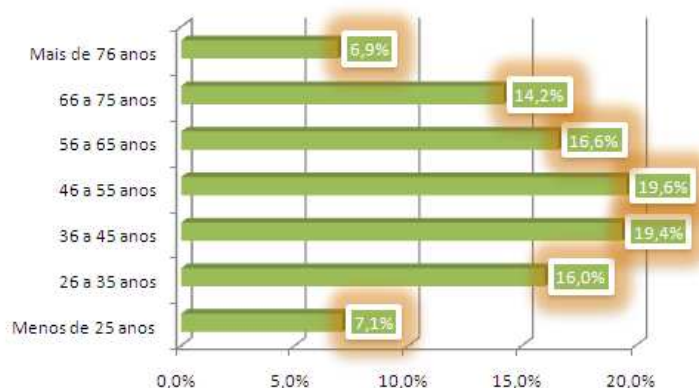
Tabela 12 – Comparação de Valores Médios da Variável Idade, Tendo em Conta o Tipo de Acesso a Programas de Cuidados Farmacêuticos

Proveniência	Média	N	Desvio Padrão
Sem Acesso	49,53	2300 ⁴⁹	16,60
Com Acesso	67,97	35	13,48
Total	49,80	2335	16,70

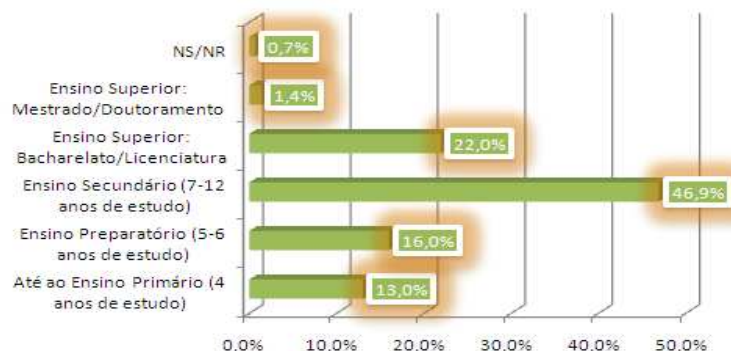
A partir da análise da Figura 2, constata-se que 21,1% dos inquiridos tem mais de 65 anos, sendo que 55,7% da amostra tem idades compreendidas entre os 36 e os 65 anos de idade.

⁴⁸ Dados de Janeiro de 2007, do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF.

⁴⁹ 3 Utentes não responderam a esta pergunta (missings).

Figura 2 – Escalão Etário dos Utentes Inquiridos (n=2338)

Em relação ao nível de escolaridade, é possível verificar que 46,9% dos inquiridos possui habilitações literárias completas até ao 12º ano. De facto, este é o nível de escolaridade mais frequente nos utentes inquiridos até aos 65 anos.

Figura 3 – Habilitações Literárias dos Utentes Inquiridos (n=2338)

Por outro lado, regista-se uma maior frequência de respostas no Ensino Preparatório quando se considera os utentes entre os 66 e os 75 anos.

Através do estudo das classes profissionais, constata-se que 22,8% do total dos utentes inquiridos são reformados, subindo este valor até 48,6% quando apenas se considera a sub-amostra UCA. A segunda classe mais representativa nas duas sub-amostras (USA e UCA) é a categoria de empregado de serviços/comércio/administrativo, com 19,8% e 25,7% respectivamente.

6.1.2. Caracterização Farmacoterapêutica dos Inquiridos

Em relação ao número de medicamentos utilizados, o total da amostra inquirida toma, em termos médios, 3 medicamentos por dia. Este número aumenta para 7 quando apenas se considera a sub amostra UCA⁵⁰.

Tabela 13 – Estatística Descritiva do Número de Medicamentos Tomados pelos Utentes Inquiridos

Amostra	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Total	2338	2,75	2,00	2,00	0	22	1,52	4,33
Sem Acesso	2303	2,69	2,00	2,32	0	22	1,48	4,26
Com Acesso	35	6,97	6,00	3,29	2	16	1,19	1,42

A correlação de Pearson demonstra que existe uma correlação positiva entre a variável contínua idade e o número de medicamentos consumidos por dia, ou seja, os utentes mais velhos tomam, em média, mais medicamentos (Anexo VIII). Este resultado está de acordo com um estudo realizado por um grupo de investigadores da Faculdade de Farmácia, em que os utentes mais idosos, como é o caso dos da sub-amostra UCA consomem, em média, mais medicamentos (Ferreira *et al.* 2008).

De seguida, foi indagada a indicação terapêutica destes medicamentos, concluindo-se que 54,3% do total da amostra os utiliza para a tensão arterial. Este valor aumenta para 91,4% quando apenas se tem em conta a sub-amostra “UCA”. Em segundo lugar e terceiro lugar surgem os medicamentos para o colesterol (44,1%) e para as articulações (23,3%), conforme tabela no Anexo VIII.

Figura 4 – Assiduidade de Idas à Farmácia



⁵⁰ O teste t para a igualdade de médias populacionais do número de medicamentos utilizados tendo em conta o tipo de acesso a PCF demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas (p-value=0,00).

A frequência de idas à farmácia foi também pesquisada, tendo 39,3% dos inquiridos afirmado que lá se deslocavam uma vez por mês. O segundo grupo mais populoso, com 20,1%, é o que considera que visita a farmácia de 15 em 15 dias.

Tabela 14 – Relação entre o Número de Medicamentos Utilizados e a Frequência de Idas à Farmácia

Frequência de Idas à Farmácia	Número de Medicamentos Diários	
	Média	%
Todos os dias	5	0,86
Mais de uma vez por semana	4,8	6,72
Uma vez por semana	4,3	12,4
De 15 em 15 dias	3,2	20,06
Uma vez por mês	2,7	39,26
De 2 em 2 meses	1,1	4,49
Mais espaçadamente	0,5	16,04
NS/NR	1,7	0,17

O estudo da relação entre a frequência de idas à farmácia e o número de medicamentos utilizados demonstra que os utentes que se deslocam à farmácia uma vez por mês e os que se deslocam de 15 em 15 dias utilizam, em média, 3 medicamentos por dia. Por outro lado, tal como era expectável, os utentes que utilizam maior número de medicamentos (5) deslocam-se com maior frequência (todos os dias ou mais de uma vez por semana) à farmácia, apesar da amostra nestes casos ser pouco representativa, com 0,86% e 6,72% respectivamente.

6.2. Satisfação dos Serviços Prestados na Farmácia

A partir dos 2338 questionários obtidos em vários distritos do país, foi possível estudar o grau de satisfação com os serviços prestados na farmácia, de acordo com o trabalho de Iglésias *et al.* (2005) e usando uma escala do tipo Likert⁵¹.

Deste modo, em termos médios, os inquiridos classificam como Bom (3,48) os serviços que são prestados na farmácia. Esta percepção aumenta para Muito Bom (4,27) quando apenas se considera a sub-amostra UCA, conforme pode ser constatado na tabela 15.

Dividindo os itens da satisfação global em dois factores (a gestão terapêutica e o esclarecimento agradável) pode-se constatar que existem diferenças estatisticamente

⁵¹ De acordo com a escala usada: (1) Fraco; (2) Razoável; (3) Bom; (4) Muito Bom e (5) Ótimo.

significativas⁵² entre os utentes que têm acesso e o que não tem acesso a PCF, para os dois factores.

Tabela 15 – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia

Satisfação com os Serviços da Farmácia	Proveniência					
	Utentes Sem Acesso		Utentes Com Acesso		Total Utentes	
	Média	n	Média	n	Média	n
Apreciação Global	3,47	2303	4,27	35	3,48	2338
Gestão Terapêutica	3,41	2302	4,21		3,43	2337
Esclarecimento Agradável	3,56	2303	4,37		3,57	2338

O esclarecimento agradável é o factor que apresenta, em termos médios e globais, um valor mais alto, com 3,57. Também este parâmetro aumenta, em termos médios, para 4,37 quando apenas se considera a sub-amostra UCA. Por outro lado, a gestão terapêutica é o factor que regista um valor médio mais baixo, com 3,43 no cômputo geral. No entanto, também aqui, este índice aumenta (4,21) no caso da sub-amostra UCA.

Os valores totais obtidos para o esclarecimento agradável e para a gestão terapêutica são mais baixos que os obtidos no estudo de Iglésias *et al.* (2005)⁵³, apesar de, também aqui, o esclarecimento agradável ser o factor que obtém valores médios mais elevados. No entanto, convém ressaltar que este estudo apresentou uma amostra mais pequena, obtida apenas em farmácias comunitárias.

Analisando os valores de satisfação com os serviços prestados na farmácia por distrito, é possível verificar que Faro é o distrito onde se regista maior índice de satisfação em todos os parâmetros analisados, em contraponto com Setúbal, onde estes valores são menos elevados, sendo que estas diferenças se revelam estatisticamente significativas⁵⁴.

⁵² Diferenças comprovadas pelo teste t para a igualdade de médias populacionais da apreciação global, da gestão terapêutica e do esclarecimento agradável, tendo em conta o tipo de acesso a PCF (Anexo IX).

⁵³ De acordo com os resultados deste trabalho, efectuado em 3 farmácias comunitárias com 230 utentes, a gestão terapêutica obteve, em termos médios, 3,96 e o esclarecimento agradável obteve um valor médio de 4,17.

⁵⁴ Teste de comparação múltipla (Dunnnett C): (i) diferenças significantes entre o distrito de Setúbal e os distritos de Faro, Lisboa e Leiria, tendo em conta a apreciação global; (ii) diferenças significativas entre os distritos de Setúbal e Faro e Lisboa e Faro e Santarém, no factor gestão terapêutica; (iii) e diferenças significativas entre Setúbal e os restantes distritos, no factor esclarecimento agradável.

Tabela 16 – Níveis Médios de Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia tendo em conta o Distrito de Recolha dos Questionários

Distrito	n	Apreciação Global Média	Gestão Terapêutica Média	Esclarecimento Agradável Média
Faro	72	3,83	3,78	3,92
Leiria	82	3,53	3,45	3,65
Lisboa	983	3,66	3,60	3,75
Santarém	86	3,48	3,37	3,65
Setúbal	1115	3,30	3,25	3,37

Em relação à avaliação por concelhos, constata-se que Moita e Mação são os municípios onde os inquiridos apresentam maiores níveis de satisfação para as 3 dimensões analisadas (apreciação global, gestão terapêutica e esclarecimento agradável), ao passo que os utentes inquiridos no Seixal, em Almada e em Ourém, apresentam menores valores de satisfação. Estas diferenças são também estatisticamente significativas⁵⁵.

De modo a estudar se existem diferenças significativas entre os questionários obtidos nas farmácias e os obtidos em espaços não farmácia, foram estudados os níveis médios de satisfação dos inquiridos nestes dois locais. Assim, constata-se que, em termos médios, o utente que preencheu o inquérito na farmácia está mais satisfeito com os serviços que nela são prestados (3,65), estendendo-se esta satisfação à gestão terapêutica (3,60) e ao esclarecimento agradável (3,72). A análise estatística permite verificar que estas diferenças são significativas⁵⁶.

Tabela 17 – Níveis Médios de Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia tendo em conta o Espaço de Recolha da Amostra

Tipo de Espaço	Apreciação Global Média	Gestão Terapêutica Média	Esclarecimento Agradável Média
Farmácia	3,65	3,60	3,72
Não Farmácia	3,37	3,30	3,46

Estes resultados podem, em parte, ser explicados pelo método de selecção da amostra. De facto, os utentes inquiridos nas farmácias foram convidados a participar no estudo pelos colaboradores da própria farmácia, o que poderá ter introduzido um viés positivo no grau de satisfação com os serviços prestados.

⁵⁵ Diferenças comprovadas estatisticamente pelo teste de Kruskal Wallis (Anexo IX).

⁵⁶ Teste Anova (p-value=0,00).

A partir ainda dos valores da amostra total para os factores da satisfação, é possível constatar quais os utentes que estão mais satisfeitos com os serviços prestados, tendo em conta o género, o escalão etário e a frequência de idas à farmácia. Assim, as mulheres mostram-se, em termos médios, mais satisfeitas com os serviços prestados nas farmácias, sendo estas diferenças estatisticamente significativas⁵⁷. Por outro lado, os utentes mais velhos aparentam maior grau de satisfação com os serviços que são efectuados na farmácia, sendo esta satisfação uma relação directa com o escalão etário⁵⁸. Os utentes que se deslocam à farmácia todos os dias são os mais satisfeitos com todos os parâmetros analisados, registando-se diferenças estatisticamente significativas⁵⁹ entre eles e os utentes que vão no máximo de 15 em 15 dias (Anexo IX).

Analisando as 20 perguntas sobre os “Serviços Prestados na Farmácia”, na sua globalidade, é possível verificar quais os aspectos mais positivos e negativos dos dois factores em estudo (gestão terapêutica e esclarecimento agradável), apesar de todas as variáveis neste sector apresentarem classificações iguais ou superiores a 3 (Bom). Assim, é possível construir uma tabela de frequências em percentagem, de cada uma das 20 respostas, aos parâmetros analisados, comparando as opiniões dos USA e a dos UCA, na sua globalidade.

Tabela 18 – Frequências dos Graus de Satisfação com os Serviços da Farmácia tendo em conta o Tipo de Acesso a Cuidados Farmacêuticos

	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Ótimo
1. Aspecto profissional da farmácia?					
Utentes Sem Acesso	0,09%	5,60%	42,68%	42,34%	9,25%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	11,43%	48,57%	40,00%
2. A disponibilidade do farmacêutico para responder às suas questões?					
Utentes Sem Acesso	0,09%	6,86%	40,03%	40,34%	12,59%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	5,71%	28,57%	65,71%
3. A relação profissional que o farmacêutico tem consigo?					
Utentes Sem Acesso	0,43%	7,90%	43,47%	37,08%	10,94%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	5,71%	60,00%	34,29%
4. A capacidade do farmacêutico para o aconselhar sobre os problemas que possa ter com os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,43%	8,38%	42,60%	38,21%	10,25%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	5,71%	42,86%	51,43%
5. A rapidez na dispensa das suas receitas?					
Utentes Sem Acesso	0,30%	8,12%	45,29%	37,91%	8,08%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	11,43%	71,43%	17,14%
6. O profissionalismo do pessoal da farmácia?					
Utentes Sem Acesso	0,04%	5,17%	43,12%	39,99%	11,51%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	11,43%	60,00%	28,57%

⁵⁷ Diferenças comprovadas pelo teste t para a variável género, com (p-value = 0,00).

⁵⁸ O teste Anova demonstra estas diferenças estatísticas com um p-value=0,00.

⁵⁹ Teste Anova (p-value=0,00).

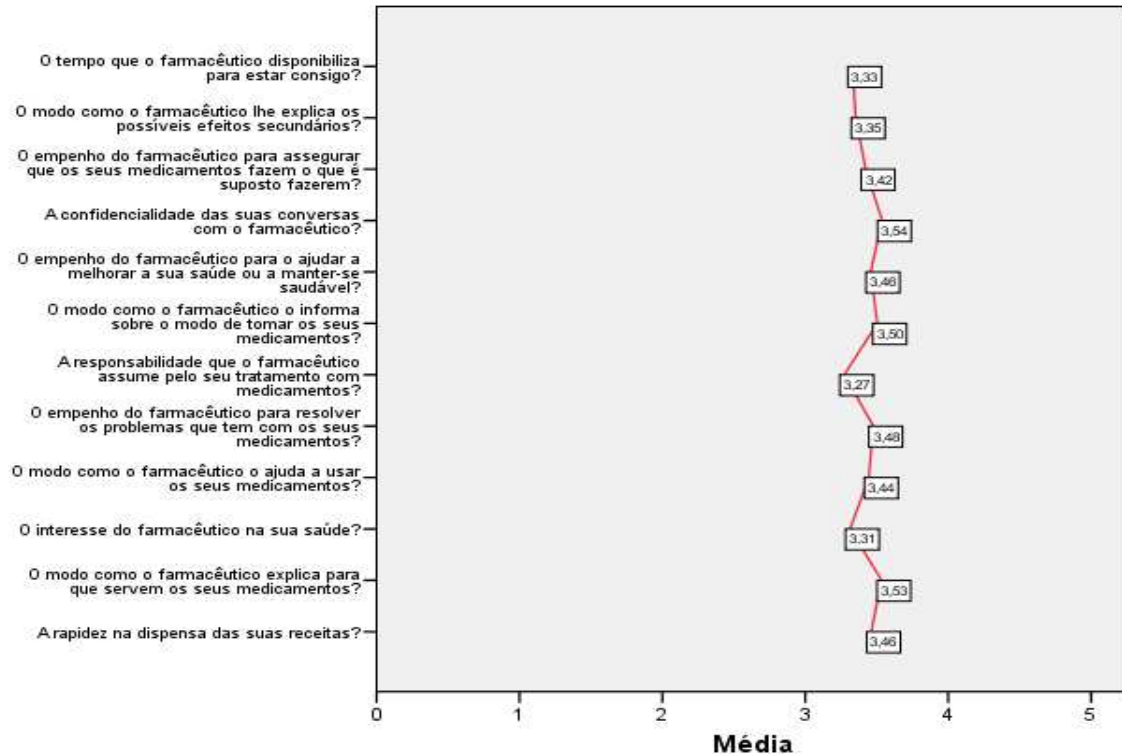
	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Ótimo
7. O modo como o farmacêutico explica para que servem os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,39%	8,03%	41,08%	39,99%	10,42%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	54,29%	37,14%
8. O interesse do farmacêutico na sua saúde?					
Utentes Sem Acesso	1,65%	11,81%	48,76%	30,05%	7,43%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	2,86%	82,86%	14,29%
9. O modo como o farmacêutico o ajuda a usar os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,56%	9,42%	44,25%	37,21%	8,29%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	60,00%	31,43%
10. O empenho do farmacêutico para resolver os problemas que tem com os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,78%	9,81%	41,77%	37,13%	10,25%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	48,57%	42,86%
11. A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	1,91%	11,77%	51,45%	27,70%	6,82%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	17,14%	65,71%	17,14%
12. O modo como o farmacêutico o informa sobre o modo de tomar os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,35%	8,60%	41,64%	39,69%	9,60%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	5,71%	77,14%	17,14%
13. Os serviços da sua farmácia em geral?					
Utentes Sem Acesso	0,04%	6,73%	50,93%	33,04%	9,21%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	11,43%	62,86%	25,71%
14. O modo como o farmacêutico responde às suas perguntas?					
Utentes Sem Acesso	0,13%	6,73%	43,16%	39,21%	10,68%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	57,14%	34,29%
15. O empenho do farmacêutico para o ajudar a melhorar a sua saúde ou a manter-se saudável?					
Utentes Sem Acesso	1,09%	10,03%	41,90%	37,39%	9,47%
Utentes Com Acesso	0,00%	2,86%	2,86%	45,71%	48,57%
16. A cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia para consigo?					
Utentes Sem Acesso	0,04%	4,73%	34,39%	42,73%	17,98%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	5,71%	17,14%	77,14%
17. A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?					
Utentes Sem Acesso	0,74%	8,38%	41,34%	36,08%	13,16%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	28,57%	62,86%
18. O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos fazem o que é suposto fazerem?					
Utentes Sem Acesso	1,00%	9,94%	44,38%	36,08%	8,21%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	51,43%	40,00%
19. O modo como o farmacêutico lhe explica os possíveis efeitos secundários?					
Utentes Sem Acesso	2,61%	10,33%	44,25%	35,78%	6,82%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,57%	65,71%	25,71%
20. O tempo que o farmacêutico disponibiliza para estar consigo?					
Utentes Sem Acesso	1,04%	11,59%	48,89%	31,13%	7,25%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	14,29%	71,43%	14,29%

6.2.1. Satisfação com a Gestão Terapêutica

A análise descritiva das 12 variáveis que compõem a gestão terapêutica permite verificar que, em termos médios, os utentes inquiridos mostram-se mais satisfeitos com a

confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico (3,54) e com o modo como o farmacêutico explica para que servem os medicamentos (3,53), conforme gráfico abaixo.

