

Alexandra Nicole Cassidy

**Implementação de serviços farmacêuticos na Farmácia  
Comunitária**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências Da Saúde

Porto, 2012



Alexandra Nicole Cassidy

**Implementação de serviços farmacêuticos na Farmácia  
Comunitária**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências Da Saúde

Porto, 2012

Alexandra Nicole Cassidy

# **Implementação de serviços farmacêuticos na Farmácia Comunitária**

---

(Alexandra Nicole Cassidy)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

---

## Resumo

Atualmente, devido ao envelhecimento da população ocorrido em Portugal, houve um aumento da necessidade de terapêutica medicamentosa para o tratamento de doenças agudas ou crónicas, à qual existe uma morbi-mortalidade associada, agravada pela não adesão ao regime terapêutico. Estes aspetos levam a danos sociais e económicos na sociedade.

Aliado a isto, há as dificuldades provocadas pelas novas medidas da política da saúde e aos cortes nos custos, sendo de extrema importância que as farmácias direcionem a sua atividade, dando mais importância à promoção da saúde pública, melhorando a qualidade de vida da população.

Este trabalho teve como objetivo determinar o nível de interesse que os utentes das farmácias possuem numa série de serviços farmacêuticos, sendo que alguns já se encontram implementados nas farmácias, enquanto outros não possuem um nível tão elevado de implementação.

Para a verificação deste objetivo, foi recolhida informação através de um questionário, dirigido aos utentes da Farmácia da Prelada, no Porto. Neste trabalho, o número de amostras obtidas foi 138.

Verificou-se nos resultados, que existe um elevado número de pessoas com interesse e muito interesse em todos os serviços farmacêuticos incluídos no questionário.

A procura dos utentes pelos serviços farmacêuticos já foi identificada, sendo agora preciso fazer as reestruturações necessárias para se implementar os serviços farmacêuticos, de forma a que as farmácias assumam um papel cada vez mais importante na prevenção e promoção da saúde pública.

Palavras-chave: Envelhecimento, Morbi-mortalidade, Novas medidas da política da saúde, Promoção da saúde pública, Qualidade de vida, Nível de interesse, Serviços farmacêuticos.

---

---

## **Abstract**

Nowadays, due to the aging of the population occurred in Portugal, there has been an increase need of therapeutics for the treatment of acute or chronic diseases, for which there is an associated morbidity and mortality, exacerbated by non-adherence to the treatment regimen. These aspects lead to social and economic damage in society.

In addition, there are the difficulties caused by the new health policy and measures to cut costs, being of utmost importance that pharmacists rethink their activity, by giving more importance to the promotion of public health promoting the quality of life of the population.

This study aimed to determine the level of interest that pharmacy customers have in a range of pharmaceutical services, some of which are already implemented in pharmacies, while others do not have such a high level of implementation.

For this purpose, information was collected through a questionnaire directed to the Farmácia da Prelada's customers, in Oporto. The number of samples obtained was 138.

It was found in the results that there is a high number of people with "interest" and "high interest" in all pharmaceutical services included in the questionnaire.

The client's demand for pharmaceutical services has already been identified, for which it should now be done some restructuring to implement the pharmaceutical services, in such a way that pharmacies assume an increasingly important role in the prevention and promotion of public health.

**Key-words:** Aging, Morbidity and Mortality, New health policy, Promotion of public health, Quality of life, Pharmaceutical services.

---

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Delfim Santos e ao Professor Pedro Barata por toda a disponibilidade demonstrada ao longo deste tempo de trabalho. À Mestre Célia Silva, pela partilha de ideias.

Um muito obrigada à minha família e amigos por todo o apoio dado ao longo do curso.

## Índice

	<b>Pág.</b>
<b>1. Introdução</b> .....	1
1.1 Farmácia Comunitária .....	1
1.2 Papel do Farmacêutico na sociedade .....	2
1.3 Contextualização social .....	3
1.4 Situação financeira e económica das farmácias .....	7
<b>2. Serviços Farmacêuticos</b> .....	9
2.1 Serviços .....	9
2.2 Serviços farmacêuticos .....	10
2.3 Cuidados farmacêuticos .....	11
<b>3. Implementação de serviços farmacêuticos</b> .....	13
3.1 Zona de Atenção Personalizada (ZAP) .....	14
3.2 Serviço de determinação de indicadores bioquímicos .....	14
3.3 Administração de vacinas não incluídos no PNV e outros injetáveis .....	17
3.4 Acompanhamento farmacoterapêutico (AFT)/ Revisão Farmacoterapêutica .....	18
3.5 Educação para a saúde .....	22
3.6 Assistência farmacêutica Domiciliar .....	26
3.7 Alertas personalizados (SMS) .....	27
3.8 Sistema Personalizado de Dosagem / Preparação dos medicamentos para semana .....	28
3.9 Entrega Domicílio .....	29
<b>4. Estudo Empírico</b> .....	30
4.1 Identificação do problema .....	30
4.2 Objetivo do estudo .....	31
4.3 Metodologia .....	31
4.3.1 Método .....	31
4.3.2 Questionário .....	32
4.4 Amostra .....	33
4.4.1 Representatividade .....	33