Figura 5 – Gráfico de Perfil Médio das Variáveis que Compõem a Gestão Terapêutica



Pelo gráfico de perfil médio pode-se ainda verificar que a responsabilidade que o farmacêutico assume pelo tratamento com os medicamentos e o interesse do farmacêutico na saúde do utente são as questões que apresentam um menor grau de satisfação, com 3,27 e 3,31 respectivamente.

Analisando, mais em detalhe, a variável de maior grau de satisfação, a confidencialidade das conversas tidas com o farmacêutico, pode-se verificar que 40,8% dos inquiridos classificam-na de Bom e 36% de Muito Bom. O segundo parâmetro, o modo como o farmacêutico explica para que servem os medicamentos é classificado como Bom por 40,6% dos respondentes, quase a mesma percentagem (40,2%) que o classificou de Muito Bom.

A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos é classificada de Bom pela maioria da amostra inquirida (50,9%), ao passo que esta classificação é dada por 48,1% dos utentes para a percepção que eles têm do interesse do farmacêutico pela sua saúde.

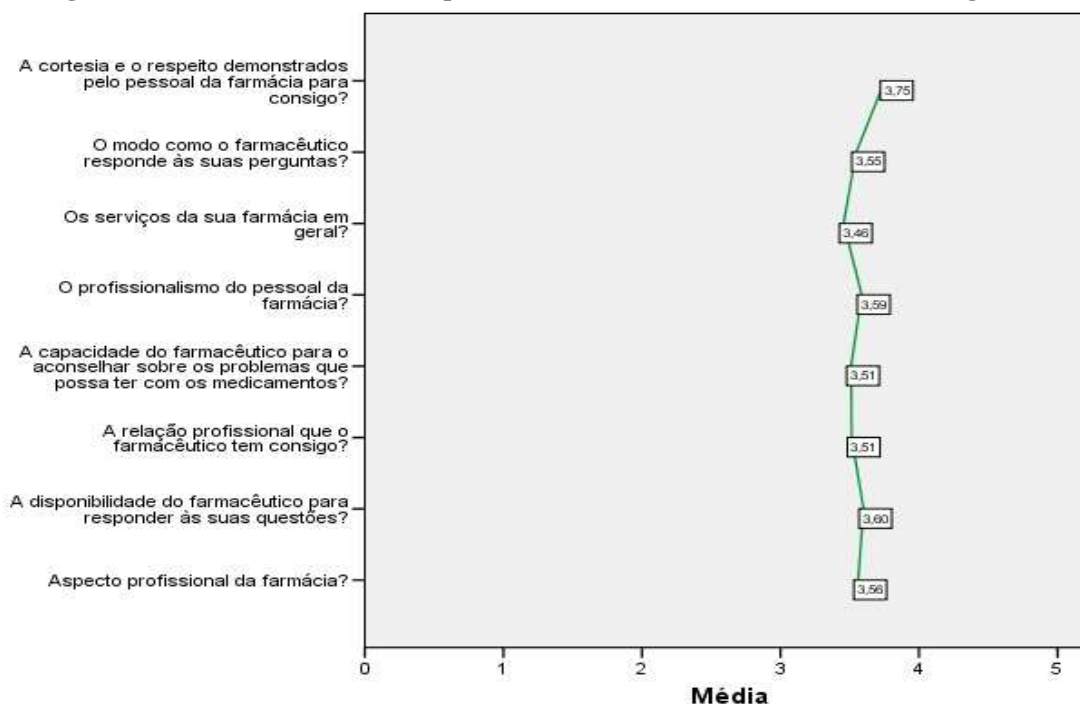
Com base nestes dados, é possível efectuar o estudo da relação entre cada um destes parâmetros e o tipo de acesso que os utentes têm aos PCF. Assim, de acordo com a análise

estatística, existem diferenças estatisticamente significativas⁶⁰ entre os USA e UCA para estes 4 parâmetros analisados, estando, em termos médios, os utentes que participam nestes programas mais satisfeitos. De facto, estes utentes classificam de Muito Bom as quatro variáveis analisadas.

6.2.2. Satisfação com o Esclarecimento Agradável

As 8 variáveis do factor esclarecimento agradável foram também alvo de tratamento estatístico, tendo-se verificado que os utentes inquiridos mostram, em termos médios, maior grau de satisfação com a cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia (3,75) e com a disponibilidade do farmacêutico para responder às questões que lhe são colocadas (3,60).

Figura 6 – Gráfico de Perfil Médio para as Variáveis do Factor Esclarecimento Agradável



Por outro lado, a análise do gráfico da Figura 6 demonstra que os inquiridos apresentam menor grau de satisfação com os serviços da farmácia em geral (3,46), com a relação profissional que o farmacêutico desenvolve com o utente (3,51) e com a capacidade do farmacêutico para aconselhar sobre os problemas que possam existir com os medicamentos (3,51).

⁶⁰ Diferenças comprovadas pelo teste t (Anexo X).

A análise pormenorizada destas variáveis permite constatar que 42,3% dos respondentes classificam como Muito Bom a cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia, enquanto que este valor desce para 40,2% quando se analisa a disponibilidade do farmacêutico para responder às questões colocadas. Os serviços da farmácia em geral são classificados de Bom pela maioria da amostra inquirida (50,3%), ao passo que mais de 42% da amostra total atribui a mesma classificação à relação profissional que o farmacêutico tem com os utentes e à sua capacidade de aconselhar sobre os problemas que possam existir com os medicamentos. Também neste factor foi efectuado o estudo da relação entre cada um destes parâmetros e o tipo de acesso a PCF, tendo se verificado a existência de diferenças estatísticas significativas em todas as variáveis analisadas. De facto, os dados obtidos permitem constatar que os UCA a programas diferenciados de cuidados se mostram mais satisfeitos, classificando cada um destes parâmetros de Muito Bom (Anexo XI).

6.3. Programas de Cuidados Farmacêuticos e de Seguimento Farmacoterapêutico

6.3.1. Caracterização dos Programas. Importância vs Participação

A importância que cada um dos inquiridos dá aos CF foi analisada, tendo-se verificado que, de uma maneira geral, 64,24% dos inquiridos atribui uma grande importância a este tipo de cuidados. Esta importância aumenta para muito grande quando apenas se considera a sub-amostra “UCA”, sendo esta diferença estatisticamente significativa, conforme demonstrado pelo teste t (p-value=0,00).

Tabela 19 – Resultados Obtidos para a Variável “Importância Atribuída aos Cuidados Farmacêuticos”

Importância Atribuída aos Cuidados Farmacêuticos	Total da Amostra	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso
Média	3,91	3,90	4,49
Respostas	Percentagem de Respostas		
Muito Pequena	0,17	0,17	0,00
Pequena	2,18	2,21	0,00
Média	18,69	18,89	5,71
Grande	64,24	64,61	40,00
Muito Grande	14,33	13,72	54,29
Sub total	99,62	99,61	100,00
NS/NR	0,38	0,39	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Com o intuito de determinar necessidades futuras de novos serviços foi perguntado a que programas os utentes gostariam de aderir, ou em que outros programas estariam interessados em participar, no caso de se tratar de um utente com acesso a PCF. Os resultados obtidos demonstram que o PCF da Hipertensão é o que mais parece interessar aos utentes inquiridos, com 28,8% de respostas no cômputo geral, seguido do Seguimento Farmacoterapêutico (25%) (Anexo XII). De realçar, no entanto, que a maior frequência de respostas registou-se na opção Nenhum (35,2%), não estando, portanto, estes utentes inquiridos interessados em participar em qualquer PCF ou mais nenhum programa, no caso dos utentes que já participam. Esta resposta pode em parte ser explicada pelo facto de nem todos os utentes habituais da farmácia necessitarem de ser integrados num projecto de intervenção farmacêutica, dado não apresentarem complexidade no seu perfil farmacoterapêutico.

O estudo da percepção dos benefícios que os PCF podem gerar para os próprios utentes inquiridos demonstrou que os utentes, de uma maneira geral, valorizam estes cuidados (3,93). Esta valorização aumenta (4,51), quando apenas se considera os utentes que têm acesso a PCF, sendo a diferença registada estatisticamente significativa⁶¹.

Tabela 20 – Percepção dos Benefícios dos Cuidados Farmacêuticos para os Próprios Utentes Inquiridos da Amostra Total

	Total da Amostra	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso
Média	3,93	3,92	4,51
Respostas	Percentagem de Respostas		
Discordo Totalmente	0,51	0,52	0,00
Discordo	0,51	0,52	0,00
Não Concordo Nem Discordo	17,84	18,11	0,00
Concordo	66,17	66,44	48,57
Concordo Totalmente	13,47	12,90	51,43
Sub total	98,50	98,48	100,00
NS/NR	1,50	1,52	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

A análise destas respostas tendo em conta o género do respondente, demonstra que as mulheres concordam mais do que os homens com os benefícios que estes programas podem gerar na sua saúde, tendo esta diferença significado estatístico.

Em relação ao escalão etário, verifica-se que a percepção destes benefícios aumenta com a idade, ocorrendo diferenças estatisticamente significativas entre os escalões etários mais velhos (66 a 75 anos e mais de 76 anos) e todos os outros. De realçar, no entanto, que os

⁶¹ O teste t comprova estas diferenças estatísticas (p-value=0,00).

utentes com idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos valorizam, também, os benefícios que estes programas lhe podem trazer.

Por outro lado, a análise dos resultados permite também verificar que os utentes que se deslocam com mais frequência à farmácia (como sejam os utentes que lá vão todos os dias e mais do que uma vez por semana) são aqueles que mais percebem as vantagens para a própria saúde da participação em PCF, sendo estas diferenças estatisticamente significativas, em relação aos outros grupos.

6.3.2. Valorização dos Cuidados Farmacêuticos

A disponibilidade em pagar pela participação nos PCF foi também estudada, tendo-se para o efeito inquirido os USA acerca da importância que estariam dispostos a desembolsar pela adesão a um PCF. No caso dos UCA, esta disponibilidade foi também indagada, para determinar a quantia que eles pensariam pagar por cada visita de seguimento do programa.

Os resultados obtidos permitem constatar que 64,3% do total da amostra inquirida respondeu à questão, tendo 29,3% dos respondentes indicado um valor até 5 €, ao contrário de 25,3% que não mostraram interesse em pagar nada (tabela 21).

Tabela 21 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos tendo em conta a Amostra Total (n=2338)

Disponibilidade em Pagar	Frequência	%
Nada	591	25,3
Até 5 €	685	29,3
Entre 6 e 10 €	163	7
Entre 11 e 15 €	28	1,2
Entre 16 e 20 €	25	1,1
Mais de 20 €	11	0,5
Sub total	1503	64,3
NS/NR	21	0,9
N/A	814	34,8
Sub total	835	35,7
Total	2338	100

A análise desta tabela permite ainda verificar que 34,8% da amostra total não respondeu a esta questão, uma vez que não estavam interessados em participar em qualquer PCF. Comparando estes resultados com os obtidos por Pires *et al.* (2006) verifica-se que, de uma maneira geral, a percentagem de utentes interessados em participar é semelhante mas a disponibilidade em pagar é mais elevada.

Repartindo a amostra total pelos distritos analisados, pode-se verificar que os inquiridos do distrito de Leiria e de Lisboa mostram-se mais predispostos a pagar pelos CF do que os utentes dos outros distritos, sendo estas diferenças estatisticamente⁶² significativas quando comparadas com o distrito de Santarém, onde a disponibilidade em pagar é reduzida.

Analisando a disponibilidade em pagar tendo em conta o tipo de acesso a PCF, pode-se constatar que, nos dois grupos, sem e com acesso, a maior frequência de respostas verifica-se na opção até 5€, com 28,9% e 54,3% respectivamente. Estas diferenças registadas não são estatisticamente significativas⁶³, apesar de se estar a considerar o pagamento de serviços diferentes. De facto, no caso do utente sem acesso, investiga-se a vontade de pagar pelo próprio acesso a CF e, no caso do utente com acesso, procura-se determinar quanto deveria ser pago por cada visita de acompanhamento farmacoterapêutico.

Tabela 22 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos, tendo em conta o Acesso dos Utentes (n=2338)

Disponibilidade em Pagar	Utentes Sem Acesso		Utentes Com Acesso	
	Freq.	%	Freq.	%
Nada	583	25,3	8	22,9
Até 5 €	666	28,9	19	54,3
Entre 6 e 10 €	157	6,8	6	17,1
Entre 11 e 15 €	27	1,2	1	2,9
Entre 16 e 20 €	25	1,1	0	0,0
Mais de 20 €	10	0,4	1	2,9
Sub total	1468	63,7	35	100
NS/NR	21	0,9	0	0,0
N/A	814	35,3	0	0,0
Sub total	835	36,3	0	0,0
Total	2303	100	35	100

Estes resultados estão de acordo com as conclusões do trabalho de Larson (2000), onde apesar da grande maioria dos respondentes não receber este tipo de cuidados, se constata uma disposição a pagar por estes serviços.

Considerado o género dos utentes inquiridos, verifica-se que as mulheres se mostram mais predispostas a pagar, até 5€ do que os homens, apesar destas diferenças não apresentarem significado estatístico (p-value=0,759) (Anexo XIII). Em relação à idade, constata-se que os utentes até aos 35 anos estão mais predispostos a pagar pelos CF do que os

⁶² De acordo com o teste de Bonferroni, existem diferenças significativas entre o distrito de Santarém e os distritos de Leiria e Lisboa, com o p-value=0,002 e p-value=0,013, respectivamente (Anexo XIII).

⁶³ Comprovado pelo teste t (p-value=0,061).

restantes escalões etários, sendo a diferença registada estatisticamente⁶⁴ significativa para o grupo 56 a 65 anos.

A disponibilidade em pagar por CF tendo em conta o nível de escolaridade dos inquiridos foi também indagada, tendo-se verificado que os utentes que frequentaram o Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura/Mestrado e Doutoramento) mostram-se mais dispostos a pagar⁶⁵ por este tipo de cuidados do que os utentes com nível de escolaridade mais baixo, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Por outro lado, de acordo com os resultados recolhidos é possível verificar que o número de medicamentos utilizados diariamente não é um factor que influencie a disponibilidade em pagar, uma vez que a média de medicamentos utilizados não varia com o valor a pagar (Anexo XIII).

A partir dos dados obtidos é possível verificar que os inquiridos que atribuem um valor positivo aos benefícios da participação em PCF estão mais predispostos a pagar por este tipo de cuidados, tendo esta relação significado estatístico⁶⁶.

O nível de participação em campanhas de CF foi também estudada, tendo 80,9% do total da amostra inquirida respondido negativamente em relação à anterior participação numa campanha deste tipo. Dos restantes, a maior percentagem (29,7%) participou no Dia Mundial do Diabético, logo seguido (29,5%) do Controlo do Colesterol⁶⁷. Com base nos dados disponíveis foi averiguada a possibilidade da participação anterior em campanhas de CF predispor para o pagamento de PCF. No entanto, o teste estatístico efectuado demonstrou que estas duas variáveis são independentes.

⁶⁴ O teste de comparação múltipla (Dunnet C) demonstra que existe diferença de médias entre os escalões etários menos de 25 anos e 26 a 35 anos e os utentes entre 56 a 65 anos, com valores de -0,51 e -0,36, respectivamente.

⁶⁵ Estes dados foram comprovados pelo teste de comparação múltipla (Dunnet C).

⁶⁶ O teste do Qui-Quadrado comprova esta relação (p-value=0,00).

⁶⁷ Informação estatística mais detalhada pode ser obtida directamente com a autora.

CAPITULO VII. Estudo de Caso de uma Farmácia Comunitária em Lisboa

Nos últimos anos, fruto de um intenso processo de transformação das sociedades, a preocupação com a qualidade de vida dos doentes passou a ser uma constante. Deste modo, actualmente, a tarefa principal dos profissionais de saúde, em todos os níveis das organizações, consiste em melhorar os serviços que prestam aos utentes/doentes, de modo a conseguir melhorar o seu estado de saúde. Todos estes argumentos são pertinentes, verdadeiros e válidos para a farmácia comunitária⁶⁸, enquanto pequena empresa prestadora de bens e serviços na área da saúde.

Assim, é importante para as farmácias, independentemente da sua dimensão, que através de produtos e serviços inovadores, de empenho e novas competências, possam melhorar o seu desempenho económico, social e ambiental a curto e longo prazo. É neste contexto socio-económico que uma farmácia em Lisboa começou a disponibilizar, no princípio de 2008, um serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF)⁶⁹ aos seus utentes.

Por outro lado, tendo como objectivo principal determinar que intervenções servem melhor a comunidade onde a farmácia está inserida e quais as necessidades e expectativas dos seus utentes, foi elaborado este estudo de caso⁷⁰. Ele surge, assim, da necessidade de avaliar determinados aspectos relacionados com a realização de programas de intervenção farmacêutica, como a evolução dos resultados clínicos dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos determinados.

Através do estudo de caso, procurar-se-á determinar: (i) o nível de satisfação com os serviços prestados; (ii) quais os aspectos que apresentam maior grau de satisfação; (iii) quais aqueles que devem ser modificados e melhorados (menor grau de satisfação); (iv) o grau de valorização que o utente atribui aos CF, averiguando se estes são entendidos como um factor de diferenciação; (v) a dimensão dessa valorização, quer através da sua disponibilidade em participar nos projectos de cuidados, quer pela sua disposição em pagar por estes serviços.

⁶⁸ As farmácias de oficina são espaços de saúde, com cariz empresarial, da responsabilidade técnica de um farmacêutico em que, pelo seu código ético e deontológico, a Saúde Pública está em primeiro lugar (Batel, 2004).

⁶⁹O AF é um serviço que se destina a doentes com necessidade de análise mais detalhada da medicação, com a finalidade de identificar, prevenir e resolver PRM, através de intervenção junto do doente e/ou reporte ao médico e posterior monitorização dos resultados dessa intervenção. Este projecto é dirigido a doentes que apresentem terapêutica específica (como para a tensão arterial e a glicémia) para determinada patologia e, preferencialmente, com valores de parâmetros frequentemente acima dos objectivos terapêuticos.

⁷⁰ Este trabalho foi apresentado no 9º Congresso Nacional das Farmácias, subordinado ao tema “Farmácias Portuguesas – Uma Nova Era para a Saúde em Portugal”, realizado em Novembro de 2008.

De forma a cumprir os objectivos enunciados, este estudo de caso foi estruturado, começando por caracterizar a Farmácia onde ele foi realizado (secção 1) e avaliando-se, a nível clínico, a evolução dos resultados das determinações clínicas deste programa de AF, analisando o período de Janeiro a Agosto de 2008 (secção 2). De seguida, através da sua análise descritiva, ir-se-á caracterizar a amostra e proceder à sua caracterização farmacoterapêutica (secção 3). Será ainda efectuada a análise da satisfação com os serviços prestados pela farmácia (secção 4) e a caracterização dos PCF, com a pesquisa do grau de valorização destes programas pelos utentes inquiridos, nomeadamente através da sua disponibilidade em pagar para ter acesso a eles (secção 5).

7.1. Caracterização da Farmácia em Estudo

A Farmácia⁷¹ em estudo encontra-se localizada no centro de Lisboa, numa freguesia (S. José) onde 23% dos residentes apresentam mais de 65 anos ⁷² (Censos, 2001).

Os serviços prestados pela equipa de profissionais desta farmácia são, para além da preparação, controlo, selecção, aquisição, armazenamento, dispensa de medicamentos de uso humano, veterinário e outros produtos (como dermocosméticos, dispositivos médicos, fitoterapêuticos e puericultura), o acompanhamento e vigilância da sua utilização bem como toda a informação e aconselhamento sobre os medicamentos dispensados. Para além destes, são ainda prestados outros tipos de serviços tais como: (i) a determinação de parâmetros bioquímicos (testes de glicémia, colesterol e triglicéridos); (ii) fisiológicos (testes de gravidez); (iii) e físicos (peso, tensão arterial).

Regularmente, os seus colaboradores participam em acções de sensibilização/intervenção comunitária quer através da divulgação de revistas, jornais e folhetos, quer de campanhas tais como: Valormed, programa de troca de seringas, recolha de radiografias e de toners/tinteiros.

Tendo como objectivo central o bem-estar e a satisfação do utente em particular e da comunidade em geral, foi delineada a missão e os valores desta organização, que passam pela promoção do uso correcto dos medicamentos, pela prevenção da doença e partilha de

⁷¹ Este espaço era, no final do séc. XIX, um laboratório – Laboratório Farmacológico J.J. Fernandes, tendo nos anos 30/40 passado definitivamente a farmácia.

⁷² De acordo, com o Censos de 2001 da estrutura etária dos indivíduos residentes em Lisboa, 24% têm mais de 64 anos e 52% têm idades compreendidas entre 25 a 64 anos. Cerca de ¼ da população residente é pensionista ou reformada, vivendo quase sempre sozinha (2/3 das famílias clássicas têm 1 ou 2 pessoas). Estes dados ajudam a concluir que muitos bairros no centro de Lisboa são constituídos por uma grande percentagem de pessoas idosas.

responsabilidades com os próprios utentes e com os outros profissionais de saúde, num ambiente de estreita cooperação e confiança mútua.

7.2. Avaliação dos Resultados Iniciais do Projecto de Acompanhamento Farmacoterapêutico

Os resultados do AF dizem respeito às determinações físicas (pressão arterial) e bioquímicas (glicémia e colesterol) de 11 utentes⁷³, uma vez que apenas estes completaram o ciclo de 8 meses (Janeiro a Agosto). Foram efectuadas 556 determinações (média de 6 por utente/mês), distribuídas do seguinte modo: (i) 394 de pressão arterial; (ii) 144 de glicémia em jejum; e (iii) 18 de colesterol.

Analisando a evolução dos valores médios dos parâmetros clínicos determinados (pressão arterial, pulsações, glicémia em jejum e colesterol) ao longo de 8 meses, verificou-se, de forma global, uma tendência de diminuição dos referidos valores, sobretudo nos últimos três meses. De facto, para todas as determinações, os valores médios obtidos em Agosto são inferiores aos valores registados no início do projecto de acompanhamento (tabela 23).

Tabela 23 – Estudo dos Parâmetros Determinados na Farmácia no Período de Janeiro a Agosto de 2008

2008		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Nº Total
Sistólica (mmHg)	Nº Determ.	52	36	48	40	68	48	57	45	394
	Média	146,0	145,9	139,0	137,2	139,3	138,6	135,8	135,6	
Diastólica (mmHg)	Nº Determ.	52	36	48	40	68	48	57	45	371
	Média	73,4	76,2	72,4	72,6	73,5	72,1	72,2	71,5	
Pulsações (bpm ⁷⁴)	Nº Determ.	48	35	45	39	68	44	54	38	144
	Média	76	75	74	77	73	73	72	73	
Glicemia em Jejum (mg/dl)	Nº Determ.	20	13	13	18	14	18	19	29	18
	Média	113	95	95	105	101	133	88	87	
Colesterol (mg/dl)	Nº Determ.	5	2	1	3	1	1	2	3	224
	Média	224	214	170	225	247	226	208	203	

Uma análise mais detalhada da tabela permite constatar que a tendência de diminuição dos valores médios não foi uniforme ao longo do período em análise, verificando-se a existência de meses onde ocorreu aumento destes valores em relação aos meses anteriores. Esta ocorrência poderá dever-se, tal como demonstrado por Eizerik e Manfroi (2008), ao facto de ser necessária uma mudança de comportamentos e estilos de vida por parte dos utentes, o

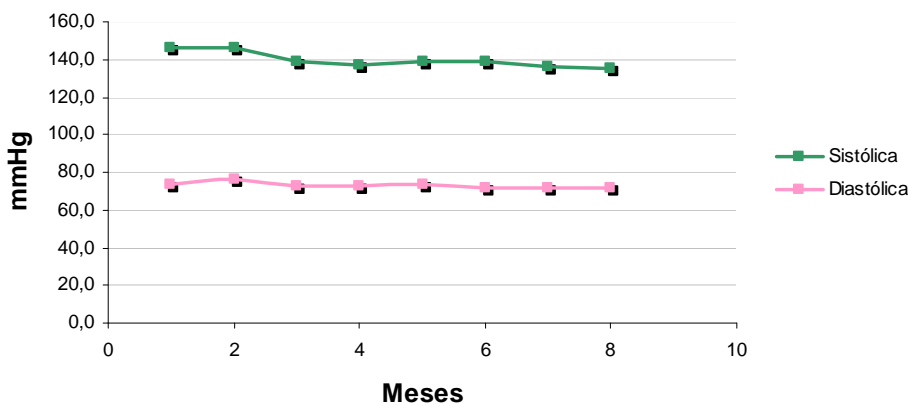
⁷³ Apesar de 12 utentes terem iniciado o programa.

⁷⁴ bpm- batimentos por minuto. Este parâmetro, apesar de ser determinado, não foi considerado para análise dos resultados clínicos.

que leva um certo tempo a ser consolidado, para que os parâmetros em análise sofram uma evolução positiva.

A partir dos valores médios dos parâmetros da pressão arterial, da glicémia e do colesterol é possível elaborar gráficos, que permitem visualizar melhor a evolução ao longo dos meses de AF.

Figura 7 – Evolução dos Valores Médios de Pressão Arterial ao Longo de 8 Meses

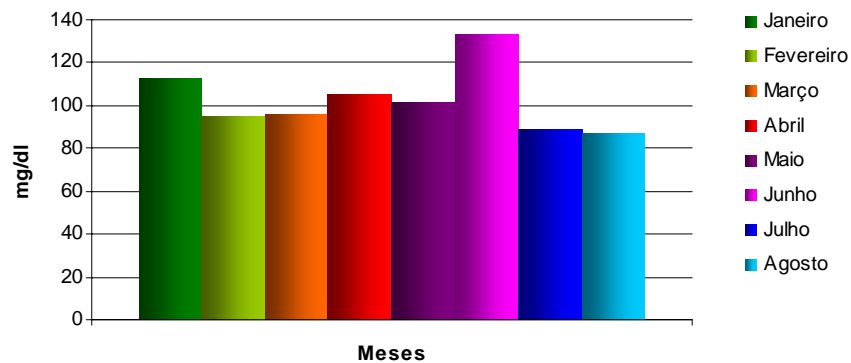


O gráfico da evolução da pressão arterial, de Janeiro a Agosto, permite constatar que a pressão arterial sistólica foi diminuindo gradualmente, acabando por registar um valor médio inferior (135,6) ao valor inicial (146,0). Em relação à pressão arterial diastólica, os valores obtidos ao longo do período considerado foram mais constantes, verificando-se um ligeiro decréscimo de 73,4 a 71,5, de Janeiro a Agosto de 2008. Na prática, os resultados de pressão arterial sistólica permitiram que, em termos globais, o valor médio obtido dos utentes, neste parâmetro passasse de ser considerado como Hipertensão Arterial Grau I (140-159/90-99mmHg) para Hipertensão Arterial Normal Alta (130-139/85-89mmHg), de acordo com a DGS⁷⁵ (2004).

O estudo da evolução dos valores médios da glicémia, efectuados em jejum, possibilita verificar que o seu valor mais elevado ocorreu em Junho, com uma média de 133 mg/dl, retirada de 18 medições. No mês inicial, o valor médio dos valores desta variável era de 113 mg/dl, sendo que em Agosto a média registada foi de 87 mg/dl.

⁷⁵ Em 2004, a Direcção Geral de Saúde publica uma Circular Normativa (nº2), onde classifica a Hipertensão Arterial (HTA). Assim: (i) <120/80 mmHg é considerada óptima; (ii) 120-129/80-84 mmHg é normal; (iii) 130-139/85-89 mmHg é normal alta; (iv) 140-159/90-99 mmHg é HTA grau I- leve; (v) 160-179/100-109mmHg é HTA grau 2- moderada; e (vi) acima de 180/110mmHg é HTA grau 3- grave.

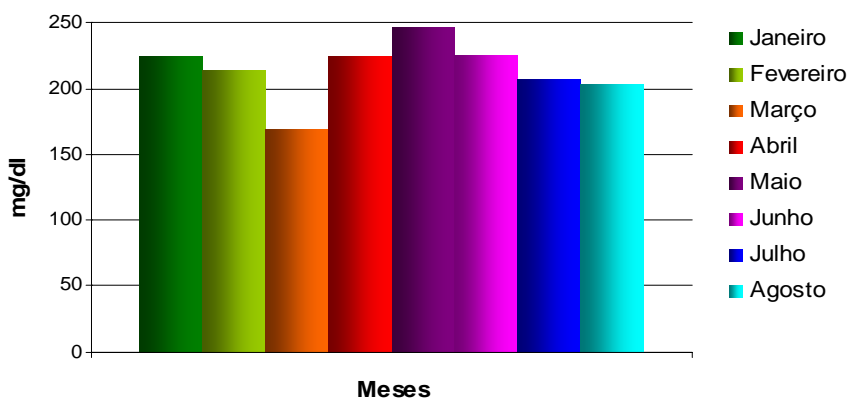
Figura 8 – Evolução dos Valores Médios de Glicémia ao Longo de 8 Meses



Estes resultados iniciais são também positivos, na medida em que sugerem que ocorreu uma passagem do valor médio, na classificação do nível de glicémia, de intolerância à glicose (110-125 mg/dl) para valores normais (70-109 mg/dl)⁷⁶.

Pela análise do gráfico da evolução dos valores médios de colesterol, é possível verificar que o valor médio mais alto registado ocorreu no quinto mês de seguimento (Maio). De realçar, no entanto, que os valores médios obtidos para este parâmetro não são significativos, ou seja, o número de determinações em cada mês e ao longo dos meses de acompanhamento foram de tal forma baixos que se torna difícil aferir o seu real valor no contexto dos utentes em seguimento⁷⁷ (figura 9).

Figura 9 – Evolução dos Valores Médios de Colesterol ao Longo de 8 Meses



⁷⁶ De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2002), a glicémia pode ser classificada em <70 mg/dl (hipoglicémia); 70-109 mg/dl (normoglicémia); intolerância à glicose (110-125 mg/dl); e hiperglicémia (acima de 126 mg/dl). Para que ocorra um diagnóstico de diabetes é necessário que ocorra a recolha de 2 amostras, colhidas em dias e horas diferentes.

⁷⁷ De acordo com a *European Guidelines on Cardiovascular Disease* (2003), o valor de colesterol total <190 mg/dl é o ideal.

Com base nos dados obtidos, é possível verificar a taxa de variação entre o princípio do projecto de AF (Janeiro) e o fim do período em estudo (Agosto). Assim, de uma maneira geral, analisando a referida taxa pode-se verificar que existe uma diminuição dos valores médios da pressão arterial, da glicémia e do colesterol. Importa salientar que a glicémia foi o parâmetro onde se registou uma maior descida dos valores (23,2%), em contraponto com a pressão diastólica, onde a descida foi menos acentuada (2,5%), conforme tabela 24. Esta variação percentual poderá ser explicada por esta pressão arterial ser a mais constante ao longo da vida, em comparação com a pressão arterial sistólica.

Tabela 24 – Taxa de Variação Mensal das Determinações Efectuadas na Farmácia no Início e Fim do Período em Análise

2008		Jan./Ago.
Sistólica	Nº Determ.	-13,5%
	Média	-7,2%
Diastólica	Nº Determ.	-13,5%
	Média	-2,5%
Pulso	Nº Determ.	-20,8%
	Média	-3,1%
Glicémia (mg/dl)	Nº Determ.	45,0%
	Média	-23,2%
Colesterol (mg/dl)	Nº Determ.	-40,0%
	Média	-9,2%

Por outro lado, considerando o número de determinações efectuadas nos utentes para os vários parâmetros, constata-se que entre o mês de Janeiro e de Agosto ocorreu um decréscimo dos seus números, com uma única excepção a ser registada no parâmetro da glicémia. De facto, este parâmetro bioquímico tem vindo a ser determinado com maior frequência, o que representa uma variação positiva de 45%. De salientar, no entanto, que este decréscimo do número de determinações poderá também ser devido ao período de férias de Verão, que coincidiu com o final do período em análise.

Estes resultados podem ser expressos na variação percentual do número de utentes que cumpriam os objectivos terapêuticos no início e no fim do período. Assim, em relação à pressão arterial, esta percentagem passou de 54,5% para 72,7% em Agosto. Esta tendência de subida foi também sentida na glicémia e no colesterol, com o aumento de 81,8% para 90,9% e de 72,7% para 81,8%, respectivamente.

Tabela 25 – Variação Percentual do Número de Utentes que Cumpriam os Objectivos Terapêuticos ao Longo do Período em Análise.

Objectivos Terapêuticos	Pressão Arterial (mmHg)	Glicémia (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)
	<140/90	<110	<190
Janeiro	54,5%	81,8%	72,7%
Fevereiro	27,3%	100,0%	90,9%
Março	63,6%	100,0%	100,0%
Abril	54,5%	81,8%	72,7%
Mai	54,5%	100,0%	90,9%
Junho	63,6%	81,8%	90,9%
Julho	72,7%	90,9%	81,8%
Agosto	72,7%	90,9%	81,8%

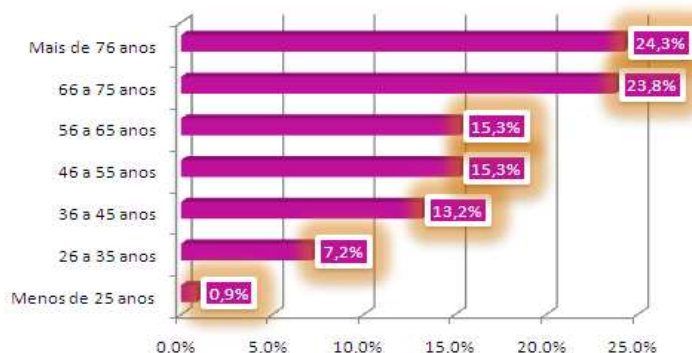
7.3. Caracterização da Amostra do Estudo de Caso

A amostra total do estudo de caso é composta por 235 utentes da farmácia comunitária, o que corresponde a 10,1% da amostra total inquirida, sendo formada por duas sub amostras: (i) uma constituída por utentes frequentadores da farmácia mas sem acesso a um programa de cuidado [USA (223)], e (ii) outra pelos utentes em AF [UCA (12)].

Foram convidados a colaborar na realização do questionário dirigido aos USA os frequentadores habituais da farmácia, escolhidos de forma aleatória, durante os meses de Abril a Junho. O questionário direccionado aos UCA foi apenas efectuado pelos utentes inseridos no projecto em desenvolvimento (AF), durante o período de Abril e Maio. A escolha deste ciclo deveu-se ao facto de se pretender obter respostas ao fim de pelo menos 3 a 4 meses de seguimento.

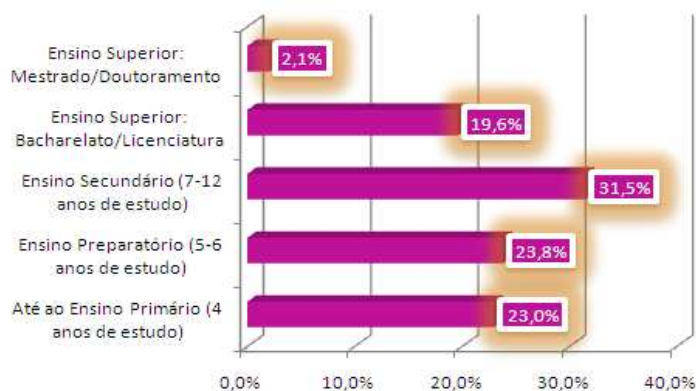
7.3.1. Características Sócio-Demográficas

A amostra seleccionada (235) é composta maioritariamente (94,9%) por utentes habituais da farmácia mas sem acesso a qualquer programa de cuidados, sendo os restantes 5,1% utentes em AF. Por outro lado, de acordo com a análise dos dados, 66% dos utentes são do sexo feminino e 34% do sexo masculino. Em relação ao escalão etário, cerca de 48,1% dos inquiridos tem mais de 65 anos, como pode ser constatado na figura 10.

Figura 10 – Escalão Etário dos Utentes da Amostra em Estudo (n=235)

Analisando a variável contínua idade, é possível ainda constatar que o inquirido mais novo tem 24 anos e o mais velho 88, representando uma média de 61 anos. Este valor sobe para quase 80 anos no caso da sub-amostra UCA. Estes valores obtidos significam que, em termos médios, a amostra do estudo de caso (235) é mais envelhecida que a amostra total inquirida (2338)⁷⁸.

As habilitações literárias foram também indagadas, tendo-se verificado que 31,5% dos inquiridos apresentam formação completa até ao 12º ano (figura 11).

Figura 11 – Habilitações Literárias dos Utentes da Amostra (n=235)

Por outro lado, relacionando as variáveis escalão etário e habilitações literárias, verifica-se que 57,9% dos utentes com mais de 76 anos tem até 4 anos de estudo (Ensino Primário), ao passo que 57,9% dos utentes mais novos (com idades até aos 35 anos) alegam conhecimentos ao nível do Ensino Superior.

Entre as classes profissionais também, no estudo de caso, a classe mais representativa são os reformados com 34,5% do total dos utentes inquiridos. Esta percentagem aumenta até aos 75%, quando apenas se considera a sub amostra UCA.

⁷⁸ Informação estatística mais detalhada pode ser obtida junto da autora.

7.3.2. Caracterização Farmacoterapêutica dos Inquiridos

Em relação ao número de medicamentos que, em média, os inquiridos afirmam tomar, este valor é de cerca de 5 (4,81) por dia, duplicando este número quando se considera os UCA (9,67)⁷⁹. De realçar ainda, que é possível constatar que existem utentes que tomam bastantes mais medicamentos que o resto da amostra inquirida.

Tabela 26 – Estatística Descritiva do Número de Medicamentos Tomados pelos Utentes

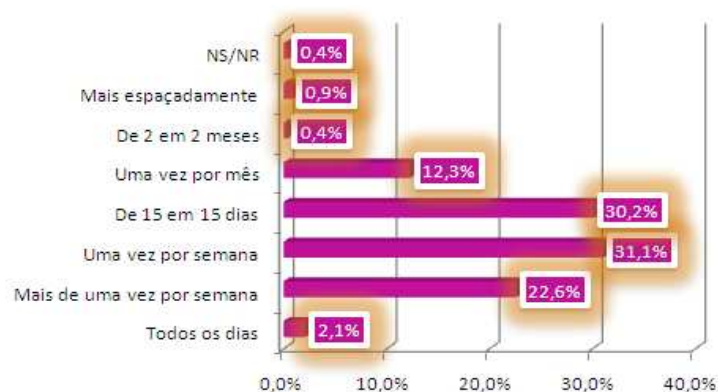
Amostra	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Total	235	4,81	5	3,2	0	22	1,34	3,59
Sem Acesso	223	4,54	4	2,95	0	22	1,37	4,82
Com Acesso	12	9,67	9	3,92	3	16	0,2	-0,64

Como seria expectável, também nesta amostra existe uma correlação positiva entre a variável contínua idade e o número de medicamentos consumidos por dia, ou seja, os utentes mais velhos tomam, em média, mais medicamentos (Anexo XIV).