4.4.2 População .....	34
4.4.3 Recolha de dados .....	34
4.4.4 Variáveis de estudo .....	35
<b>5. Resultados e Discussão .....</b>	<b>36</b>
5.1 Caracterização da amostra .....	36
5.2 Nível de interesse nos Serviços farmacêuticos .....	39
5.3 Rastreios, Medição da Pressão arterial e Administração de vacinas não incluídas no plano de vacinação e outros injetáveis .....	40
5.4 Educação para a saúde .....	44
5.5 Revisão Farmacoterapêutica, Assistência Farmacêutica Domiciliar e Preparação de medicamentos para a semana .....	58
5.6 Alertas personalizados (SMS) e Entrega ao domicílio .....	65
<b>6 . Discussão resultados Geral .....</b>	<b>72</b>
6.1 Rastreios, Medição da Pressão arterial e Administração de vacinas não incluídas no plano de vacinação e outros injetáveis .....	72
6.2 Educação para a saúde .....	74
6.3 Revisão Farmacoterapêutica, Assistência Farmacêutica Domiciliar e Preparação de medicamentos para a semana .....	75
6.4 Alertas personalizados (SMS) e Entrega ao domicílio .....	76
<b>7. Conclusão .....</b>	<b>78</b>
<b>8. Bibliografia</b>	
<b>9. Anexos</b>	

## Índice de Quadros

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro nº1:</b> Redução dos preços dos medicamentos .....	7
<b>Quadro nº2:</b> Doenças em que os parâmetros bioquímicos são indicadores de risco ...	15
<b>Quadro nº3:</b> Escala de Likert .....	32
<b>Quadro nº4:</b> Escala adaptada, utilizada no questionário .....	32
<b>Quadro nº5:</b> Variáveis de estudo .....	35

## Índice de Tabelas

<b>Tabela nº1:</b> Locais de vacinação de 2009/2010 e 2010/2011 .....	17
<b>Tabela nº2 -</b> Estimativa do número da amostra em função do N da população (adaptado de Krejcie & Morgan, 1970) .....	33

## Índice de Figuras

<b>Figura nº1:</b> Esperança média de vida .....	4
<b>Figura nº2:</b> Pirâmide etária da população .....	4
<b>Figura nº3:</b> Gráfico de setores das percentagens dos grupos etários dos 0-14 anos e > 65 anos .....	5
<b>Figura nº4:</b> Evolução da despesa total em saúde per capita .....	6
<b>Figura nº5:</b> Margens máximas de comercialização .....	8
<b>Figura nº 6:</b> Histograma das idades .....	36
<b>Figura nº7:</b> Gráficos de setores das percentagens de todas as características das amostras, exceto idades e contacto com a farmácia .....	37
<b>Figura nº8:</b> Gráfico de barras do Contacto com a farmácia .....	38
<b>Figura nº9:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos Rastreios, Medição da pressão arterial (MPA) e Administração de vacinas (AV) não incluídas no PNV e outros injetáveis nas diferentes faixas etárias (FE) .....	40

<b>Figura nº10:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Interesse (I) e Muito Interesse (MI) nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis nas diferentes FE .....	41
<b>Figura nº11:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis nas pessoas que vivem sozinhas (PVS) e as que não vivem sozinhas (PNVS) .....	42
<b>Figura nº12:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis nas pessoas que fazem terapêutica continuada (PTC) e as que não fazem (PNTC) .....	43
<b>Figura nº13:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de Educação para a saúde (ES) no sexo feminino (F) e masculino (M) .....	44
<b>Figura nº14:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Interesse (I) e Muito Interesse (MI) nos temas de ES no sexo F e M .....	45
<b>Figura nº15:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas diferentes FE .....	47
<b>Figura nº16:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nas diferentes FE .....	48
<b>Figura nº17:</b> Gráfico de barras das médias totais e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas diferentes situações profissionais (SP) .....	50
<b>Figura nº18:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Interesse (I) e Muito Interesse (MI) nos temas de ES nas diferentes SP .....	50
<b>Figura nº19:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nos diferentes estados civis (ES) .....	51
<b>Figura nº20:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nos diferentes ES .....	52
<b>Figura nº21:</b> Gráfico de barras das médias totais e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas PVS e PNVS .....	53
<b>Figura nº22:</b> Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas mães com ou sem filhos dos 0-3 anos .....	54
<b>Figura nº23:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nas mães com ou sem filhos 0-3 anos .....	54
<b>Figura nº24:</b> Gráfico de barras das médias totais e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nos diferentes graus de literacia .....	55

<b>Figura nº25:</b> Gráfico de barras das médias totais e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas PTC e PNTC .....	56
<b>Figura nº26:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nas PTC e PNTC .....	57
<b>Figura nº27:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS no sexo F e M .....	58
<b>Figura nº28:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas diferentes FE .....	58
<b>Figura nº29:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI na RF, AFD e PMS nas diferentes FE .....	59
<b>Figura nº30:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas diferentes SP .....	60
<b>Figura nº31:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nos diferentes estados civis .....	61
<b>Figura nº32:</b> gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas PVS e PNVS .....	62
<b>Figura nº33:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI na RF, AFD e PMS nas PVS e PNVS .....	62
<b>Figura nº34:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nos diferentes graus de literacia .....	63
<b>Figura nº35:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas PTC e PNTC .....	64
<b>Figura nº36:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI na RF, AFD e PMS nas PTC e PNTC .....	64
<b>Figura nº37:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos Alertas personalizados (SMS) e na Entrega ao domicílio nas diferentes faixas etárias .....	65
<b>Figura nº38:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas diferentes FE .....	66
<b>Figura nº39:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas diferentes SP .....	67
<b>Figura nº40:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas diferentes SP .....	68