Foi, também, estudada a indicação terapêutica dos medicamentos utilizados pelos utentes da amostra. Assim, 65,9% dos inquiridos afirmou tomar medicamentos para a tensão arterial, sendo que esta percentagem sobe para 91,7% quando apenas se considera os UCA. Este número elevado pode no entanto ser explicado por um dos critérios de selecção do acesso ao AF ser o facto de o utente dever apresentar uma doença crónica (Anexo XIV).

Quanto à frequência de visitas à farmácia, a amostra obtida mostra que 55,8% dos respondentes vai pelo menos uma vez por semana à farmácia, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 12 – Assiduidade de Ida à Farmácia (n=235)



⁷⁹ O teste t efectuado confirma a existência de diferenças significativas (p-value=0,00).

Analisando a relação entre o número de medicamentos utilizados diariamente e a frequência de ida à farmácia, é possível constatar que os inquiridos que vão com mais frequência à farmácia, pelo menos mais que uma vez por semana, são aqueles que utilizam, em média, maior número de medicamentos, conforme demonstrado na tabela anexa. Estes resultados estão em concordância com os obtidos para a amostra total (2338).

Tabela 27 – Relação entre o número de medicamentos utilizados e a frequência de ida à farmácia

Frequência de Idas à Farmácia	Número de Medicamentos Diários	
	Média	%
Todos os dias	5	2,1
Mais de uma vez por semana	6,1	22,6
Uma vez por semana	5,0	31,1
De 15 em 15 dias	4,2	30,2
Uma vez por mês	4,0	12,3
De 2 em 2 meses	1	0,4
Mais espaçadamente	1,5	0,9
NS/NR	5	0,4

7.4. Satisfação dos Serviços Prestados na Farmácia

A partir dos 235 questionários efectuados, procedeu-se ao mesmo estudo⁸⁰ que foi realizado para a amostra total de 2338 utentes, tendo-se analisado o grau de satisfação com os serviços prestados pela farmácia em estudo.

Deste modo, e em termos globais, os utentes inquiridos desta farmácia também se mostram satisfeitos com os serviços que nela são prestados, classificando-os de Bom. O valor obtido para este parâmetro (3,85) é, em termos médios, superior ao registado para a amostra total (3,48), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, verifica-se que esta opinião média aumenta para Muito Bom (4,21), quando apenas se considera a sub-amostra UCA, conforme tabela 28.

Tabela 28 – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia

Satisfação com os Serviços da Farmácia	Proveniência					
	Utentes Sem Acesso		Utentes Com Acesso		Total Utentes	
	Média	n	Média	n	Média	n
Apreciação Global	3,83	223	4,21	12	3,85	235
Gestão Terapêutica	3,79		4,17		3,81	
Esclarecimento Agradável	3,90		4,27		3,91	

⁸⁰ Tendo em conta o trabalho de Iglésias *et al.* (2005) e usando uma escala do tipo Likert: (1) Fraco; (2) Razoável; (3) Bom; (4) Muito Bom e (5) Ótimo.

Em relação aos dois factores que compõem a satisfação global (a gestão terapêutica e o esclarecimento agradável) existem também diferenças significativas⁸¹ entre os utentes que não têm acesso a cuidados diferenciados e os que a eles têm acesso.

Assim, o esclarecimento agradável é o factor que apresenta, em termos médios e totais, um índice mais elevado (3,91), um valor muito próximo ao obtido só com a sub-amostra USA (3,90). Também aqui, este valor aumenta (4,27) quando apenas se considera a sub-amostra UCA.

A gestão terapêutica é, das 3 variáveis em apreciação, aquela que apresenta o valor médio mais baixo (3,81) no total da amostra em estudo. Se se considerar somente a sub-amostra que está em AF este resultado aumenta para 4,17.

Comparando os valores destes dois factores (esclarecimento agradável e gestão terapêutica) com os obtidos para a amostra total (3,57 e 3,43, respectivamente), pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas.

Por outro lado, a análise dos índices de satisfação dos UCA, na amostra do estudo de caso e dos outros inquiridos com acesso, mostra que não existem diferenças estatisticamente⁸² significativas entre elas, ou seja, em ambas os utentes inquiridos estão muito satisfeitos com os serviços prestados nas suas farmácias. Este facto poderá indicar que o grau de satisfação destes utentes não está dependente de uma farmácia em particular, sendo consequência do acesso a um cuidado diferenciado.

O estudo de cada um dos factores, gestão terapêutica e esclarecimento agradável, permite dissecar quais os aspectos mais positivos e negativos de cada um deles, tal como tinha acontecido para a amostra total, apesar de todas as variáveis apresentarem, também neste sector, classificações iguais ou superiores a 3 (Bom). Deste modo, é possível aferir as opiniões dos utentes que não tem acesso a PCF e os que a eles têm acesso, através da construção de uma tabela de percentagem de frequências de cada uma das 20 perguntas.

⁸¹ Estas diferenças foram comprovadas estatisticamente pela análise pelo teste t, com a normalidade populacional para a sub amostra “Utentes com Acesso” a ser garantida pelo teste de Kolmogorov Smirnov. A homogeneidade de variância foi também garantida pela estatística Levene (Anexo XV).

⁸² Através do teste t verifica-se que: (i) apreciação global p-value= 0,476; (ii) gestão terapêutica p-value=0,620 e (iii) esclarecimento agradável p-value= 0,348.

Tabela 29 – Frequências de Satisfação com os Serviços da Farmácia tendo em Conta o Tipo de Acesso a Cuidados Farmacêuticos

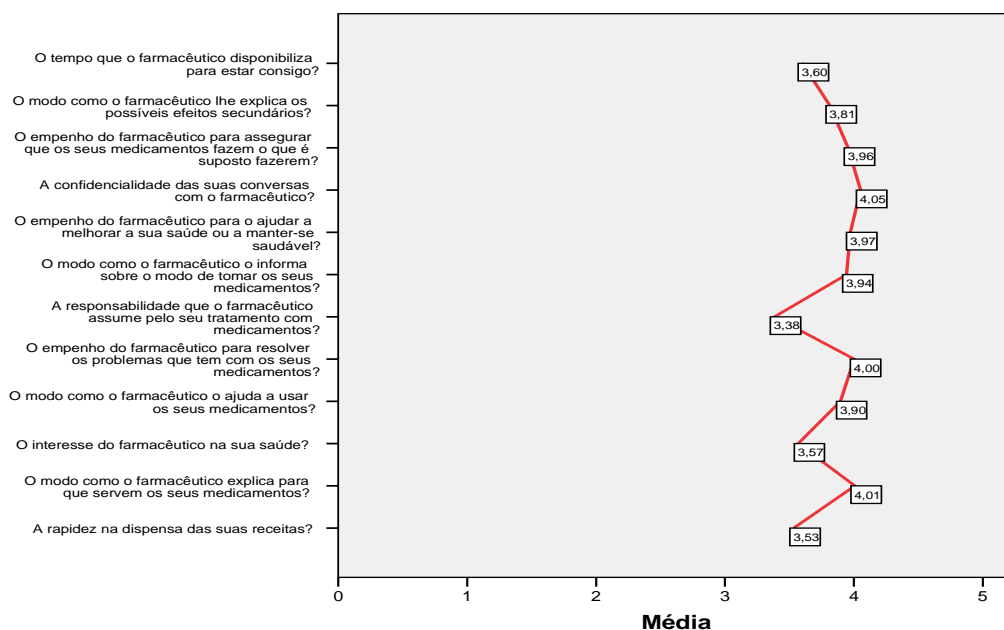
	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Ótimo
1. Aspecto profissional da farmácia?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,00%	39,91%	45,74%	14,35%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	16,67%	58,33%	25,00%
2. A disponibilidade do farmacêutico para responder às suas questões?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,00%	13,90%	64,57%	21,52%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%
3. A relação profissional que o farmacêutico tem consigo?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,45%	44,39%	40,81%	14,35%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%
4. A capacidade do farmacêutico para o aconselhar sobre os problemas que possa ter com os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,90%	19,73%	65,47%	13,90%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	83,33%	8,33%
5. A rapidez na dispensa das suas receitas?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	3,14%	52,47%	33,18%	10,76%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	16,67%	75,00%	8,33%
6. O profissionalismo do pessoal da farmácia?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,00%	42,60%	43,05%	13,90%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	16,67%	50,00%	33,33%
7. O modo como o farmacêutico explica para que servem os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	1,79%	10,31%	71,75%	16,14%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	83,33%	8,33%
8. O interesse do farmacêutico na sua saúde?					
Utentes Sem Acesso	0,90%	1,79%	48,43%	38,57%	9,42%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	0,00%	83,33%	16,67%
9. O modo como o farmacêutico o ajuda a usar os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,45%	1,79%	14,35%	74,44%	8,97%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	66,67%	25,00%
10. O empenho do farmacêutico para resolver os problemas que tem com os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,90%	0,45%	15,70%	62,78%	19,73%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	66,67%	25,00%
11. A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,90%	3,14%	63,23%	24,66%	7,62%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	25,00%	58,33%	16,67%
12. O modo como o farmacêutico o informa sobre o modo de tomar os seus medicamentos?					
Utentes Sem Acesso	0,45%	1,79%	12,56%	72,65%	12,56%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	83,33%	8,33%
13. Os serviços da sua farmácia em geral?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,45%	54,71%	34,08%	10,76%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	25,00%	41,67%	33,33%
14. O modo como o farmacêutico responde às suas perguntas?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,00%	11,66%	72,20%	16,14%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	66,67%	25,00%
15. O empenho do farmacêutico para o ajudar a melhorar a sua saúde ou a manter-se saudável?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	1,79%	15,70%	67,26%	15,25%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	0,00%	58,33%	41,67%
16. A cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia para consigo?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,00%	2,69%	51,12%	46,19%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%

	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom	Ótimo
17. A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	0,45%	18,83%	57,85%	22,87%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%
18. O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos fazem o que é suposto fazerem?					
Utentes Sem Acesso	0,90%	1,35%	13,00%	70,85%	13,90%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	66,67%	25,00%
19. O modo como o farmacêutico lhe explica os possíveis efeitos secundários?					
Utentes Sem Acesso	0,90%	1,79%	23,77%	63,68%	9,87%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	8,33%	50,00%	41,67%
20. O tempo que o farmacêutico disponibiliza para estar consigo?					
Utentes Sem Acesso	0,00%	3,14%	45,74%	41,26%	9,87%
Utentes Com Acesso	0,00%	0,00%	16,67%	58,33%	25,00%

7.4.1. Satisfação com a Gestão Terapêutica

O estudo das variáveis que constituem a gestão terapêutica permite verificar que os utentes da farmácia em estudo estão em concordância com o total da amostra inquirida, mostrando-se assim, em termos médios, mais satisfeitos com a confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico (4,05) e com o modo como o farmacêutico explica para que servem os medicamentos utilizados (4,01). De facto, os utentes do estudo de caso mostram-se até mais satisfeitos com estes parâmetros, classificando-os de Muito Bom.

Figura 13 – Gráfico de Perfil Médio das Variáveis que Compõem a Gestão terapêutica



Em relação aos factores de menor satisfação, existe alguma divergência dos utentes do estudo de caso face ao total da amostra inquirida. Assim, eles também atribuem um menor

grau de satisfação à responsabilidade que o farmacêutico assume pelo tratamento com os medicamentos (3,38), mas apontam como o segundo factor de menor satisfação a rapidez na dispensa das receitas (3,53).

Considerando a variável de maior grau de satisfação, a confidencialidade das conversas tidas com o farmacêutico, pode-se constatar que a maioria dos inquiridos (56,6%) classificam este factor como Muito Bom e 25,1% deles consideram mesmo Ótimo. O modo como o farmacêutico explica para que servem os medicamentos que estão a ser utilizados é também valorizado pelos respondentes, com cerca de 72,3% deles a catalogarem de Muito Bom este serviço.

Em relação ao parâmetro que obteve menor grau de satisfação, a responsabilidade assumida pelo farmacêutico em relação ao tratamento com medicamentos, quase 61,3% dos inquiridos consideraram como Bom esta variável.

Por outro lado, 50,6% dos indagados consideram como Bom a rapidez na dispensa das receitas, enquanto 35,3% referem este serviço como Muito Bom. De salientar, que nenhum dos utentes o classificou de Fraco.

A partir destes dados, é possível efectuar o estudo da relação entre cada um destes parâmetros e o acesso dos utentes a CF, de modo a determinar possíveis diferenças significativas entre a amostra USA e UCA. Assim, de acordo com a análise estatística, existem, de facto, diferenças significativas entre as duas amostras para as variáveis “Confidencialidade das conversas com o farmacêutico”, “Responsabilidade que o farmacêutico assume pelo tratamento com os medicamentos” e “Rapidez na dispensa das receitas”, mostrando-se, em termos médios, os UCA mais satisfeitos (Anexo XVI).

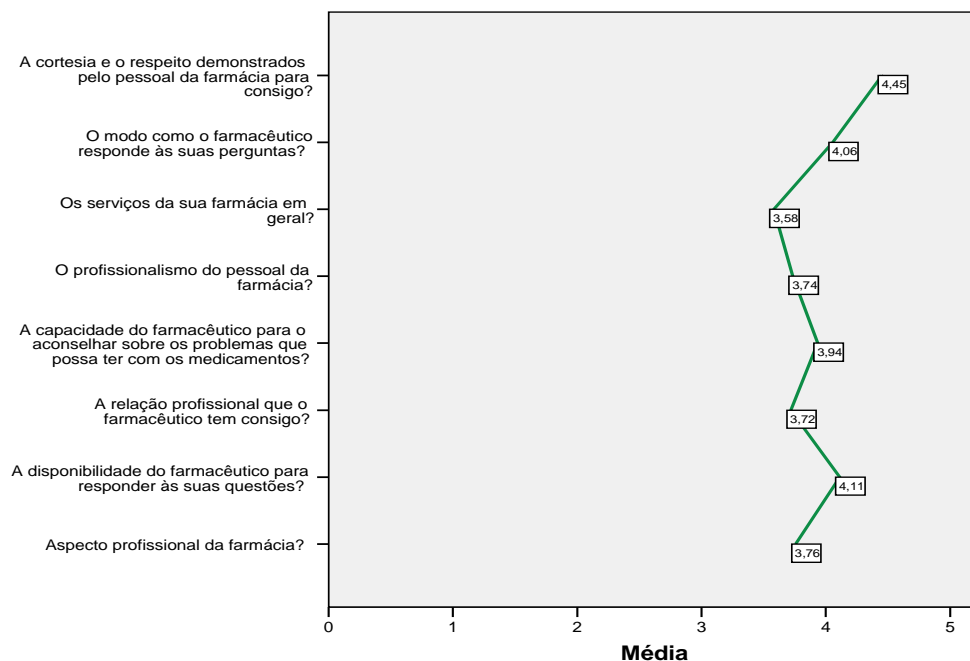
7.4.2. Satisfação com o Esclarecimento Agradável

Utilizando o mesmo método estatístico descritivo para o factor esclarecimento agradável, pode-se depreender que os respondentes deste estudo de caso estão também em consonância com o total da amostra, ao apresentarem, em termos médios, maior grau de satisfação com a cortesia e respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia (4,45) e com a disponibilidade do farmacêutico em responder às questões que lhe são colocadas pelos utentes (4,11).

No extremo oposto, com menor grau de satisfação por parte dos inquiridos, quando comparado com as outras variáveis, encontram-se os serviços da farmácia em geral (3,58) e a relação profissional que o farmacêutico tem com o utente (3,72). Estas observações são

similares às obtidas na análise da amostra inquirida na sua totalidade (2338), apesar dos valores apurados serem aqui mais elevados.

Figura 14 – Gráfico de Perfil Médio para as Variáveis que Constituem o Esclarecimento Agradável



Analisando mais em pormenor, a variável que obtêm um maior grau de satisfação no factor de esclarecimento agradável, é possível verificar que cerca de 97,4% dos utentes respondentes consideram pelo menos como Muito Bom a cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia. Destes, 47,2% classificaram-na mesmo como Óptima.

A grande maioria dos utentes auscultados, quase 63%, considera Muito Boa a disponibilidade do farmacêutico para responder às questões que lhes são colocadas. Também nesta variável é de salientar, que nenhum dos utentes respondeu abaixo de Bom.

O “Serviços da farmácia em geral” é o parâmetro do esclarecimento agradável que obtêm menor grau de satisfação. Assim, cerca de 53,2% dos respondentes consideram como Bom os serviços que são prestados, tendo em conta o cômputo geral.

A percepção por parte do utente, da relação profissional que o farmacêutico tem com ele regista uma igualdade entre o grau de satisfação Bom e o de Muito Bom. De facto, estes dois graus de satisfação foram utilizados pelo mesmo número de inquiridos (99).

O estudo da relação entre cada um destes parâmetros e o tipo de acesso que os utentes inquiridos têm aos PCF permite concluir que existem algumas diferenças estatisticamente significativas. Assim, a “Disponibilidade do farmacêutico para responder às questões”, os “Serviços da farmácia em geral ” e a “Relação profissional que o farmacêutico tem com o

utente” apresentam valores médios diferentes para os dois grupos da amostra, mostrando-se os UCA mais satisfeitos com estas variáveis (Anexo XVII).

7.5. Programas de Cuidados Farmacêuticos e de Seguimento Farmacoterapêutico

7.5.1. Caracterização dos Programas. Importância vs Participação

De forma a caracterizar os CF, foi também perguntado qual a importância que cada utente atribuía a este tipo de cuidados. A análise estatística desta variável permite concluir que a maioria (60,85%) do total da amostra confere uma grande importância aos CF, chegando 36,17% dos respondentes a considerarem mesmo que os CF são muito importantes. Estes valores aumentam para 66,67% quando apenas se considera a sub amostra UCA.

Tabela 30 – Estudo da Importância Atribuída aos Cuidados Farmacêuticos pelos Utentes Inquiridos da Farmácia em Estudo

Importância Atribuída aos Cuidados Farmacêuticos	Total da Amostra	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso
Média	4,32	4,30	4,67
Respostas	Porcentagem de Respostas		
Muito Pequena	0	0	0
Pequena	0,85	0,90	0
Média	2,13	2,24	0
Grande	60,85	62,33	33,33
Muito Grande	36,17	34,53	66,67
Total	100,00	100,00	100,00

O estudo da opinião dos utentes em relação a novos serviços, como a possibilidade de adesão a PCF, foi também efectuado, tendo os resultados demonstrado que os utentes deste estudo de caso têm opiniões diferentes em relação aos utentes da amostra total. Assim, o Seguimento Farmacoterapêutico é o serviço que mais interessa aos inquiridos, com cerca de 49,8% das respostas no cômputo geral, seguido do PCF da Hipertensão, com um total de 23,8% das respostas (Anexo XVIII). Estas respostas podem em parte serem explicadas pelo tipo de patologias que afectam os utentes inquiridos, e que foram identificadas pelos medicamentos utilizados diariamente pelos utentes.

De salientar que 55 dos USA (223) e 3 dos UCA (12) responderam Nenhum, não estando portanto interessados em participar em qualquer programa ou em mais nenhum programa, respectivamente.

A análise da percepção dos benefícios que os PCF geram para os utentes inquiridos demonstrou que os UCA (4,58) valorizam mais, em termos médios, estes benefícios do que os USA (4,35), não sendo no entanto esta diferença estatisticamente significativa, ao contrário do que se verificou na amostra total⁸³.