<b>Figura nº41:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas diferentes EC .....	69
<b>Figura nº42:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas PVS e PNVS .....	69
<b>Figura nº43:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas PVS e PNVS .....	70
<b>Figura nº44:</b> Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas PTC e PNTC .....	71
<b>Figura nº45:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas PTC e PNTC .....	71
<b>Figura nº46:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Nenhum Interesse (NI) e Pouco Interesse(PI) em Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis .....	72
<b>Figura nº47:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis .....	73
<b>Figura nº48:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em ES .....	74
<b>Figura nº49:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com NI e PI em ES .....	74
<b>Figura nº50:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em RF, AFD e PMS .....	75
<b>Figura nº51:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com NI e PI em RF, AFD e PMS .....	75
<b>Figura nº52:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em AP e ED .....	76
<b>Figura nº53:</b> Gráfico de barras das percentagens de pessoas com NI e PI em AP e ED .....	76

## **Abreviaturas**

ZAP – Zona de Atenção Personalizada

BPF – Boas Práticas Farmacêuticas

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

PNV - Plano Nacional de Saúde

AFT - Acompanhamento farmacoterapêutico

PRM - Problemas Relacionados com Medicamentos

RNM - Resultados Negativos associados à Medicação

AF - Atenção Farmacêutica

PIP – Programa Informático Pharmcare

MURs - Medicine Use Reviews

MPA – Medição da Pressão Arterial

AV – Administração de Vacinas

FE – Faixas Etárias

PVS – pessoas que vivem sozinhas

PNVS – pessoas que não vivem sozinhas

PTC – pessoas que fazem terapêutica continuada

PNTC - pessoas que não fazem terapêutica continuada

I – Interesse

MI – Muito Interesse

SP – Situações Profissionais

EC – Estados Cívicos

RF – Revisão Farmacoterapêutica

AFD – Assistência Farmacêutica Domiciliar

PMS – Preparação dos Medicamentos para a Semana

AP – Alertas Personalizados

ED – Entrega ao Domicílio

NI – Nenhum Interesse

PI – Pouco Interesse

## **Introdução**

### **Farmácia Comunitária**

A Farmácia Comunitária por todo mundo distanciou-se de algumas vertentes da sua essência, privilegiando a dispensa de medicamentos por razões económicas que se deveram principalmente à criação e entrada nos mercados de todo o mundo de multinacionais farmacêuticas, promovendo um grande aumento de consumo de medicamentos, e à criação de novas necessidades pelos consumidores.

Devido às novas medidas da política da saúde e aos cortes nos custos, é imperativo que a Farmácia redirecione a sua atividade, indo de encontro às necessidades dos utentes, dando mais importância à promoção da saúde pública, melhorando a qualidade de vida da população, através do aconselhamento, dispensa de medicamentos e prestação de serviços farmacêuticos, ou seja, exercer o seu papel como um centro de saúde primário de aconselhamento e vigilância da farmacoterapia.

De acordo com a Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro de 2007, “as farmácias foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos, bem como da produção de medicamentos manipulados para uso humano e veterinário, transformaram-se em importantes espaços de saúde, reconhecidos pelos utentes”.

As farmácias devem definir a sua posição na sociedade. Para isso, cada farmácia tem que saber qual é a sua missão, isto é, saber que tipos de necessidades quer satisfazer, dando mais importância à dispensa de medicamentos ou privilegiando os serviços farmacêuticos, sendo a missão bastante estável ao longo do tempo, precisando de saber quais as regras e princípios que querem seguir ao longo do processo, ou seja, os valores.

Duarte et al. (2007) fez uma análise tradutora da missão da farmácia, através de um questionário, com uma escala de valores de 5 pontos, verificando que o fator de dispensa de medicamentos apresenta valores globais (3,6), sendo inferiores aos registados no fator promoção da saúde (4,6), predominando, portanto, uma missão direcionada para a saúde utente, e não para a simples dispensa de medicamentos, em que a farmácia se constitui como um espaço de saúde ao serviço do utente.

A farmácia deve também criar a sua visão, criando uma imagem de como quer trabalhar, como vai ser o espaço para a prestação de serviços, definir funções específicas e tecnologia. A visão tem de entusiasmar todos e transmitir a ilusão necessária para unir os esforços (Ibañez e Caelles, 2010).

As farmácias necessitam de ter uma visão e missão claras, para não acabarem por trabalhar por inércia, com baixa produtividade, destacando as fraquezas e não os pontos fortes, sem valores a alcançar para conseguir uma qualidade de serviço.

Na perspetiva de responsabilidade social da farmácia portuguesa, no estudo efetuado por Duarte et al. (2007), tanto a nível interno, dirigidas aos colaboradores das farmácias, que inclui formação e desenvolvimento social e auscultação dos colaboradores, como a nível externo, orientados para a resolução de problemas sinalizados na sociedade, como a identificação de suspeitos de risco de doenças crónicas, as campanhas locais nas escolas e outras instituições como lares, entrega domiciliária de medicamentos e programas de cuidados farmacêuticos na diabetes e hipertensão, evidencia-se um forte envolvimento na sua prática, existindo uma vertente mais interventiva na área de promoção de saúde e prevenção da doença e promoção de hábitos de vida saudável.

### **Papel do Farmacêutico na sociedade**

A figura do farmacêutico é de credibilidade, o utente vai à farmácia tendo a segurança de que existe um profissional de saúde que o aconselhará adequadamente, proporcionando a informação adequada sobre a doença, a prevenção e a correta utilização dos medicamentos, com linguagem simples e concreta. Os utentes também requerem um profissional que o acompanhe no processo patológico em conjunto com outros profissionais, de modo a atingir os objetivos terapêuticos em relação à eficácia e segurança.

De acordo com o estudo “Marcas de Confiança 2009”, das “Seleções do Reader’s Digest”, os farmacêuticos são os profissionais de saúde que mais confiança merecem dos portugueses, dado que, com 93%, ficaram à frente dos enfermeiros (89%) e dos médicos (86%). (Netfarma,2010). Podendo-se dizer existe um reconhecimento nítido do contributo das farmácias para a sociedade.