Tabela 31 – Percepção dos Benefícios dos Cuidados Farmacêuticos para os Próprios Utentes Inquiridos da Amostra do Estudo de Caso

	Total da Amostra	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso
Média	4,36	4,35	4,58
Respostas	Percentagem de Respostas		
Discordo Totalmente	0,43	0,45	0,00
Discordo	0,00	0,00	0,00
Não Concordo Nem Discordo	1,28	1,35	0,00
Concordo	59,57	60,54	41,67
Concordo Totalmente	38,30	37,22	58,33
Sub total	99,57	99,55	100,00
NS/NR	0,43	0,45	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Por outro lado, em termos médios, as mulheres concordam mais que os homens que os PCF geram benefícios para a saúde, apesar desta diferença não apresentar significado estatístico⁸⁴. Em relação ao escalão etário, os utentes com mais de 66 anos são os que, em termos médios, mais percebem os benefícios dos PCF, tal como se verificava para a amostra total. Estas diferenças médias são estatisticamente significativas⁸⁵, sobretudo para o escalão etário de menos de 25 anos.

É possível constatar ainda que os utentes que se deslocam à farmácia de 2 em 2 meses são os mais concordantes em relação aos benefícios que os programas podem gerar, logo seguidos dos utentes que se deslocam mais de uma vez por semana, não sendo, no entanto, estas diferenças estatisticamente significativas⁸⁶.

7.5.2. Valorização dos Cuidados Farmacêuticos

A disponibilidade em pagar pela participação nos PCF, no caso dos USA, e a propensão em pagar por cada visita de seguimento do programa nos UCA, foi também

⁸³ Normalidade assegurada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (p-value= 0,70) e teste t (p-value=0,151).

⁸⁴ Teste t com p-value=0,357.

⁸⁵ O teste de comparação múltipla (Dunnett C) comprova a existência de diferença de médias significativas, sobretudo, entre os utentes com menos de 25 anos e os com idades superiores a 66 (-0,49).

⁸⁶ Apenas o teste de Kruskal-Wallis pode ser aplicado, uma vez que dois grupos têm menos que 3 elementos, não se registando diferenças estatisticamente significativas (p-value= 0,011).

estudada para o estudo de caso. Os valores obtidos demonstram que cerca de 75,9% do total dos inquiridos responderam à questão colocada, tendo a maioria destes (48,9%) respondido até 5 €, em contraponto com 20,9% que não mostraram interesse em pagar nada. Estes resultados estão em concordância com os verificados para a amostra total, onde a maioria dos inquiridos dispostos a pagar mostravam vontade de disponibilizar até 5 €.

Tabela 32 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos tendo em conta a Amostra da Farmácia em Estudo (n=235)

Importância a Pagar	Frequência	%
Nada	49	20,9
Até 5 €	115	48,9
Entre 6 e 10 €	12	5,0
Entre 11 e 15 €	0	0,0
Entre 16 e 20 €	2	0,9
Mais de 20 €	0	0,0
Sub total	178	75,9
NS/NR	2	0,9
N/A	55	23,4
Sub total	57	24,3
Total	235	100

Analisando a disponibilidade em pagar tendo em conta o tipo de acesso do utente, pode-se verificar uma maior frequência de respostas no item disponibilidade a pagar até 5 €, nas duas sub-amostras (USA - 48% e UCA - 66,7%). Apesar de ocorrer uma diferença de percentagem entre as duas sub-amostras, ela não tem significado estatístico, conforme comprovado pelo teste t.

Tabela 33 – Disponibilidade em Pagar pelos Programas de Cuidados Farmacêuticos, tendo em conta o Acesso dos Utentes (n=235)

Importância a Pagar	Utentes Sem Acesso		Utentes Com Acesso	
	Freq.	%	Freq.	%
Nada	47	21,1	2	16,7
Até 5 €	107	48,0	8	66,7
Entre 6 e 10 €	10	4,5	2	16,7
Entre 11 e 15 €	0	0,0	0	0,0
Entre 16 e 20 €	2	0,9	0	0,0
Mais de 20 €	0	0,0	0	0,0
Sub total	166	74,4	12	100
NS/NR	2	0,9	0	0,0
N/A	55	24,7	0	0,0
Sub total	57	25,6	0	0,0
Total	223	100	12	100

Em relação ao género, e ao contrário do que se tinha registado na amostra total, os homens inquiridos na farmácia em estudo mostram-se, em termos médios, mais dispostos a pagar por CF, apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa⁸⁷ (Anexo XIX). O estudo da variável escalão etário permite verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre cada um dos grupos e a disponibilidade em pagar por CF conforme comprovado pelo teste de Kruskal-Wallis (p-value= 0,732). A disponibilidade em pagar por CF tendo em conta o nível de escolaridade demonstrou que, como no estudo da amostra total, os utentes com nível de escolaridade mais elevada estão mais dispostos a pagar por estes cuidados, apesar destas diferenças não serem significativas.

Por outro lado, analisando os resultados da disponibilidade em pagar tendo em conta o número de medicamentos utilizados diariamente constata-se que este factor não influencia⁸⁸ esta predisposição ao reembolso dos CF.

Com base nos dados analisados é, ainda, possível verificar que os utentes que mais percebem os benefícios dos programas de CF estão, na sua maioria, dispostos a pagar para os obter, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os utentes que concordam e os que concordam totalmente com estes benefícios⁸⁹.

Foi ainda inquirido o nível de participação em qualquer campanha de CF, tendo a maioria (73,2%) dos utentes respondido que nunca tinha participado numa campanha desse tipo. Dos restantes 26,8% que já participaram numa campanha, a maioria (55,2%) fê-lo no âmbito do Dia Mundial do Diabético (Anexo XIX). De forma a verificar se a participação em Campanhas de CF pode contribuir para predispor o utente a pagar pelo acesso e participação num PCF, foram analisadas estas duas variáveis. O teste do Qui-Quadrado demonstrou que estas duas variáveis são independentes, tal como tinha acontecido no estudo da amostra total.

⁸⁷ Teste t (p-value=0,754).

⁸⁸ Teste de Kruskal Wallis (p-value= 0,727).

⁸⁹ Teste do Qui-Quadrado (p-value= 0,612).

CAPITULO VIII. Conclusões e Pesquisas Futuras

Nestas últimas décadas, os avanços da ciência médica e biológica bem como a melhoria do meio ambiente e das condições de vida têm contribuído para a alteração dos cuidados de saúde. Estes factores permitiram um aumento significativo da esperança de vida, sobretudo nos países desenvolvidos, com o conseqüente acréscimo do número de doentes crónicos, sujeitos a polimedicação, que requerem cuidados farmacológicos com objectivos terapêuticos individualizados e bem definidos.

Por outro lado, ao longo do tempo tem-se assistido à evolução da tecnologia do medicamento, permitindo que um número crescente de doentes possa fazer os seus tratamentos em ambulatório, diminuindo assim os riscos inerentes a um internamento. Tal facto tem possibilitado, simultaneamente, a redução dos custos e a capacidade do doente em continuar o tratamento no seu ambiente socioeconómico.

É neste quadro de análise que Hepler e Strand (1990) propõem um novo conceito para a profissão farmacêutica, os Cuidados Farmacêuticos. Esta nova visão baseia-se na dispensa responsável da terapêutica farmacológica, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente. Eles são assim, sobretudo, orientados para os resultados em saúde, envolvendo a monitorização a longo prazo, o que significa fazer o seguimento farmacoterapêutico. Esta prática farmacêutica consiste na detecção, prevenção e resolução de PRM, de acordo com um método de trabalho rigoroso, com procedimentos protocolados e validados e contando com a colaboração do utente e dos outros profissionais de saúde.

Apesar da aceitação universal deste novo conceito de cuidados, a verdade é que são vários os obstáculos e limitações que têm atrasado a sua total implementação nos vários países do mundo. Foram já identificados alguns deles, que dizem respeito: (i) ao tipo de utentes que frequentam os serviços da farmácia comunitária; (ii) às relações entre os vários profissionais de saúde, nomeadamente entre farmacêuticos, médicos e enfermeiros; (iii) às infra-estruturas das próprias farmácias; (iv) à diversidade de classificações de PRM.

A nível financeiro existem também alguns obstáculos. Assim, factores como: a falta de entendimento por parte das agências governamentais e seguradoras sobre o papel dos farmacêuticos nos cuidados de saúde; a inexistência de códigos exactos que enumerem os serviços farmacêuticos; a falta de preparação dos próprios farmacêuticos para lidarem com termos económicos e financeiros; e a escassez de planos estratégicos de marketing sobre os serviços farmacêuticos comunitários, influenciam os meios de reembolso destes cuidados.

Em relação a Portugal, apesar da fraca expansão dos Cuidados Farmacêuticos, existem algumas farmácias comunitárias que se têm envolvido voluntariamente em programas de gestão da doença no âmbito destes cuidados, com aparente sucesso na melhoria da medicação, promoção da adesão à terapêutica e redução do desperdício de medicamentos.

Esta tese permitiu caracterizar o nível de satisfação e o grau e dimensão da valorização que o utente frequentador das farmácias atribui aos Cuidados Farmacêuticos. Para a concretização destes objectivos, procedeu-se à análise dos dados recolhidos a partir dos questionários elaborados, com base no trabalho de Iglesias *et al.* (2005). Paralelamente, efectuou-se um estudo de caso de uma farmácia, localizada no centro de Lisboa, que realiza Acompanhamento Farmacoterapêutico a alguns doentes crónicos polimedicados.

A análise dos resultados dos parâmetros clínicos determinados (pressão arterial, pulsações, glicémia em jejum e colesterol) ao longo de 8 meses de Acompanhamento Farmacoterapêutico possibilitou verificar, de forma global, uma tendência de diminuição dos referidos valores, sobretudo nos últimos três meses. De facto, para todas as determinações, os valores médios obtidos em Agosto são inferiores aos valores registados no início do projecto de acompanhamento (Janeiro).

Assim, é possível constatar que a taxa de variação destes parâmetros determinados é negativa, o que traduz uma evolução positiva no estado de saúde dos utentes em seguimento, comprovando os resultados clínicos obtidos em anteriores estudos.

No entanto, o período em análise (8 meses) é demasiado curto para que se possa obter ilações definitivas, sendo fundamental analisar os resultados deste acompanhamento ao fim de um maior período de tempo, como por exemplo um ano após o começo do projecto.

Esta necessidade surge também da constatação que a tendência de diminuição dos valores médios não foi uniforme ao longo do período em análise. Esta ocorrência poderá dever-se, tal como demonstrado por alguns estudos, ao facto de ser necessária uma mudança de comportamentos e estilos de vida por parte dos utentes, o que leva um certo tempo a ser consolidado, para que os parâmetros em análise sofram evolução.

Deste modo, os resultados iniciais do Acompanhamento Farmacoterapêutico sugerem que este projecto de intervenção farmacêutica pode constituir uma mais-valia na melhoria da saúde da população que a ele tem acesso, recomendando-se, porém estudos posteriores com uma amostra de maior dimensão e/ou um período de análise mais extenso, para determinar o significado estatístico dessa melhoria.

Os questionários elaborados foram aplicados a 2338 utentes frequentadores das farmácias em Portugal. Destes, a grande maioria (2303) não tem acesso nem frequenta nenhum Programa de Cuidados Farmacêuticos ou de Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Os restantes 35 utentes têm acesso a um programa de cuidados diferenciados, verificando-se que a reduzida dimensão desta sub-amostra poderá ser uma das limitações deste estudo. No entanto, é preciso ter em consideração que o acesso a Cuidados Farmacêuticos, bem como a campanhas destes cuidados, é muito limitada, como comprovam os resultados obtidos, com níveis de participação muito reduzidos. Por outro lado, é necessário ter em conta que nem todos os utentes habituais da farmácia necessitam de ser integrados num projecto de intervenção farmacêutica, dado não apresentarem complexidade do seu perfil farmacoterapêutico

Com base nestes questionários, foi possível efectuar a análise da apreciação global com os serviços prestados na farmácia, constatando-se que, em termos médios, os utentes inquiridos classificam como Bom os serviços que nela são prestados. Estas opiniões aumentam para Muito Bom quando apenas se considera a sub-amostra “Utentes com Acesso”. Importa realçar que o esclarecimento agradável foi o item que apresentou, em termos médios, melhores resultados, tal como se tinha verificado no trabalho inicial de Larson *et al.* (2002).

São, no entanto, necessárias mais pesquisas, de preferência com o auxílio de entrevistadores independentes das farmácias, para uma melhor aferição destes graus de satisfação.

O estudo da caracterização dos Cuidados Farmacêuticos permitiu verificar que a maioria dos inquiridos atribui importância a este tipo de cuidados, apesar de nem todos os inquiridos necessitarem deste tipo de cuidados diferenciados, por falta de complexidade farmacoterapêutica, como referido anteriormente.

Por outro lado, os utentes reconhecem os benefícios dos Cuidados Farmacêuticos, sendo que esta percepção aumenta quando se considera os “Utentes com Acesso”, como seria expectável.

A avaliação realizada incidiu ainda sobre a valorização destes cuidados através da disponibilidade em pagar para ter acesso a programas de Cuidados Farmacêuticos, no caso de “Utentes sem Acesso”, e a importância que deveria ser paga por visita de acompanhamento farmacoterapêutico, no caso de “Utentes com Acesso”.

Os resultados obtidos demonstram que, nas duas sub-amostras, a maioria dos inquiridos dispostos a pagar mostram intenção em disponibilizar até 5 €. Estes dados poderão indicar que o valor a disponibilizar pelo utente não estará dependente do tipo de acesso, mas é

influenciado pela importância atribuída aos próprios Cuidados Farmacêuticos. Estas conclusões estão, aliás, de acordo com o trabalho de Larson (2000), estudo no qual, apesar da grande maioria dos respondentes não receber este tipo de cuidados, é detectada uma disposição a pagar por estes serviços.

Com base ainda na informação recolhida sobre a disponibilidade para pagar, constata-se que ela não estará dependente do género, do escalão etário e do número de medicamentos utilizados diariamente mas será função do nível de escolaridade e da percepção do benefício dos Cuidados Farmacêuticos.

Estes resultados poderão indicar o caminho para a realização de pesquisas futuras, fazendo uso de uma amostra de maior dimensão e alargada a mais regiões de Portugal. De facto, seria interessante verificar se a localização geográfica do local de recolha dos inquéritos (com análise do poder de compra por concelho) influencia a disponibilidade para pagar pelo acesso e frequência a estes cuidados diferenciados.

Com base nos dados analisados, é possível concluir que os utentes reconhecem a importância e os benefícios dos programas de Cuidados Farmacêuticos, valorizando-os e mostrando-se, de uma maneira geral, predispostos a pagar por eles. São, no entanto, necessários estudos mais aprofundados, a nível nacional, para determinar a dimensão real desta valorização.

No entanto, estas conclusões parecem realçam o papel positivo que os Cuidados Farmacêuticos têm e podem ter nos cuidados de saúde da população, verificando-se assim, que estes serviços farmacêuticos devem ser alargados a um maior número de utentes, o que poderá encorajar novas formas de financiamento da farmácia comunitária, nomeadamente através do estabelecimento de parcerias farmácias/subsistemas de saúde e/ou seguradoras.

Bibliografia

Almarsdóttir A. e J. Traulsen (2005), Cost-containment as part of pharmaceutical policy, *Pharmacy World & Science* 27, 144-148.

American Pharmacists Association (1998), Pharmacist practice activity classification 1.0, APha, *Unpublished manuscript*, [http:// www.aphanet.org](http://www.aphanet.org)

Anderson S. (2002), The State of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession, *Journal of Interprofessional Care* 16(4), 391-404.

Armando P., S. Uema e N. Solá (2005), Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapèutico, *Seguimiento Farmacoterapèutico* 3(4), 205-212.

Assa M. e E. Shepherd (2000), Interpersonal perception: a theory and method for studying pharmacists' and patients' views of pharmaceutical care, *Journal of American Pharmaceutical Association* 40(1), 71-81.

Barker K., E. Flynn, G. Pepper, D. Bates e R. Mikeal (2002), Medication errors observed in 36 health care facilities, *Archives of Internal Medicine* 162(1), 1897-1903.

Batel F. (2004), Avaliação económica de medicamentos, *Working Paper*, Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares.

Bell H. J. McElnay, C. Hughes e A. Woods (1998), Provision of pharmaceutical care by community pharmacists in northern Ireland, *American Journal of Health System Pharmacy* 55 (1), 2009-2013.

Bennett M., D. Blank, J. Bopp, J. James e M. Osterhaus (2000), Strategies to improve compensation for pharmaceutical care services, *Journal of the American Pharmaceutical Association* 40(6), 747-755.

Benrimoj S., J. Langford, G. Berry, D. Collins, R. Lauchlan, K. Stewart, M. Aristides e M. Dobson (2000), Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy, *Pharmacoeconomics* 18(5), 459-468.

Berenguer B., C. La Casa, M. La Matta e M. Martin-Calero (2004), Pharmaceutical care: past, present and future, *Current Pharmaceutical Design* 10 (31), 3931-3946.

Bjorkman I., J. Fastbom, I. Schmidt e C. Bernsten (2002), Drug- drug interactions in the elderly, *The Annals of Pharmacotherapy* 36, 1675-1681.

Bond C., C. Raehl e T. Franke (2001), Medication errors in United States hospitals, *Pharmacotherapy* 21(9), 1023-1036.

Bond C., C. Raehl (2008), 2006 National clinical pharmacy services survey: clinical pharmacy services, collaborative drug management, medication errors, and pharmacy technology, *Pharmacotherapy* 28(1), 1-13.

Bootman J. (1997), Drug related morbidity and mortality impact of pharmaceutical care, *Unpublished Manuscript*, <http://www.mednet3.who>

Brandberry J. e Q. Srnka (1998), Pharmacist compensation for ambulatory patient care services, *American Journal of Management Care* 4(12), 1727-1735.