Um dos estudos de Duarte et al. (2007), revelou existir um elevado grau de satisfação geral com os serviços prestados na farmácia, estando associados com a reputação das farmácias e dos farmacêuticos, como fonte credível de obtenção de informações e conselhos sobre a saúde.

Segundo Queirós (2011), a intervenção do farmacêutico poderá levar, no limite, a uma redução da utilização de outras unidades de saúde, contribuindo para um menor recurso a consultas médicas.

Através do estudo da frequência de pedidos de aconselhamento ao farmacêutico nos últimos 6 meses, Duarte et al. (2007), inferiu que este aconselhamento retirou das consultas médicas um considerável número de utentes. Sendo que 50% dos inquiridos afirma ter evitado, pelo menos uma vez no últimos 6 meses, uma visita ao médico na sequência do conselho farmacêutico.

Os farmacêuticos, enquanto elementos integrantes do domínio da prestação de cuidados de saúde, são uma notável mais valia para a sociedade, pela sua intervenção ativa em programas e ações direcionadas à promoção da saúde,

No estudo de Cavaco et al. (2005), a farmácia surge como uma alternativa aos cuidados médicos, especialmente em locais com menor acesso aos cuidados no âmbito do SNS.

### **Contextualização social**

Nas últimas décadas, foram observadas alterações sociais e económicas a nível mundial, que afetaram os cuidados de saúde.

Uma das alterações sociais com mais impacto, prende-se com o aumento da esperança média de vida, principalmente nos países desenvolvidos, pelo acesso que as populações têm a fármacos e meios complementares de diagnóstico, assim como profissionais de saúde com elevado conhecimento e especialização.

Figura nº1: Esperança média de vida

Período de referência dos dados	Sexo	Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual	
		Local de residência	
		Portugal	
		Ano	
2009 - 2011	HM		79,45
	H		76,43
	M		82,30
2008 - 2010	HM		79,20
	H		76,14
	M		82,05
2007 - 2009	HM		78,88
	H		75,80
	M		81,80
2006 - 2008	HM		78,70
	H		75,49
	M		81,74
2005 - 2007	HM		78,48
	H		75,18
	M		81,57

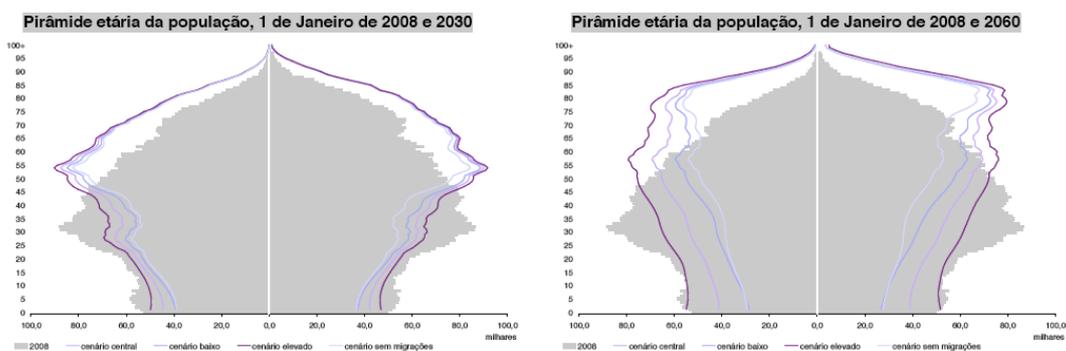
Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual - INE, Tábuas Completas de Mortalidade

Fonte: INE “Esperança média de vida”

Por outro lado, a participação numa sociedade de consumo, aliado a um aumento da escolaridade obrigatória, diminuiu a taxa de natalidade.

Deste modo a revolução demográfica ocorrida em Portugal, conduziu a um envelhecimento da população, havendo uma inversão da pirâmide etária.

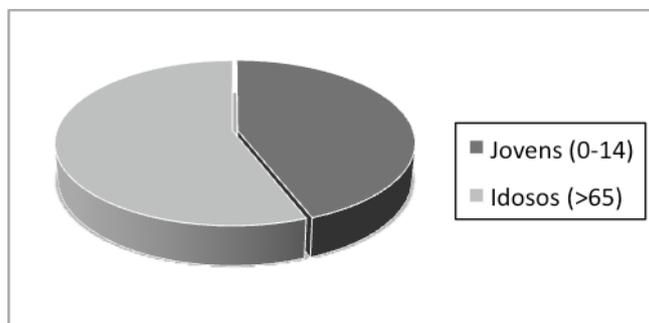
Figura nº2: Pirâmide etária da população



Fonte: INE “Pirâmide etária da população”.

Esta Revolução demográfica pode ser observada nos resultados dos Censos 2011, estes, indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

Figura nº3: Gráfico de setores das percentagens dos grupos etários dos 0-14 anos e > 65 anos.

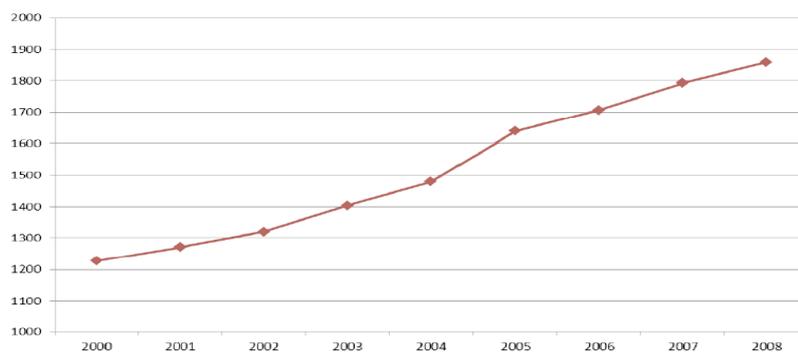


Fonte: Elaboração própria com base em dados do INE.

Segundo Mosca et al. (2012), o envelhecimento conduz a um maior consumo de medicamentos, visto que 60% a 90% dos idosos tomam medicação, devido ao aumento do número de doenças crónicas e de doentes polimedicados. Torna-se também perceptível que características de muitos idosos como o esquecimento, dificuldade económica, limitação da noção de benefícios devido aos efeitos adversos e dificuldade em deglutir, originam uma menor adesão à terapêutica, sendo esta a maior causa de insucesso da terapêutica, para além de apresentar maior risco de hospitalizações e morbilidade. Esta realidade irá lançar enormes desafios no que toca às políticas sociais, devido ao aumento das despesas públicas, nomeadamente na saúde e nos serviços sociais.

Tem sido, portanto, observado tanto em Portugal como nos outros países da Europa um aumento da despesa em saúde, havendo um peso crescente para a população e para o Estado.

Figura nº4: Evolução da despesa total em saúde per capita.



Fonte: Adaptado por Queirós (2011) com base nos dados OCDE Health Data 2011.

Isto conduz a um risco de insustentabilidade das finanças públicas globais, podendo comprometer o equilíbrio futuro dos regimes de pensões e de proteção social, sendo prejudicial para o crescimento económico, bem como a prazo, exigir uma dramática reconsideração das reformas e das prestações de saúde.

## Situação financeira e económica das farmácias

De forma a controlar as despesas com a saúde o governo português tem efetuado alterações na política de saúde, sendo que a política de preços tem sido alvo das principais ferramentas para reduzir custos, sendo que desde 2005, observou-se seis descidas de preços.

Quadro nº1: Redução dos preços dos medicamentos.

2005 ( setembro)	Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos.
2006 (outubro)	Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos.
2008 (setembro)	Redução administrativa de 30% no preço de todos os medicamentos genéricos.
2010 (julho)	Redução média de 7% no preço dos medicamentos de marca.
2010 (agosto)	Redução de 20% a 30% no preço de alguns medicamentos genéricos.
2010 (outubro)	Dedução de 6% no preço de todos os medicamentos.

Fonte: Adaptado de Queirós (2011).

Outra das medidas incidiu sobre as margens de lucro na comercialização dos medicamentos, tendo sido legislado uma regressividade destas margens, levando a uma diminuição do valor das receitas obtidas pelas farmácias.

## Figura nº5: Margens máximas de comercialização

As margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados são as seguintes:

a) PVA até € 5: Grossistas — 11,2 %, calculada sobre o PVA;

Farmácias — 27,9 %, calculada sobre o PVA;

b) PVA entre €5,01 e €7:

Grossistas — 10,85 %, calculada sobre o PVA;

Farmácias — 25,7 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,11;

c) PVA entre € 7,01 e € 10:

Grossistas — 10,6 %, calculada sobre o PVA;

Farmácias — 24,4 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,20;

d) PVA entre € 10,01 e € 20:

Grossistas — 10 %, calculada sobre o PVA;

Farmácias — 21,9 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,45;

e) PVA entre € 20,01 e € 50:

Grossistas — 9,2 %, calculada sobre o PVA;

Farmácias — 18,4 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,15;

f) PVA acima de € 50: Grossistas — € 4,60;

Farmácias — € 10,35.

Fonte: Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro.

Fazendo-se a análise do Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, verifica-se que as margens de lucro diminuem à medida que o preço do medicamento aumenta. Sendo que para medicamentos com preço igual ou superior a 50,01€ (preço de venda do laboratório ao armazenista – PVA), deixa de existir margem existindo um valor máximo fixo de 10,35 € por embalagem vendida. Esta redução das margens de lucro fez-se acompanhar de um pagamento suplementar por embalagem de medicamento em função do PVA e cujo intervalo de valores se situa entre os 0,11€ e 1,15€.

Esta sequência de alterações de margens de lucro e preços dos medicamentos, veio dificultar a situação financeira e económica das farmácias.

## **Serviços Farmacêuticos**

### **Serviços**

Segundo Vargo e Lusch (2004), o serviço “é visto como a aplicação de competências especializadas (conhecimentos e capacidades) através de ações, processos e desempenhos para benefício da própria ou de outra entidade”.

Geralmente são atribuídas aos serviços quatro características fundamentais, sendo elas a intangibilidade, heterogenicidade, percibibilidade e inseparabilidade (Fisk et al., 1993).

De acordo com Ibañez e Caelles, 2010, os serviços são basicamente intangíveis, visto que são prestações (ações ou eventos), a sua qualidade não pode ser medida, testada ou verificada antes da venda para assegurar a sua excelência. São heterogêneos, sendo muito difícil estabelecer especificações para a sua elaboração que permitam standarizar a sua qualidade, devido às suas variações na interação entre o utente e o farmacêutico.

A característica de percibibilidade é devido ao facto de não poderem ser postos em stock para uso futuro (Zeithanl et al. 1985), pois tem que haver disponibilidade para realizar o serviço, e porque a definição de preços é difícil. Segundo Hartman e Lindgren (1993), a questão de percibibilidade é a preocupação principal do produtor/promotor do serviço, e que o consumidor, só dá valor ao serviço quando este está em falta ou quando tem que fazer sacrifício, como por exemplo, esperar.