- Brehm B., P. Breen, B. Brown, L. Long, R. Smith, A. Wall e N. Warren (2006), An Interdisciplinary approach to introducing professionalism, *American Journal of Pharmaceutical Education* 70(4), 1-5.
- Breland B. (2007), Believing what we know: pharmacy provides value, *American Journal of Health System Pharmacy* 64(12), 1284-1291.
- Brodie D., P. Parish, J.W. Poston (1980), Societal need for drugs and drugs related services, *American Journal of Pharmaceutical Education* 44(3), 276-278.
- Brundtland G. (1999), Global partnerships for health, *World Health Organization* 13(2), 61-64.
- Cabrera J., D. Núñez, M. Baena, P. Fajardo e F. Martínez (2005), Barriers for implementing pharmacotherapy follow-up in community pharmacies from Granada (Spain), *Seguimiento Farmacoterapéutico* 3(3), 144-149.
- Cavaco A., J. Sousa Dias e I. Bates (2005), Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: A Qualitative Exploratory Study, *Pharmacy World Science* 27(1), 54-60.
- Cavaco A. (2006), *Practitioners' and public's perspectives of Portuguese community pharmacy: the role of job satisfaction and professionalism in actual and expected practice*. Tese de Doutorado, University of London.
- Cavaco A. e J. Cabrita (2007), Comment: community pharmacy services in Portugal, *The Annals of Pharmacotherapy* 41(5), 902.
- Chamorro M., A. Chamorro e E. Jiménez (2004), Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el Programa Dáder en dos farmacias rurales, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2(4), 286-290.
- Chen T. e A. Neto (2007), Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review, *Pharmacy World Science* 29, 574-576.
- Chisholm-Burns M. e C. Spivey (2008), Pharmacoadherence: a new term for a significant problem, *American Journal of Health-System Pharmacy* 65(7), 661-667.
- Chumney E. e L. Robinson (2006), The Effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy, *Pharmacy Practice* 4(3), 103-109.
- Cipolle R. (1986), Drugs don't have doses – people have doses, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 20 (11), 881-882.
- Cipolle R., L. Strand, e P. Morley (2000a), *El Ejercicio de la atención farmacéutica*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Cipolle R., L. Strand, e P. Morley e M. Frakes (2000b), The Outcomes of pharmaceutical care, *Pharmaceutical Care España* 2, 94-106.
- Clifford R., K. Batty, W. Davis e T. Davis (2005), Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes – The Fremantle Diabetes study, *Diabetes Care* 28(4), 771-776.
- Conselho Federal da Farmácia – Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (2007), Exercício profissional diante os desafios da farmácia comunitária, *Unpublished manuscript*, <http://www.cff.org.br/cebrim/projectofarmaciacomunitaria>

- Correr C., A. Melchior, P. Rossignoli e F. Fernández-Llimós (2005), Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en pacientes diabéticos, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 3(2), 103-111.
- Costa S., A. Madeira e R. Santos (2001), Programa de Cuidados Farmacêuticos. Hipertensão Arterial: manual, Lisboa, Portugal: Departamento de Cuidados Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias.
- Costa S., A. Madeira e R. Santos, L. Matias e D. Helling (2002), A Pilot intervention: the kick-off of a global strategy for Pharmacy-Based Disease Management (DSM) in Portugal, Working Paper, International Pharmaceutical Federation.
- Costa S., A. Madeira, M. Santos, C. Santos, L. Matias e D. Helling (2003a), Pharmacy-based disease management in Portugal: preliminary results of a pilot intervention, Working Paper, International Pharmaceutical Federation.
- Costa S., A. Madeira, M. Santos, C. Santos, M. Guerreiro e L. Matias (2003b), Tools developed to assist portuguese community pharmacists use PCNE DRP classification, Working Paper, *PCNE Conference*.
- Costa S. (2004), Remuneration of pharmaceutical care on diabetes achieved in Portugal, *Unpublished manuscript*, [http:// www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- Costa F., J. Van Mil, C. Duggan, P. Mata e M. Caramona (2004a), Evaluación de formas de documentación para atención farmacéutica a pacientes con asma, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2(3), 153-171.
- Costa S., C. Santos, A. Madeira, M. Santos e R. Santos (2004b), Uso de dos diferentes clasificaciones de problemas relacionados com medicamentos en farmácias comunitárias – la experiencia portuguesa, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2 (4), 267-285.
- Costa F., J. Guerreiro e C. Duggan (2006a), An Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ASSQoL) for Portugal: exploring validity and reliability, *Pharmacy Practice* 4(3), 123-128.
- Costa F., M. Guerreiro, C. Hughes, J. McElroy (2006b), Applying the Behavioral Pharmaceutical Care Scale (BPCS) in Portugal, *Pharmacy World Science* 29, 706-715.
- Costa S., C. Santos e J. Silveira (2006c), Community pharmacy services in Portugal, *The Annals of Pharmacotherapy* 40 (12), 2228-2234.
- Côte I., J. Grégoire, J. Moisan, I. Chabot e G. Lacroix (2003), A Pharmacy-based health promotion programme in hypertension – cost-benefit analysis, *Pharmacoeconomics* 21(6), 415-428.
- Curna Boy R. (2000), Principios para un manejo razonable de farmacos en al anciano, *Atención Farmacéutica* 2 (6), 520- 527.
- DeWalt D., J. Oberlander, T. Carey e W. Roper (2005), Significance of medicare and medicaid programs for the practice of medicine, *Health Care Financing Review* 27(2), 79-90.
- Direcção Geral de Saúde (2004), Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial, circular normativa n.º2/DGCG, *Unpublished manuscript*, [http:// www.apmcg.com](http://www.apmcg.com)
- Dole E. e M. Murawski (2007), Reimbursement for clinical services provided by pharmacists: what are we doing wrong?, *American Journal of Health System Pharmacy* 64 (1), 104-106.

- Droege M. (2003), The role of reflective practice in pharmacy, *Educational Health* 16(1), 68-74.
- Duarte, A., F. Nunes e L. Martins (2007), *Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal*. Lisboa: GEST-IN/ISCTE.
- Dunn J. (2007), Pharmacy management approach: how do we align all the incentives?, *Journal of Managed Care Pharmacy* 13(2), s16-s19.
- Eizerik D. e W. Manfroi (2008), Eficácia da atenção farmacêutica em dislipidémia: revisão sistemática, *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre* 28 (1), 37-40.
- Ernest F. e A. Grizzle (2001), Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model, *Journal of The American Pharmaceutical Association* 41(2), 192-199.
- Farris C., F. Fernandez-Llimos e S. Benrimoj (2005), Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world, *The Annals of Pharmacotherapy* 39(9), 1539-1541.
- Faus M. e F. Fernandez-Llimos (2003), Problemas relacionados com medicamentos como factores de riesgo, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 1(3), 147-148.
- Fernández-Llimós F., M. Faus, N. Caelles, J. Espejo, M. Gastelurrutia, J. Ibáñez, M. Machuca e L. Tuneu (2002), Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes, *Pharmaceutical Care España* 4(1), 179-185.
- Fernández-Llimós F., M. Faus, M. Gastelurrutia, M. Baena e F. Martinez (2005), Evolución del concepto de problemas relacionados com medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 3(4): 167-188.
- Ferreira V., S. Martins, M. Soares, F. Fernández-Llimós e J. Cabrita (2008), EpiMed sénior – cuidados farmacêuticos da FFUL no doente idoso, *Unpublished manuscript*, [http:// www.ac-ft.pt](http://www.ac-ft.pt)
- Fincham J. (1998), Pharmaceutical care studies: a review and update, *Drug Benefit Trends* 10(6), 41-45.
- Fincham J. (2007), The need to invest in community pharmacy practice, *American Journal of Pharmaceutical Education* 71(2), 26-28.
- Franklin D. (2005), Defining clinical pharmacy and pharmaceutical care, *Pharmacy World & Science* 27 (1), 137.
- Fridy K., R. DeHart e M. Monk-Tutor (2002), Negotiating with third party payers: one community pharmacy's experience, *Journal of American Pharmaceutical Association* 42(5), 780-788.
- Ganther J. (2002), Third party reimbursement for pharmacist services: why has it been so difficult to obtain and is it really the answer for pharmacy?, *Journal of the American Pharmaceutical Association* 42 (6), 875-879.
- Garção J. e J. Cabrita (2002), Evaluation of a Pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal, *Journal of American Pharmaceutical Association* 42(6), 858-64.
- García A. (2001), Atención farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros, *Revista Española de Salud Pública* 75(4), 285-290.

- García-Delgado A., M. Machuca, M. Murillo, M. De La Matta e M. Martin (2003), Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 1(2), 38-42.
- Giorgi D. (2006), Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, *Revista Brasileira de Hipertensão* 13 (1), 47-50.
- Goetzel R., R. Ozminkowski, V. Villagra e J. Duffy (2005), Return on investment in disease management: a review, *Health Care Financing Review* 26(4), 1-19.
- Gourley G., D. Gourley, E. Rigolosi, P. Reed, D. Solomon e E. Washington (2001), Development and validation of the pharmaceutical care satisfaction questionnaire, *The American Journal of Managed Care* 7(5), 461-466.
- Gouveia W. e R. Shane (1997), The Three dimensions of managed care pharmacy practice, *Healthcare Policy Development* 3(2), 231-239.
- Gouveia M. e F. Machado (2008), Estudo da valorização dos actos farmacêuticos em farmácias comunitárias, *Working Paper*, Centro de Estudos Aplicados (CEA), Universidade Católica Portuguesa e Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), Associação Nacional das Farmácias.
- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (2006), Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3º revisión: 2005), *Pharmacy Practice* 4(1), 44-53.
- Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (2007), Terceiro Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos e resultados negativos associados à medicação, *Unpublished manuscript*, [http:// www.grupolusofona](http://www.grupolusofona)
- Hall V. (2003), Formación en atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico coordinados por la Universidad de Costa Rica, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 1(2), 58-61.
- Hämmerlein A., N. Griese e M. Schlz (2007), Survey of drug-related problems identified by community pharmacies, *The Annals of Pharmacotherapy* 41 (11), 1825-1832.
- Hepler C. e L. Strand (1990), Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care, *American Journal of Health System Pharmacy* 47 (3), 533-543.
- Hepler C. (1996), Pharmaceutical care, *Pharmacy World & Science* 18(6), 233-235.
- Hepler C., L. Strand, D. Tromp e S. Sakolchai (2002), Critically examining pharmaceutical care, *Journal of American Pharmaceutical Association* 42(5), 9-18.
- Hepler C. (2004), Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy, *Pharmacotherapy* 24(11), 1491-1498.
- Herborg H., B. Soendergaard, B. Fonnesbaek, T. Jorgensen, C. Hepler, T. Grainger-Rousseau e B. Ersboell (2001), Improving drug therapy for patients with asthma- part 1: patient outcomes, *Journal of American Pharmacists Association* 41(4), 539-550.
- Hopefl A. (1992), Costs of pharmaceutical care: can the profession do anything?, *The Annals of Pharmacotherapy* 26(12), 1585-1588.
- Ibáñez J., N. Caelles e E. Dualde (2003), Estratégias de intervenção em seguimento farmacoterapéutico, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 1(2), 82-86.

Iglésias P., H. Santos, F. Fernández-Llimós, E. Fontes, M. Leal e C. Monteiro (2005), Traducción y validación del “Pharmacy Services Questionnaire” al Português, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 3(1), 43-56.

INFARMED (2008), Terceiro Protocolo de Colaboração no Âmbito da Diabetes, *Unpublished manuscript*, [http:// www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)

Instituto Nacional da Estatística (2001), XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação, *Unpublished manuscript*, [http:// www.ine.pt/censos2001](http://www.ine.pt/censos2001)

Isetts B., L. Brown, S. Schondelmeyer e L. Lenarz (2003), Quality assessment of a collaborative approach for decreasing drug – related morbidity and achieving therapeutic goals, *Archives of Internal Medicine* 163, 1813- 1820.

Johnson J. e J. Bootman (1995), Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model, *Archives of Internal Medicine* 155(18), 1949-1956.

Johnson J. e J. Bootman (1997), Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care, *American Journal of Health-System Pharmacy* 54, 554-558.

Kelly W. (2008), How can i recognize an adverse drug event?, *Unpublished manuscript*, [http:// www.medscape.com](http://www.medscape.com)

Kimberlin C. (2006), Communicating with patients: skills assessment in US colleges of pharmacy, *American Journal of Pharmaceutical Education* 70(3), 67.

Kvancz D. (2006), A Distinctive competency, *American Journal of Health-System Pharmacy* 63(9), 819-828.

Larson R. (2000), Patients’ willingness to pay for pharmaceutical care, *Journal of American Pharmaceutical Association* 40(5), 618-624.

Larson L., J. Rovers e L. MacKeigan (2002), Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument, *Journal of American Pharmaceutical Association* 42(1), 44-50.

Lee K., M. Machado, M. Wenzel, J. Gagnon e J. Calomo (2006), An Advanced professional pharmacy experience in community setting using an experiential manual, *American Journal of the Pharmaceutical Education* 70(2), 42.

Lessenger J. e S. Feinberg (2008), Abuse of prescription and over-the-counter medications, *Journal of American Board of Family Medicine* 21(1), 45-54

Machuca M., M. Oñate, M. Machuca, P. Gastelrrutia, L. Gutierrez-Aranda, E. Lopez-Fernandez, L. Romero-Barba (2003), La Indicación farmacéutica disminuye las visitas al médico y resuelve las demandas de los pacientes, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 1 (3), 110-114.

Machuca M., F. Fernandez-Llimós e M. Faus (2004), Método de Dáder. *Manual de Acompanhamento Farmacoterapéutico*, Granada, Espanha: Universidade de Granada.

MacKeigan L. e L. Larson (1989), Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services, *Medical Care* 27(1), 522-536.

Madeira A., S. Costa, A. Ferreira, Z. Mendes e M. Vaz (2003a), Programa de Cuidados Farmacêuticos na Asma (PCFA) – avaliação da utilização dos inaladores pelos doentes asmáticos no ensaio piloto, Working Paper, Associação Nacional das Farmácias.

- Madeira A., S. Costa, A. Ferreira, Z. Mendes e M. Vaz (2003b), Programa de Cuidados Farmacêuticos na Asma (PCFA) – avaliação do grau de conhecimentos dos doentes asmáticos, Working Paper, Associação Nacional das Farmácias.
- Manasse H. Jr (1989), Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1, *American Journal of Hospital Pharmacy* 46(5), 929-944.
- Manasse H. e M. Speedie (2007), Pharmacists, pharmaceuticals and policy issues shaping the work force in pharmacy, *American Journal of Health System Pharmacists* 64(12), 30-48.
- Martin-Calero M., M. Machuca, M. Murillo, J. Cansino, M. Gastelurrutia e M. Faus (2004), Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries, *Current Pharmaceutical Design* 10(31), 3969-3985.
- Martinez-Romero F., F. Fernandez Llimós., M. Gastelurrutia, M. Parras e M. Faus (2001), Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico – resultados de la fase piloto, *Ars Pharmaceutica* 42 (1), 53-65.
- Martinho H. (2006), Cuidados Farmacêuticos na farmácia de oficina, *Revista Ordem dos Farmacêuticos* 65 (1), 22-24.
- Martins A., S. Costa, R. Horta, A. Miranda, A. Ferreira, S. Crisóstomo, E. Fontes, R. Santos, Z. Mendes e O. André (2006), Contributos em saúde para os diabéticos. Avaliação do programa de cuidados farmacêuticos: diabetes, *Working Paper*, Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR).
- Mateus A. (2006), As Dinâmicas concorrenciais no mercado de distribuição de medicamentos, *Relatório*, Lisboa: Augusto Mateus & Associados – Sociedade de Consultores, Lda.
- McLean W., J. Gillis e R. Walter (2003), The BC community pharmacy asthma study: a study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia, *Canadian Respiratory Journal* 10(4), 195-202.
- Mehvar R. (2006), Estimation of pharmacokinetic parameters based on the patient-adjusted population data, *American Journal of Pharmaceutical Education* 70(5), 96-103.
- Mendes D. (2007), Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos, *Revista Ciência & Saúde Colectiva Brasileira*, 449-465.
- Milgate K. e G. Hackbarth (2005), Quality in medicare: from measurement to payment and provider to patient, *Health Care Financing Review* 27(2), 91- 101.
- Ministério de Sanidad y Consumo (2001), Consenso sobre atención farmacéutica, *Unpublished manuscript*, [http:// www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso](http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso)
- Morris C., J. Cantrill., C. Hepler e P. Noyce (2002), Preventing drug-related morbidity - valid indicators, *International Journal for Quality in Health Care* 14(3), 183-198.
- Mota D. (2003), Avaliação farmacoeconômica: instrumentos de medida dos benefícios na atenção farmacêutica, *Acta Farmacêutica Bonaerense* 22 (1), 73-80.
- Murray C. e J. Frenk (2000), Un Marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 3, 149-162.

- Nutescu E. e R. Klotz (2007), Basic terminology in obtaining reimbursement for pharmacists' cognitive services, *American Journal of Health System Pharmacy* 64(1), 186-192.
- Odedina F. e R. Segal (1996), Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities, *American Journal of Health System Pharmacy* 53(8), 855-865.
- Odedina F., C. Hepler, R. Segal e D. Miller (1997), The Pharmacists' Implementation of Pharmaceutical Care (PIPC) model, *Pharmaceutical Research* 14(2), 135-144.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2001), Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos, relatório da oficina de trabalho, *Unpublished manuscript*, [http:// www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- Organização Pan-Americana da Saúde (2004), O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, *Documento de Trabalho*, Conselho Federal da Farmácia do Brasil.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2007), Uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional, *Relatório do VII Congresso Nacional*, Brasil, 1-28.
- Penna R. (1990), Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990s, *American Journal of Hospital Pharmacy* 47(3), 543-549.
- Pires C., M. Costa, D. Angonesi e F. Borges (2006), Request of pharmaceutical care service in a private owned community pharmacy, *Pharmacy Practice* 4(1), 34-37.
- Poirier S., D. Buffington e G. Memoli (1999), Billing third party payers for pharmaceutical care services, *Journal of the American Pharmaceutical Association* 39(1), 50-64.
- Plumridge R. e R. Wojnar-Horton (1998), A Review of the pharmacoeconomics of pharmaceutical care, *Pharmacoeconomics* 14 (2), 175-189.
- Renovato R. e M. Trindade (2004), Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul, *Infarma* 16 (11), 49-55.
- Renovato R. (2007), Atenção farmacêutica: do medicamento ao ser humano, *Caderno Saúde Colectiva* 15 (1), 153-162.
- Rocha K., N. Vieira, M. Calleja e M. Faus (2003), Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 1(2), 49-57.
- Rodríguez M., C. Pérez-Accino, V. Allúe, T. Domingo, T. Fernández-Montes, C. Gamarra, P. Gutiérrez, A. Menéndez, F. Repilado e Y. Tellaeché (2004), Registro de las intervenciones del farmacêutico en la dispensación activa: resultados, *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2(1), 29-31.
- Sansgiry S. e S. Jayawant (2005), Pharmacy patient-reported satisfaction with health care offered by health plans, health clinics and pharmacies, *Drug Benefit Trends* 17(1), 40-49.
- Santos R., S. Costa, O. André e L. Matias (2003), Pharmacy-based disease management in Portugal: preliminary results of a pilot intervention, *Working Paper*, Associação Nacional das Farmácias
- Santos H., P. Iglésias, F. Fernández-Llimós, M. Faus e M. Rodrigues (2004), Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos, *Acta Médica Portuguesa* 17, 59-66.

Santos R., C. Santos, S. Costa, A. Madeira, R. Horta e F. Pádua (2007), Seguimento de doentes hipertensos nas farmácias portuguesas, *Working Paper*, Associação Nacional das Farmácias.

Santos H., I. Cunha e P. Ferreira (2008), Cuidados farmacêuticos no tabagismo – manual de actuação farmacêutica, *Farmácia Distribuição* 203, 1-10.

Schnipper J., J. Kirwin, M. Cotugno, S. Wahlstrom, B. Brown, E. Tarvin, A. Kachalia, M. Horng, C. Roy. S. Mckean e D. Bates (2006), Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization, *Archives of Internal Medicine* 166, 565-571.

Shane R. (2007), Pharmacy does provide value but is the profession built to last?, *American Journal of Health System Pharmacy* 64, 1300-1302.

Simon Bell J., P. Whitehead, P. Aslani, S. Sacker e T. Chen (2006), Design and implementation of an educational partnership between community pharmacists and consumer educators in mental health care, *American Journal of the Pharmaceutical Education* 70 (2), 28.

Simpson D. (1997), Pharmaceutical care: the Minnesota model, *The Pharmaceutical Journal*, 258(1), 887-904.

Simpson S., J. Johnson, R. Biggs e R. Tsuyuki (2004), Greater effect of enhanced pharmacist care on cholesterol management in patients with diabetes mellitus: a planned subgroup analysis of the Study of Cardiovascular Risk Intervention by pharmacists (SCRIP), *Pharmacotherapy* 24 (3), 389-394.

Silva T., E. Schenkel e S. Mengue (2000), Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário, *Caderno de Saúde Pública* 16 (2), 449-455.

Silva D. e L. Prando (2004), As Dificuldades do profissional farmacêutico para implantação da atenção farmacêutica e da farmacovigilância nas farmácias hospitalares e comunitárias, *Infarma* 16 (11), 85-88.

Skau K. (2007), Pharmacy is a science- based profession, *American Journal of Pharmaceutical Education* 71 (1), 11-12.

Stern C. (1997), How to evaluate disease state management programs, *Journal of Managed Care Pharmacy* 3(3), 270-278.