Relativamente à inseparabilidade, ocorre devido ao facto de os serviços serem vendidos, produzidos e consumidos simultaneamente, enquanto que os produtos, são primeiro produzidos, depois vendidos e por fim consumidos (Zeithanl et al. 1985). Segundo Keh e Pang (2010), a produção e o consumo são inseparáveis.

## **Serviços farmacêuticos**

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, os serviços farmacêuticos podem ser entendidos como um conjunto de ações no sistema de saúde, exercidas pelo farmacêutico ou sob sua supervisão, prestadas no decorrer das diversas atividades integrantes do campo da assistência farmacêutica, que respondem às necessidades da população tanto individual como coletiva, sendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuído para a seu acesso e uso racional. Estas ações têm como objetivo a obtenção de resultados concretos na saúde, obtendo a melhoria da qualidade de vida da população.

Os critérios dos serviços farmacêuticos são a fiabilidade, capacidade de resposta, profissionalismo, credibilidade, segurança, acessibilidade, comunicação e compreensão por parte do utente (Ibañez e Caelles, 2010).

Existem duas grandes categorias de serviços farmacêuticos, os cuidados farmacêuticos, onde intervêm os pacientes e medicamentos, e outros serviços farmacêuticos.

A prática farmacêutica não acaba nos cuidados farmacêuticos. Existem mais atividades e serviços que os farmacêuticos podem implementar na sua farmácia, que contribuem a melhorar a saúde das pessoas e a colaborar com o sistema de saúde e com outros profissionais de saúde (Gastelurrutia, 2010).

A Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro de 2007, estipula que as farmácias podem prestar os seguintes serviços : apoio domiciliário, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, programas de Cuidados Farmacêuticos, campanhas de informação e colaboração em programas de educação para a saúde.

Outros exemplos de serviços farmacêuticos são a medição da densidade óssea, espirometria, terapia de substituição terapêutica com Metadona e serviço de cessação tabágica.

## **Cuidados farmacêuticos**

Segundo Hepler e Strand (1990), a definição clássica de Cuidados Farmacêuticos baseia-se na dispensa responsável da terapêutica farmacológica com o objetivo de alcançar resultados definitivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente, com a participação ativa do farmacêutico, sendo os resultados desejados, a cura da doença, eliminação ou redução de sintomas de doença, diminuição ou atraso do progresso de uma doença e prevenção da doença ou dos seus sintomas.

Na reunião da Organização Mundial de Saúde realizada em Tóquio, em 1993, relativa às funções do farmacêutico no sistema de cuidados de saúde, foi salientada a necessidade do maior envolvimento dos farmacêuticos na avaliação dos resultados da utilização dos medicamentos, assim como noutros aspetos dos cuidados de saúde.

A nível europeu, outro marco importante para a clarificação deste conceito foi a resolução do Comité de Ministros do Conselho da Europa que, em 2001, relativo ao papel do farmacêutico relativo à segurança de saúde, que reforçou a necessidade de o farmacêutico se envolver na avaliação dos resultados obtidos com a farmacoterapia, valorizando como imprescindível a relação farmacêutico-utente, interagindo também com os outros profissionais de saúde.

Segundo o Consenso Espanhol, “A Atenção Farmacêutica, é a participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente, na dispensa e seguimento de um tratamento farmacoterapêutico, cooperando assim com o médico e outros profissionais de saúde, a fim de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente. Também implica o farmacêutico em atividades que proporcionem boa saúde e que previnam doenças”.

Neste conceito estão envolvidos os seguintes serviços farmacêuticos : dispensa de medicamentos de forma personalizada, consulta de indicação farmacêutica, farmacovigilância, manipulação magistral, educação para a saúde e seguimento farmacoterapêutico , ou seja, todas as atividades dirigidas para um doente concreto (Rodriguez, 2006).

De acordo com o Consenso Brasileiro, é a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

Em Portugal, segundo Iglésias e Santos (2008), entende-se por Cuidados Farmacêuticos a participação ativa do farmacêutico na assistência ao doente na dispensa e no seguimento de um tratamento farmacoterapêutico, cooperando, deste modo, com os outros profissionais de saúde com o objetivo de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do doente, incluindo-se também o envolvimento do farmacêutico em atividades que proporcionem boa saúde e previnam doenças.

Os cuidados farmacêuticos são uma prática que enaltece a profissão, mas que não se restringe a ela, ou seja, os cuidados farmacêuticos implicam o envolvimento do utente, isto é, o sucesso dos seus resultados está dependente do trabalho conjunto entre farmacêutico e utente (Hepler, 1996). A participação ativa do utente na sua terapia é fundamental. É portanto, um processo colaborativo que visa prevenir, identificar e resolver problemas relacionados com saúde e medicamentos (Berenguer *et al*, 2004).

## **Implementação de serviços farmacêuticos**

Para que os serviços farmacêuticos sejam sustentáveis na farmácia é necessário uma reestruturação organizacional da farmácia, sendo necessário que cada membro da farmácia saiba concretamente as suas funções e com protocolos bem definidos. Tem-se portanto que destinar as funções técnicas aos técnicos ou auxiliares de farmácia como por exemplo as encomendas, para que seja possível que os farmacêuticos desempenhem uma função de conhecimento, como auxílio no balcão de atendimento, quando surgem dúvidas que o técnico não consegue resolver, assim como, os serviços farmacêuticos.

A implementação de serviços farmacêuticos na farmácia comunitária está a ser mais lenta do que o desejável. Têm sido descritas muitas barreiras que dificultam esta implementação, e facilitadores que poderiam contribuir para acelerar este processo. Barris e Inma (2010), descrevem fatores como a falta de recursos (tempo, dinheiro, espaço, software adequado), a atitude dos farmacêuticos (motivação), a educação (formação continuada, conhecimentos clínicos) e as habilidades (comunicativas, diretivas, organizativas e de promoção). Gastelurrutia et al. (2007), ainda acrescenta a falta de solicitação dos serviços pelos utentes e a incerteza quanto ao futuro da profissão.

Segundo Ahlquist et al. (2010), se houver uma diminuição da maioria destas barreiras, a farmácia poderá vir a ocupar uma série de posições no sistema de saúde, tornando-se integrada, tendo por isso, um maior valor.

Ao introduzir os serviços de cuidados farmacêuticos na farmácia, tem-se de repensar nas tarefas e em quem é que as vai realizar. Vão haver dois tipos de tarefas diferentes: as manuais, como a receção de encomendas, controlo dos prazos de validade, das quais teremos de estudar a forma de serem mais produtivas e com menor custo; e as tarefas relacionadas com o conhecimento, na prestação de serviços de atenção farmacêutica (Ibañez e Caelles, 2010).

Segundo Barris e Inma (2010), para se desenvolver estes serviços são necessários vários fatores, como uma maior formação dos farmacêuticos ou do pessoal que vai desenvolver o serviço, a segmentação dos utentes em grupos distintos, aos quais se devem disponibilizar serviços adequados, é também necessário que exista uma capacidade comunicativa do farmacêutico com o utente, uma promoção destes serviços,

uma adequação da estrutura da farmácia a estas novas necessidades, aumentando a privacidade com zonas de atenção personalizadas, uma aquisição de elementos informáticos ou de programas adequados para guardar dados e buscar informação e por fim, saber gerir os serviços.

Cada vez que se iniciar um serviço, deve-se convocar uma reunião para o responsável do mesmo possa contar ao resto da equipa os pormenores do serviço, e em que medida necessita deles para o seu desenvolvimento (Serracanta, 2010).

### **Zona de Atenção Personalizada (ZAP)**

Alguns serviços exigem que exista uma maior facilidade na interação do farmacêutico com os utentes, zonas de maior privacidade, onde se fala das inquietudes da medicação dos utentes, sendo uma das coisas a modificar para que o paciente se sinta confortável e que seja capaz de comunicar adequadamente.

Não é necessário um grande investimento para instalar uma zona de atenção personalizada (ZAP), mas convém que reúna uma série de características básicas como a localização, visibilidade, iluminação, equipamento, uma mesa de tamanho médio, três cadeiras (farmacêutico, paciente e um acompanhante, se necessário) e um computador com acesso ao programa de gestão da farmácia, internet e base de dados de informação farmacológica, e uma pequena biblioteca de consulta. A ZAP poderá também servir para a formação do pessoal ou da população sobre saúde (Barris e Inma, 2010).

### **Serviço de determinação de indicadores bioquímicos**

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas (2009), a determinação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos permite a medição de indicadores para avaliação do estado de saúde do doente.

É um serviço que é constituído por duas partes, a determinação do parâmetro bioquímico, e em função dos resultados, as recomendações posteriores.

A importância deste serviço na farmácia, não é a determinação em si mesmo, mas sim um ponto de partida para outras atuações, como a educação em saúde, o serviço de seguimento farmacoterapêutico e de indicação farmacêutica (Isanta, 2010).

Um dos objetivos deste serviço é determinar sinais de alerta de possíveis problemas de saúde que permitam comprovar a efetividade e segurança da medicação do paciente, observando-se a necessidade de encaminhar o utente para o seguimento farmacoterapêutico (BPF, 2009). Isanta 2010, acrescenta o objetivo de fazer o rastreio e deteção precoce de doenças e/ou estilos de vida pouco saudáveis e responder à necessidade do doente no controlo de um determinado parâmetro.

Os parâmetros bioquímicos são indicadores de riscos para as doenças seguintes :

Quadro nº2: Doenças em que os parâmetros bioquímicos são indicadores de risco.

<b>Glucose</b>	Diabetes
<b>Colesterol</b>	Doenças cardiovasculares
<b>Triglicerídeos</b>	Doenças cardiovasculares
<b>Ácido Úrico</b>	Gota/ Cálculo renal
<b>GPT</b>	Dano hepático
<b>Creatinina</b>	Nefropatias
<b>PSA</b>	Cancro da próstata

### Estrutura

A prestação deste serviço deve ser efetuada na ZAP. Deve possuir mobília adequada, cadeiras e mesa, para que o utente se sinta confortável. O espaço deve-se distribuir de modo a que facilite o manuseamento dos materiais/equipamentos. Deve também possuir

suporte informático, um computador com ligação à internet e uma impressora, para realizar consulta se necessário, registar dados e emitir o relatório de entrega dos resultados com as recomendações higiénico dietéticas (Isanta, 2010).

Segundo BPF (2009), os aparelhos de determinação utilizados devem estar devidamente validados e calibrados.

#### Quem vai prestar o serviço

Nas BPF (2009) é referido que este serviço deve ser exercido exclusivamente por farmacêuticos habilitados.

Mas observa-se que os técnicos de farmácia também fazem este serviço. De preferência este serviço, na etapa de recolha da amostra e determinação do parâmetro, pode ser realizada tanto por um Farmacêutico como pelo Técnico de farmácia. Dependendo do valor obtido, isto é, se o resultado for inferior ou superior aos intervalos normais, é o Farmacêutico que irá avaliar os dados e aconselhar o utente o mais adequado para a sua situação.