Strand L., R. Cipolle, P. Morley (1987), A Problem – based student – centered approach to pharmacy education, *American Journal of Pharmaceutical Education* 51, 75-79.

Strand L. (1988), In Pursuit of scholarship: the “raw nerve” of the academy, *American Journal of Pharmaceutical Education* 52, 348-350.

Strand L., R. Cipolle, P. Morley (1988), Documenting the clinical pharmacist’s activities: back to basics, *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy* 22, 63-67.

Strand L., R. Cipolle, P. Morley (1990), Drug – related problems, their structure and function, *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy* 24, 1093- 1097.

Strand L., R. Cipolle, P. Morley e D. Perrier (1991), Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach, *American Journal of Hospital Pharmacists* 48, 547-550.

Strand L., R. Cipolle, P. Morley e M. Frakes (2004), The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience, *Current Pharmaceutical Design* 10, 3987-4001.

Strand L. (2005), Atenção farmacêutica é lidar com toda a farmacoterapia do paciente, *Unpublished manuscript*, [http:// www.cff.org.br](http://www.cff.org.br)

Tomechko A., L. Strand, P. Morley e R. Cipolle (1995), Q and A from the Pharmaceutical Care Project in Minnesota, *Journal of the American Pharmaceutical Association* 35(4), 30-39.

Traverso M., M. Salamano, C. Botta, M. Colautti, V. Palchik e B. Pérez (2007), Questionnaire to assess patient satisfaction with pharmaceutical care in spanish language, *International Journal for Quality Health Care* 19 (4), 217-224.

Tulip S. e D. Campbell (2001), Evaluating pharmaceutical care in hospitals, *Hospital Pharmacists* 8(1), 275-279.

Turner C., R. Altieri, D. Fish, J. Giles, R. Page, C. Sintek, H. Ulrich, C. Valdez, S. Vondracek e E. Zadvorny (2006), An Assessment system for mapping CAPE outcomes in an advanced pharmacy practice experience program, *American Journal of the Pharmaceutical Education* 70(3), 60.

Van Dijk K. (2001), Occurrence of potential drug-drug interactions in nursing home residents, *International Journal of Pharmacy Practice* 9, 45-52.

Van Wijk B., O. Klungel, E. Heerdink e A. de Boer (2005), Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review, *The Annals of Pharmacotherapy* 39(2), 319-328.

Volume C., K. Farris, R. Kassam C. Cox e A. Cave (2001), Pharmaceutical care research and education project: patient outcomes, *Journal of American Pharmaceutical Association* 41(3), 411-420.

Winslade N., L. Strand, J. Pugsley e D. Perrier (1996), Practice functions necessary for the delivery of pharmaceutical care, *Pharmacotherapy* 16(5), 889-898.

Wong I., P. Campion, S. Coulton, B. Cross, H. Edmondson, A. Farrin, G. Hill, A. Hilton, Z. Philips, S. Richmond e I. Russell (2004), Pharmaceutical care for elderly patients shared between community pharmacists and general practitioners: a randomised evaluation, *BMC Health Services Research* 4 (11), 1-14.

World Health Organization (1994), Role of the pharmacist in support of the WHO revised drug strategy, Forty-seventh World Health Assembly- Document WHA 47.12, *Unpublished manuscript*, [http:// www.who.com](http://www.who.com)

World Health Organization (1997), The Role of the pharmacist in the health care system, preparing the future pharmacist: curricular development, report of a third WHO consultative group on the role of the pharmacist, *Unpublished manuscript*, [http:// www.who.com](http://www.who.com)

Zierler-Brown S., T. Brown, D. Chen e R. Blackburn (2007), Clinical documentation for patient care: models, concept and liability considerations for pharmacists, *American Journal of Health System Pharmacy* 64, 1851-1858.

Parte A

Anexo I – Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos

(3º Consenso de Granada)

Tabela A 1 – Classificação de Problemas Relacionados Com Medicamentos de Acordo com o 3º Consenso de Granada

Necessidade
Problema de Saúde Não Tratado: O doente sofre um problema de saúde associado a não receber uma medicação que necessita
Efeito de Medicamento Não Necessário: O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita
Efectividade
Inefectividade Não Quantitativa: O doente sofre um problema de saúde associado a uma inefectividade não quantitativa da medicação
Inefectividade Quantitativa: O doente sofre um problema de saúde associado a uma inefectividade quantitativa da medicação
Segurança
Insegurança Não Quantitativa: O doente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento
Insegurança Quantitativa: O doente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento

Fonte: Santos *et al.* (2008).

Anexo II – Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PCNE)

Tabela A 2 – Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos segundo PCNE (2001)

DOMINIO PRINCIPAL	CODIGO	PROBLEMA
Falta de Fármaco Doente não toma o fármaco que necessita	P1.1	Não existe fármaco prescrito, mas existe indicação para o fazer
	P1.2	Fármaco não utilizado
	P1.3	Problemas de aderência à terapêutica
Fármaco Desnecessário Doente toma um fármaco que não necessita	P2.1	Duplicação do grupo terapêutico ou substância activa
	P2.2	Não existe indicação para o uso do fármaco
Fármaco Errado Doente toma ou vai tomar o fármaco errado para a sua patologia ou condição	P3.1	Interação (sem sinais/sintomas) ou potencial interação
	P3.2	Interação evidente (com sinais/sintomas)
	P3.3	Contra indicação
	P3.4	Fármaco inapropriado (não é a melhor escolha para a indicação e/ou doente)
	P3.5	Fármaco certo mas formulação inapropriada
	P3.6	Doente não é capaz de usar fármaco/fórmula correctamente
Dosagem Doente usa a dose errada, regime e/ou duração do tratamento	P4.1	Dose de fármaco baixa
	P4.2	Duração do tratamento muito curta
	P4.3	Regime posológico muito espaçado
	P4.4	Dose de fármaco muito alta
	P4.5	Duração do tratamento muito longo
	P4.6	Regime posológico muito frequente
	P4.7	Altura da toma parece não ser a mais apropriada
Efeitos Adversos Doente sofre um efeito adverso	P5.1	Efeito adverso sofrido de origem não alérgica
	P5.2	Efeito adverso sofrido de origem alérgica
Problemas Associados ao Doente	P6.1	Falha terapêutica por razão desconhecida
	P6.2	Doente insatisfeito com a terapêutica, apesar de a efectuar correctamente
	P6.3	Queixas não específicas. Necessário esclarecimento
	P6.4	O doente está pouco alertado para os problemas de saúde ou para a sua situação.

Fonte: Departamento de Cuidados Farmacêuticos, ANF (2008).

Anexo III – Número de Farmácias e Farmacêuticos de Oficina em Portugal

Tabela A 3 – Número de Farmácias e Farmacêuticos de Oficina por Distrito em Portugal

Distrito	Farmácias de Oficina	Farmacêuticos de Oficina
Aveiro	182	430
Beja	53	73
Braga	180	339
Bragança	40	70
Castelo Branco	57	97
Coimbra	140	389
Évora	53	98
Faro	109	198
Guarda	55	87
Leiria	116	293
Lisboa	656	1679
Portalegre	44	74
Porto	422	1097
Santarém	139	239
Setúbal	187	494
Viana do Castelo	62	122
Vila Real	67	99
Viseu	104	192
Madeira	62	137
Açores	47	83
Total	2775	6290

Fonte: INE, 2007.

Anexo IV – Taxa de Variação Anual da Adesão aos Programas de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes

Tabela A 4 – Taxa de Variação Anual da Adesão das Farmácias e dos Doentes Activos, Durante o Período de 2004 a Agosto de 2008

Protocolo da Diabetes		2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-Ago. 2008
Nível I	Farmácias	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1%
Nível II	Farmácias	19,4%	-1,8%	0,8%	0,8%
	Doentes activos	37,4%	-18,8%	3,7%	3,6%
	Nível II/Nível I	19,3%	-1,9%	0,8%	0,9%
	Doentes activos/Nível I	37,2%	-18,8%	3,7%	3,6%
	Doentes activos/Nível II	15,0%	-17,3%	2,9%	2,8%

Fonte: INFARMED, 2008.

Parte B

Anexo V – Questionário Elaborado sobre a Satisfação dos Serviços Farmacêuticos dos Utentes sem Acesso (Grupo A, B e C)

A) Caracterização Pessoal

1. Data de Nascimento: ___/___/19__

2. Género: Feminino Masculino

3. Nível de Escolaridade

Até ao Ensino Primário (4 anos de estudo)

Ensino Preparatório (5-6 anos de estudo)

Ensino Secundário (7-12 anos de estudo)

Ensino Superior: Bacharelato/Licenciatura

Ensino Superior: Mestrado/Doutoramento

4. Profissão

5. Quantos medicamentos toma diariamente?

6. Para que os toma? (assinale todas as relevantes)

Alergias Articulações Colesterol

Coração Diabetes Estômago

Falta de Ar Nervos Olhos

Ossos Pernas Próstata

Sangue Tensão Arterial Tiróide

Outros _____

7. Com que frequência vai habitualmente à farmácia?

Todos os dias Uma vez por semana

Mais de uma vez por semana De 15 em 15 dias

Uma vez por mês De 2 em 2 meses

Mais espaçadamente

B) Satisfação com os Serviços da Farmácia

Como avalia o seu grau de Satisfação com os serviços prestados na sua farmácia (numa escala de 1 a 5)

Fraco

Razoável

Bom

Muito Bom

Ótimo

1. Aspecto profissional da farmácia?

1

2

3

4

5

2. A disponibilidade do farmacêutico para responder às suas questões?

1

2

3

4

5

3. A relação profissional que o farmacêutico tem consigo?

1

2

3

4

5

4. A capacidade do farmacêutico para o aconselhar sobre os problemas que possa ter com os seus medicamentos?

1

2

3

4

5

5. A rapidez na dispensa das suas receitas?

1

2

3

4

5

6. O profissionalismo do pessoal da farmácia?

1

2

3

4

5

7. O modo como o farmacêutico explica para que servem os seus medicamentos?

1

2

3

4

5

8. O interesse do farmacêutico na sua saúde?

1

2

3

4

5

9. O modo como o farmacêutico o ajuda a usar os seus medicamentos?

1

2

3

4

5

10. O empenho do farmacêutico para resolver os problemas que tem com os seus medicamentos?

1

2

3

4

5

11. A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?

1

2

3

4

5

12. O modo como o farmacêutico o informa sobre o modo de tomar os seus medicamentos?

1

2

3

4

5

13. Os serviços da sua farmácia em geral?

1

2

3

4

5

14. O modo como o farmacêutico responde às suas perguntas?

1

2

3

4

5

15. O empenho do farmacêutico para o ajudar a melhorar a sua saúde ou a manter-se saudável?

1

2

3

4

5

Fraco Razoável Bom Muito Bom Ótimo

16. A cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia para consigo?

1 2 3 4 5

17. A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?

1 2 3 4 5

18. O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos fazem o que é suposto fazerem?

1 2 3 4 5

19. O modo como o farmacêutico lhe explica os possíveis efeitos secundários?

1 2 3 4 5

20. O tempo que o farmacêutico disponibiliza para estar consigo?

1 2 3 4 5

C) Programas de Cuidados Farmacêuticos

Cuidados Farmacêuticos são uma forma inovadora de prática farmacêutica, que têm o objectivo de tornar a terapêutica farmacológica mais segura, efectiva e conveniente para o utente. São deste modo, cuidados focados no utente e no melhoramento contínuo da qualidade do serviço farmacêutico prestado.

Os Cuidados Farmacêuticos referem-se à dispensa responsável, à indicação farmacêutica, ao uso racional dos medicamentos, à educação para a saúde e ao seguimento farmacoterapêutico.

Actualmente, em Portugal existem já algumas farmácias que possibilitam o acesso a estes Cuidados.

1. Que importância atribui a este tipo de Cuidados?

Muito Pequena Pequena Média Grande Muito Grande

2. A quais deles gostaria de aderir?

- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Asma/ Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva
- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes
- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Hipertensão
- Seguimento Farmacoterapêutico
- Nenhum


3. Quanto estaria disposto a pagar pela sua adesão ao programa que indicou na questão anterior?

- Nada
- Até 5 €
- Entre 6 e 10 €
- Entre 11 e 15€
- Entre 16 e 20 €
- Mais de 20 €

4. Concorda com a afirmação: "Este tipo de Programas gera benefícios para a minha saúde" ?

- Discordo Totalmente Discordo Pouco Não Concordo nem Discordo Concordo Concordo Totalmente

5. Já participou em alguma Campanha de Cuidados Farmacêuticos?

- Sim  Se sim indique qual ou quais?
- Não
- Campanha de Cessaçã Tabágica
 - Campanha do Dia Mundial da Asma
 - Campanha do Dia Mundial do Diabético
 - Campanha do Controlo do Colesterol
 - Campanha de Rastreio da Osteoporose
 - Outras
-

Anexo VI – Questionário Elaborado sobre a Satisfação dos Serviços Farmacêuticos dos Utentes com Acesso (Grupo C)

C) Programas de Cuidados Farmacêuticos

Cuidados Farmacêuticos são uma forma inovadora de prática farmacêutica, que têm o objectivo de tornar a terapêutica farmacológica mais segura, efectiva e conveniente para o utente. São deste modo, cuidados focados no utente e no melhoramento contínuo da qualidade do serviço farmacêutico prestado.

Os Cuidados Farmacêuticos referem-se à dispensa responsável, à indicação farmacêutica, ao uso racional dos medicamentos, à educação para a saúde e ao seguimento farmacoterapêutico.

Actualmente, em Portugal existem já algumas farmácias que possibilitam o acesso a estes Cuidados.

1. Que importância atribui a este tipo de Cuidados?

Muito Pequena

Pequena

Média

Grande

Muito Grande

2. Em que programas de Cuidados Farmacêuticos participa?

- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Asma/ Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva
- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes
- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Hipertensão
- Seguimento Farmacoterapêutico

3. Em que outros gostaria de participar? (Assinale todos os relevantes)

- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Asma/ Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva
- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes
- Programa de Cuidados Farmacêuticos da Hipertensão
- Seguimento Farmacoterapêutico
- Em mais nenhum

4. Quanto estaria disposto a pagar por cada visita de seguimento do programa, que está actualmente a efectuar?

- Nada
- Até 5 €
- Entre 6 e 10 €
- Entre 11 e 15€
- Entre 16 e 20 €
- Mais de 20 €

5. Concorda com a afirmação: "Este tipo de Programas gera beneficios para a minha saúde" ?

- Discordo Totalmente Discordo Pouco Não Concordo nem Discordo Concordo Concordo Totalmente

6. Para além do programa que presentemente frequenta, já participou em alguma Campanha de Cuidados Farmacêuticos?

Sim

Não

Se sim indique qual ou quais?



- Campanha de Cessação Tabágica
- Campanha do Dia Mundial da Asma
- Campanha do Dia Mundial do Diabético
- Campanha do Controlo do Colesterol
- Campanha de Rastreio da Osteoporose
- Outras _____

Anexo VII – Distribuição dos Questionários Recolhidos

Tabela A 5 – Distribuição dos Questionários Recolhidos por Concelho e local de Proveniência

Distritos	Concelhos	Nº de Questionários em Farmácias	Nº de Questionários em Espaços Não Farmácia	Total de Questionários
Faro	Loulé	27	-	72
	Portimão	21	11	
	Vila de Bispo	13	-	
Leiria	Caldas da Rainha	-	55	82
	Pombal	27	-	
Lisboa	Alenquer	-	104	983
	Amadora	56	21	
	Cadaval	-	12	
	Cascais	-	18	
	Lisboa	283	338	
	Loures	24	17	
	Oeiras	-	50	
	Torres Vedras	-	60	
Santarém	Mação	23	-	86
	Ourém	-	63	
Setúbal	Alcácer do Sal	16	-	1115
	Almada	299	483	
	Moita	7	-	
	Palmela	123	-	
	Seixal	-	100	
	Sesimbra	-	37	
	Setúbal	50	-	

Anexo VIII – Caracterização Farmacoterapêutica do Total de Inquiridos

Tabela A 6 – Correlação entre a Idade e Quantidade de Medicamentos Utilizados Diariamente

Variáveis	Estatísticas	Idade	Frequência de Idas à Farmácia
Idade	Correlação de Pearson	1	0,670
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	2293	2290
Número de Medicamentos Diários	Correlação de Pearson	0,670	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	2290	2335

Tabela A 7 – Motivos Apontados pelos Utentes para a Toma de Medicamentos (n=2338)

Indicação Terapêutica	Nº Respostas	Em relação ao nº de Respostas	Em relação ao nº de Utentes	Nº de Respostas	
		% Respostas	% Utentes	Sem Acesso	Com Acesso
Tensão Arterial	1083	19,66	54,29	1051	32
Colesterol	880	15,98	44,11	871	9
Articulações	465	8,44	23,31	455	10
Estômago	449	8,15	22,51	437	12
Coração	377	6,84	18,90	360	17
Alergias	340	6,17	17,04	336	4
Nervos	313	5,68	15,69	295	18
Ossos	220	3,99	11,03	210	10
Diabetes	216	3,92	10,83	201	15
Falta de ar	195	3,54	9,77	186	9
Olhos	188	3,41	9,42	182	6
Sangue	155	2,81	7,77	146	9
Pernas	138	2,51	6,92	127	11
Próstata	132	2,40	6,62	127	5
Compensação Hormonal	127	2,31	6,37	126	1
Tiróide	71	1,29	3,56	69	2
Dores	36	0,65	1,80	31	5
Cabeça	26	0,47	1,30	21	5
Carência vitamínica	23	0,42	1,15	23	0
Doenças Oncológicas	14	0,25	0,70	14	0
Intestino	13	0,24	0,65	13	0
Fígado, Pâncreas e Vesícula Biliar	6	0,11	0,30	6	0
Gravidez	5	0,09	0,25	5	0
Gota	4	0,07	0,20	3	1
Pele	4	0,07	0,20	4	0
Sono	4	0,07	0,20	3	1
Obesidade	3	0,05	0,15	3	0
Rins	2	0,04	0,10	2	0
Epilepsia	1	0,02	0,05	1	0
Lúpus	1	0,02	0,05	1	0
NS/NR	17	0,31	0,85	17	0
Total	5508	100,00	276,09	5326	182

Anexo IX – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia na Amostra Total

Tabela A 8 – Teste t para a Igualdade de Médias Populacionais da Apreciação Global, da Gestão Terapêutica e do Esclarecimento Agradável tendo em conta o Tipo de Acesso

Variáveis		Levene's Test		Teste t para a Igualdade de Médias		
		F	Sig.	t	df	Sig.
Apreciação Global	Igualdade de Variâncias Assumida	18,945	0,000	-6,89	2336	0,00
	Igualdade de Variâncias Não Assumida			-11,96	37,32	0,00
Gestão Terapêutica	Igualdade de Variâncias Assumida	21,931	0,000	-6,56	2335	0,00
	Igualdade de Variâncias Não Assumida			-11,95	37,69	0,00
Esclarecimento Agradável	Igualdade de Variâncias Assumida	11,572	0,001	-7,02	2336	0,00
	Igualdade de Variâncias Não Assumida			-11,12	36,73	0,00

Tabela A 9 – Níveis Médios de Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia tendo em conta o Concelho de Recolha dos Questionários

Concelho de Proveniência	Apreciação Global Média	Gestão Terapêutica Média	Esclarecimento Agradável Média	n
Alcácer do Sal	3,88	3,85	3,93	16
Alenquer	3,45	3,40	3,52	104
Almada	3,14	3,09	3,23	782
Amadora	3,99	3,96	4,03	77
Cadaval	3,38	3,08	3,84	12
Caldas da Rainha	3,44	3,37	3,55	55
Cascais	3,51	3,47	3,56	18
Lisboa	3,68	3,62	3,76	621
Loulé	3,88	3,86	3,91	27
Loures	3,86	3,77	4,02	41
Mação	4,39	4,39	4,39	23
Moita	4,40	4,36	4,47	7
Oeiras	3,40	3,25	3,62	50
Ourém	3,15	3,00	3,37	63
Palmela	3,97	3,93	4,03	123
Pombal	3,73	3,63	3,86	27
Portimão	3,88	3,79	4,02	32
Seixal	3,06	3,06	3,05	100
Sesimbra	3,35	3,28	3,46	37
Setúbal	4,18	4,15	4,21	50
Torres Vedras	3,64	3,62	3,69	60
Vila de Bispo	3,62	3,56	3,69	13

Tabela A 10 – Satisfação com os Serviços Prestados, tendo em conta o Género e o Escalão Etário

Variáveis	N	Apreciação Global		Gestão Terapêutica		Esclarecimento Agradável	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Género							
Feminino	1256	3,55	0,02	3,49	0,02	3,63	0,02
Masculino	1082	3,41	0,02	3,35	0,02	3,5	0,02
Escalão Etário							
Menos de 25 anos	167	3,19	0,06	3,1	0,06	3,34	0,06
26 a 35 anos	375	3,31	0,04	3,22	0,04	3,45	0,04
36 a 45 anos	453	3,44	0,03	3,38	0,03	3,53	0,03
46 a 55 anos	458	3,47	0,03	3,43	0,03	3,54	0,03
56 a 65 anos	389	3,53	0,03	3,49	0,04	3,59	0,03
66 a 75 anos	332	3,68	0,03	3,65	0,03	3,73	0,03
Mais de 76 anos	161	3,8	0,04	3,75	0,04	3,88	0,04

Tabela A 11 – Níveis de Satisfação dos Serviços Prestados tendo em conta a Frequência de Idas à Farmácia

Frequência de Idas à Farmácia	Apreciação Global		Gestão Terapêutica		Esclarecimento Agradável	
	Média	% n	Média	% n	Média	% n
Todos os dias	4,29	0,86	4,21	0,86	4,41	0,86
Mais de uma vez por semana	3,98	6,72	3,93	6,72	4,07	6,72
Uma vez por semana	3,73	12,40	3,68	12,40	3,80	12,40
De 15 em 15 dias	3,57	20,06	3,53	20,06	3,63	20,06
Uma vez por mês	3,37	39,26	3,31	39,26	3,45	39,26
De 2 em 2 meses	3,29	4,49	3,21	4,49	3,42	4,49
Mais espaçadamente	3,26	16,04	3,18	16,04	3,39	16,04
NS/NR	3,90	0,17	3,75	0,17	4,13	0,17

Anexo X – Satisfação com a Gestão Terapêutica na Amostra Total

Tabela A 12 – Teste t para a Igualdade de Médias Populacionais para os Parâmetros de Maior e Menor Satisfação do Factor Gestão Terapêutica tendo em conta o Tipo de Acesso a Programas de Cuidados Farmacêuticos

Variáveis	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso	Levene's homogeneidade de variância (sig.)	Teste t (sig.)
	Média	Média		
A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?	3,54	4,54	0,04	0,00
O modo como o farmacêutico explica para que servem os seus medicamentos?	3,53	4,29	0,02	0,00
A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?	3,27	4,00	0,00	0,00
O interesse do farmacêutico na sua saúde?	3,31	4,11	0,00	0,00

Anexo XI – Satisfação com o Esclarecimento Agradável na Amostra Total

Tabela A 13 – Teste t para a Igualdade de Médias Populacionais para os Parâmetros de Maior e Menor Satisfação do Factor Esclarecimento Agradável tendo em conta o Tipo de Acesso a Programas de Cuidados Farmacêuticos

Variáveis	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso	Levene's homogeneidade de variância (sig.)	Teste t (sig.)
	Média	Média		
A cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia para consigo?	3,74	4,71	0,002	0,00
A disponibilidade do farmacêutico para responder às suas questões?	3,59	4,6	0,015	0,00
Os serviços da sua farmácia em geral?	3,45	4,14	0,001	0,00
A relação profissional que o farmacêutico tem consigo?	3,5	4,29	0,003	0,00
A capacidade do farmacêutico para o aconselhar sobre os problemas que possa ter com os medicamentos?	3,5	4,46	0,048	0,00

Anexo XII – Caracterização dos Cuidados Farmacêuticos

Tabela A 14 – Programas de Cuidados Farmacêuticos que os Utentes Gostariam de Adedir

A Quais dos Programas Gostaria de Adedir?	Utentes sem Acesso		Utentes com Acesso		Total de Questionários	
	n	%n	n	%n	n	%n
P.C.F da Asma/DPOC	238	10,3	2	5,7	240	10,3
P.C.F. da Diabetes	327	14,2	3	8,6	330	14,1
P.C.F. da Hipertensão	653	28,4	20	57,1	673	28,8
Seguimento Farmacoterapêutico	581	25,2	3	8,6	584	25,0
Nenhum	814	35,3	10	28,6	824	35,2
NS/NR	14	0,6	0	0,0	14	0,6
Total	2627	114,1	38	108,6	2665	114,0

Anexo XIII – Valorização dos Cuidados Farmacêuticos

Tabela A 15 – Disponibilidade em Pagar por Cuidados Farmacêuticos tendo em conta o Distrito dos Inquiridos

Disponibilidade em Pagar	Faro		Leiria		Lisboa		Santarém		Setúbal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nada	22	46,8	13	22,4	238	36,0	37	67,3	281	41,3
Até 5 €	17	36,2	32	55,2	323	48,8	10	18,2	303	44,5
Entre 6 e 10 €	4	8,5	9	15,5	68	10,3	8	14,5	74	10,9
Entre 11 e 15 €	2	4,3	2	3,4	14	2,1	0	0,0	10	1,5
Entre 16 e 20 €	1	2,1	2	3,4	14	2,1	0	0,0	8	1,2
Mais de 20 €	1	2,1	0	0,0	5	0,8	0	0,0	5	0,7

Tabela A 16 – Disponibilidade em Pagar pelos Cuidados Farmacêuticos tendo em conta o Género do Utente Inquiridos

Disponibilidade em Pagar	Feminino		Masculino	
	Freq.	%	Freq.	%
Nada	370	29,5	221	20,4
Até 5 €	387	30,8	298	27,5
Entre 6 e 10 €	95	7,6	68	6,3
Entre 11 e 15 €	21	1,7	7	0,6
Entre 16 e 20 €	15	1,2	10	0,9
Mais de 20 €	8	0,6	3	0,3
Sub total	896	71,3	607	56,1
NS/NR	12	1,0	9	0,8
N/A	348	27,7	466	43,1
Sub total	360	28,7	475	43,9
Total	1256	100,0	1082	100,0

Tabela A 17 – Valores Médios do Parâmetro “Disponibilidade em Pagar” tendo em Conta o Escalão Etário

Disponibilidade em Pagar		
Escalão Etário	n	Média
Menos de 25 anos	72	1,17
26 a 35 anos	223	1,01
36 a 45 anos	310	0,79
46 a 55 anos	317	0,82
56 a 65 anos	241	0,66
66 a 75 anos	215	0,83
Mais de 76 anos	124	0,8
Total	1502	0,83

Tabela A 18 – Disponibilidade em Pagar por Cuidados Farmacêuticos tendo em Conta o Nível de Escolaridade

Disponibilidade em Pagar	Nível de escolaridade											
	Até ao Ensino Primário (4 anos de estudo)		Ensino Preparatório (5-6 anos de estudo)		Ensino Secundário (7-12 anos de estudo)		Ensino Superior: Bacharelato/Licenciatura		Ensino Superior: Mestrado/Doutoramento		NS/NR	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nada	112	36,7	91	24,4	238	21,7	135	26,3	10	30,3	5	29,4
Até 5 €	113	37	101	27,1	329	30	134	26,1	2	6,1	6	35,3
Entre 6 e 10 €	16	5,2	17	4,6	48	4,4	74	14,4	6	18,2	2	11,8
Entre 11 e 15 €	4	1,3	0	0	7	0,6	15	2,9	0	0	2	11,8
Entre 16 e 20 €	1	0,3	1	0,3	11	1	10	1,9	2	6,1	0	0
Mais de 20 €	2	0,7	0	0	4	0,4	5	1	0	0	0	0
Sub total	248	81,3	210	56,3	637	58,1	373	72,6	20	60,6	15	88,2
NS/NR	3	1	3	0,8	8	0,7	5	1	2	6,1	0	0
N/A	54	17,7	160	42,9	451	41,1	136	26,5	11	33,3	2	11,8
Sub total	57	18,7	163	43,7	459	41,9	141	27,4	13	39,4	2	11,8
Total	305	100	373	100	1096	100	514	100	33	100	17	100

Tabela A 19 – Relação entre o Número de Medicamentos Utilizados e a Disponibilidade em Pagar por Cuidados Farmacêuticos

Variáveis	Disponibilidade a Pagar					
	Nada	Até 5 €	Entre 6 e 10 €	Entre 11 e 15 €	Entre 16 e 20 €	Mais de 20 €
	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Medicamentos Diários	3	3	2	2	2	2

Tabela A 20 – Cruzamento da Participação em Campanhas de Cuidados Farmacêuticos e da Disponibilidade em Pagar por estes Cuidados

Disponibilidade em Pagar	Participação em Campanhas de Cuidados Farmacêuticos			Total
	Sim	Não	NS/NR	
Nada	140	447	4	591
Até 5 €	173	511	1	685
Entre 6 e 10 €	53	108	2	163
Entre 11 e 15 €	9	19	0	28
Entre 16 e 20 €	7	18	0	25
Mais de 20 €	3	8	0	11
Total	385	1111	7	1503

Anexo XIV – Caracterização Farmacoterapêutica do Estudo de Caso

Tabela A 21 – Correlação entre a Idade e Quantidade de Medicamentos Utilizados Diariamente

Variáveis	Estatísticas	Idade	Frequência de Idas à Farmácia
Idade	Correlação de Pearson	1	0,6195
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	235	232
Número de Medicamentos Diários	Correlação de Pearson	0,6195	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	232	232

Tabela A 22 – Motivos Apontados pelos Utentes para a Toma de Medicamentos (n=235)

Indicação Terapêutica	Nº de Respostas	Em Relação ao nº de Respostas	Em Relação ao nº de Utentes	Nº de Respostas	
		% de respostas	% de utentes	Sem acesso	Com acesso
Tensão Arterial	153	17,4%	65,9%	142	11
Colesterol	86	9,8%	37,1%	80	6
Nervos	84	9,6%	36,2%	76	8
Articulações	81	9,2%	34,9%	75	6
Estômago	75	8,6%	32,3%	70	5
Coração	52	5,9%	22,4%	43	9
Sangue	50	5,7%	21,6%	44	6
Olhos	50	5,7%	21,6%	49	1
Ossos	39	4,4%	16,8%	37	2
Diabetes	34	3,9%	14,7%	30	4
Alergias	32	3,6%	13,8%	32	0
Pernas	28	3,2%	12,1%	26	2
Próstata	24	2,7%	10,3%	24	0
Compensação Hormonal	20	2,3%	8,6%	20	0
Falta de ar	17	1,9%	7,3%	17	0
Dores	13	1,5%	5,6%	8	5
Tiróide	11	1,3%	4,7%	11	0
Cabeça	9	1,0%	3,9%	5	4
Carência Vitamínica	6	0,7%	2,6%	6	0
Fígado, Pâncreas e Vesícula Biliar	3	0,3%	1,3%	3	0
Gota	3	0,3%	1,3%	2	1
Intestino	2	0,2%	0,9%	2	0
Pele	2	0,2%	0,9%	2	0
Sono	1	0,1%	0,4%	0	1
Gravidez	1	0,1%	0,4%	1	0
NS/NR	1	0,1%	0,4%	1	0
Total	877	100,0%	378,0%	806	71

Anexo XV – Satisfação com os Serviços Prestados na Farmácia em Estudo

Tabela A 23 – Teste t para a Igualdade de Médias Populacionais da Apreciação Global, da Gestão Terapêutica e do Esclarecimento Agradável tendo em conta o Tipo de Acesso

Variáveis		Levene's Test		Teste t para a Igualdade de Médias		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Apreciação Global	Igualdade de Variâncias Assumida	2,357	0,126	-2,71	233	0,007
	Igualdade de Variâncias Não Assumida			-4,07	14,14	0,001
Gestão Terapêutica	Igualdade de Variâncias Assumida	2,49	0,116	-2,58	233	0,011
	Igualdade de Variâncias Não Assumida			-4,00	14,42	0,001
Esclarecimento Agradável	Igualdade de Variâncias Assumida	2,499	0,115	-2,60	233	0,010
	Igualdade de Variâncias Não Assumida			-3,84	14,01	0,002

Anexo XVI – Satisfação com a Gestão Terapêutica da Farmácia em Estudo

Tabela A 24 – Estudo Estatístico de Parâmetros da Gestão Terapêutica – Teste à Igualdade de Médias para os Grupos “Utentes sem Acesso” e “Utentes com Acesso”

Variáveis	Utentes Sem Acesso	Utentes Com Acesso		Levene’s homogeneidade de variância (sig.)	Teste t (sig.)
	Média	Média	K-S normalidade		
A confidencialidade das suas conversas com o farmacêutico?	4,03	4,67	0,05	0,99	0,00
O modo como o farmacêutico explica para que servem os seus medicamentos?	4,02	4,00	0,05	0,30	0,90
A responsabilidade que o farmacêutico assume pelo seu tratamento com medicamentos?	3,35	3,92	0,23	0,35	0,01
A rapidez na dispensa da suas receitas ?	3,52	3,92	0,06	0,00	0,02

Anexo XVII – Satisfação com o Esclarecimento Agradável da Farmácia em Estudo

Tabela A 25 – Estudo Estatístico de Parâmetros do Esclarecimento Agradável – Teste à Igualdade de Médias para os grupos “Utentes sem Acesso” e “Utentes com Acesso”

Variáveis	Utentes Sem Acesso	Utentes com Acesso		Levene’s homogeneidade de variância (sig.)	Teste t (sig.)
	Média	Média	K-S normalidade		
A cortesia e o respeito demonstrados pelo pessoal da farmácia para consigo?	4,43	4,67	0,03	0,11	0,15
A disponibilidade do farmacêutico para responder às suas questões?	4,08	4,67	0,03	0,71	0,00
Os serviços da sua farmácia em geral?	3,55	4,08	0,67	0,95	0,01
A relação profissional que o farmacêutico tem consigo?	3,69	4,33	0,03	0,06	0,00

Anexo XVIII – Caracterização dos Cuidados Farmacêuticos do Estudo de Caso

Tabela A 26 – Programas de Cuidados Farmacêuticos que os Utentes Gostariam de Adedir

A Quais dos Programas Gostaria de Adedir?	Utentes sem Acesso		Utentes com Acesso		Total dos Questionários	
	n	%n	n	%n	n	%n
P.C.F da Asma/DPOC	8	3,6	1	8,3	9	3,8
P.C.F. da Diabetes	15	6,7	1	8,3	16	6,8
P.C.F. da Hipertensão	48	21,5	8	66,7	56	23,8
Seguimento Farmacoterapêutico	117	52,5	0	0	117	49,8
Nenhum	55	24,7	3	25	58	24,7
Total	223	109	12	108,3	256	108,9

Anexo XIX – Valorização dos Cuidados Farmacêuticos do Estudo de Caso

Tabela A 27 – Disponibilidade em Pagar pelos Cuidados Farmacêuticos tendo em conta o Género dos Inquiridos (n=235)

Disponibilidade em Pagar	Feminino		Masculino	
	Freq.	%	Freq.	%
Nada	35	22,6	14	17,5
Até 5 €	75	48,4	40	50,0
Entre 6 e 10 €	7	4,5	5	6,3
Entre 11 e 15 €	0	0,0	0	0,0
Entre 16 e 20 €	2	1,3	0	0,0
Mais de 20 €	0	0,0	0	0,0
Sub total	119	76,8	59	73,8
NS/NR	1	0,6	1	1,3
N/A	35	22,6	20	25,0
Sub total	36	23,2	21	26,3
Total	155	100,0	80	100,0

Tabela A 28 – Disponibilidade em Pagar por Cuidados Farmacêuticos tendo em Conta o Nível de Escolaridade

Disponibilidade em Pagar	Nível de escolaridade									
	Até ao Ensino Primário (4 anos de estudo)		Ensino Preparatório (5-6 anos de estudo)		Ensino Secundário (7-12 anos de estudo)		Ensino Superior: Bacharelato/Licenciatura		Ensino Superior: Mestrado/Doutoramento	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nada	14	25,9	16	28,6	8	10,8	10	21,7	1	20
Até 5 €	38	70,4	30	53,6	36	48,6	10	21,7	1	20
Entre 6 e 10 €	0	0	3	5,4	7	9,5	2	4,3	0	0
Entre 11 e 15 €	0	0	0	0	1	1,4	0	0	0	0
Entre 16 e 20 €	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20
Mais de 20 €	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sub total	52	96,3	49	87,5	52	70,3	22	47,8	3	60
NS/NR	0	0	0	0	1	1,4	0	0	1	20
N/A	2	3,7	7	12,5	21	28,4	24	52,2	1	20
Sub total	2	3,7	7	12,5	22	29,7	24	52,2	2	40
Total	54	100	56	100	74	100	46	100	5	100

Tabela A 29 – Relação entre o Número de Medicamentos Utilizados e a Disponibilidade em Pagar por Cuidados Farmacêuticos

Variáveis	Disponibilidade a Pagar					
	Nada	Até 5 €	Entre 6 e 10 €	Entre 11 e 15 €	Entre 16 e 20 €	Mais de 20 €
	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Medicamentos Diários	5	6	4	0	3	0

Tabela A 30 – Relação entre a Disponibilidade em Pagar e a Percepção dos Benefícios dos Programas de Cuidados Farmacêuticos

Disponibilidade em Pagar	Concorda com a afirmação: "Este tipo de Programas gera benefícios para a minha saúde"?		
	Concordo	Concordo Totalmente	Total
Nada	27	22	49
Até 5 €	61	53	114
Entre 6 e 10 €	6	6	12
Entre 11 e 15 €	0	0	0
Entre 16 e 20 €	2	0	2
Mais de 20 €	0	0	0
Total	96	81	177

Tabela A 31 – Níveis de Participação em Campanhas de Cuidados Farmacêuticos tendo em conta a Amostra Inquirida (n=235)

Campanhas de Cuidados Farmacêuticos	Total de Questionários			Utentes Sem Acesso		Utentes Com Acesso	
	n	%	%n	n	%n	n	%n
Cessação Tabágica	1	1,15	1,59	1	1,23	0	0,00
Dia Mundial da Asma	1	1,15	1,59	1	1,23	0	0,00
Dia Mundial do Diabético	48	55,17	76,19	45	55,56	3	50,00
Controlo do Colesterol	29	33,33	46,03	26	32,10	3	50,00
Rastreio da Osteoporose	8	9,20	12,70	8	9,88	0	0,00
Total	87	100,00	138,10	81	100,00	6,00	100,00

Tabela A 32 – Cruzamento da Participação em Campanhas de Cuidados Farmacêuticos e da Disponibilidade em Pagar por estes Cuidados

Disponibilidade em Pagar	Participação em Campanhas de Cuidados Farmacêuticos			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Nada	12	21,5	37	30
Até 5 €	40	71,4	75	61,5
Entre 6 e 10 €	4	7,1	8	6,9
Entre 11 e 15 €	0	0	0	0
Entre 16 e 20 €	0	0	2	1,6
Mais de 20 €	0	0	0	0
Total	56	100	122	100