#### Custo do serviço

A determinação de cada parâmetro deve-se basear nos custos dos materiais e do tempo da pessoa que realiza a determinação. O valor do PVP de cada determinação deve cobrir o custo total. O custo total do serviço varia em função do tempo usado e de quem realiza a determinação.

#### Método de trabalho

Deverão ser estabelecidos protocolos relativos ao registo de resultados dos testes e que permitam a validação da qualidade dos métodos e instrumentos usados para o rastreio. Os testes deverão ser efetuados regularmente no âmbito do protocolo (BPF, 2009).

A comunicação realiza-se através de meios materiais (posters, folhetos, displays, suporte físico) e pessoais (comunicação interpessoal, no prática diária).

### **Administração de vacinas não incluídos no PNV e outros injetáveis**

O INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2010) na avaliação da cobertura vacinal antigripal sazonal da população portuguesa no ano 2009/2010, conclui que 43,2% das pessoas utilizaram a farmácia para se vacinar. Apesar de 2009/2010 para 2010/2011 se verificar um ligeiro decréscimo da quantidade de pessoas que optaram por se vacinar nas farmácias, o número mantém-se elevado.

Tabela nº 1: Locais de vacinação de 2009/2010 e 2010/2011.

Local de vacinação	2009/2010	2010/2011
	Total (%)	Total (%)
Centro de Saúde	22,1	25,8
Posto enfermagem	13,9	6,2
Hospital/Clinica	4,4	7,0
Local de trabalho	5,0	7,9
Domicilio	8,0	8,0
Farmácia	43,2	42,4
Outro	3,4	2,7

Fonte: Adaptado de INSA,2011

O Diretor Técnico deve garantir que os requisitos definidos nas Boas Práticas (Anexo I) são integralmente cumpridos e as atividades identificadas no processo administração de injetáveis são realizadas em conformidade com o determinado (Departamento da qualidade da Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

## **Acompanhamento farmacoterapêutico (AFT)/ Revisão Farmacoterapêutica**

Prática profissional que tem como objetivo a detecção de problemas relacionados com medicamentos (PRM), para a prevenção e resolução de resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e deve ser provido de forma continuada, sistematizada e documentada em colaboração com o doente e com outros profissionais de saúde, com o objetivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos doentes (Foro de AF, 2008).

Para implementar o AFT ou qualquer outro serviço que vai fazer parte da carteira de serviços de uma farmácia, é preciso seguir passos ordenados para estabelecer um plano estratégico ou plano de ação. Em primeiro lugar, tem-se de justificar a necessidade do serviço, identificando a necessidade não coberta. É necessário estudar e estabelecer um diagnóstico da situação da farmácia, fazendo um análise SWOT (fraquezas, ameaças, forças e oportunidades), que tem como objetivo identificar os seus pontos fortes e fracos.

Tem-se também de eleger um método, elaborar procedimentos e designar um responsável pelo serviço (Gastelurutia e Castrillón, 2010).

Este serviço para ser realizado com a máxima eficiência, requer um método com procedimentos de trabalho protocolados e validados. No seguimento disso, foi desenvolvido o “Método Dadér”, que foi desenhado pelo “Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada”, sendo um procedimento operativo simples que permite realizar AFT a qualquer doente, em qualquer âmbito assistencial de forma sistematizada, continuada e documentada.

O método de Dáder baseia-se na obtenção da História Farmacoterapêutica do doente. Para a obter utiliza-se um conjunto de documentos elaborados/preenchidos pelo farmacêutico ao longo do processo de AFT. Recolhe-se informação sobre o motivo de oferta de AFT, os dados de doente (idade, sexo, IMC, hábitos,...), os problemas de saúde e efeitos ou resultados derivados do uso da farmacoterapia, a própria farmacoterapia (início, posologia, médicos, ajuste de dose,...), as valorizações do farmacêutico (base de decisão), a planificação, evolução e resultado das intervenções (informação relacionada com ações do farmacêutico destinadas a obter objetivos definidos em conjunto com o doente. Anotar-se-ão também alterações dos

comportamentos do doente, decisões médicas tomadas em resposta às intervenções que permitam avaliar a evolução do seu estado de saúde), o consentimento informado, cartas ao médico e a outros profissionais de saúde e os contactos do doente (Hernández et al., 2007).

A partir da informação que se obtiver na história, elaboram-se os estados da situação do doente, que permitem visualizar o estado geral da sua saúde e o seu tratamento em distintos momentos, assim como avaliar os resultados da farmacoterapia. Consoante a avaliação e o estudo dos estados da situação, estabelece-se um plano de atuação com o doente, havendo o registado de todas as intervenções farmacêuticas que se considerem necessárias para melhorar ou preservar o seu estado de saúde. As entrevistas farmacêuticas após a fase de intervenção fecham o processo de seguimento do doente, tornando-o cíclico. A partir desta fase, o AF ao doente só acaba quando este ou o farmacêutico o decidirem. (Hernández et al., 2007).

É necessário existirem documentos de registo, pois só assim será possível demonstrar o benefício da intervenção do farmacêutico, e porque esta informação também deve ser utilizada para avaliar os procedimentos utilizados para este serviço de forma a melhorar a sua implementação. Estes documentos são as folhas de rosto, de entrevista farmacêutica (recolha de informação), de estado de situação (análise e avaliação), de plano de atuação, de entrevistas sucessivas e de intervenção (resumo das ações realizadas para melhorar ou preservar o estado de saúde do doente e servem como sistema de notificação do programa Dáder de AFT) (Hernández et al., 2007).

Outro método desenvolvido foi o SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano), sendo que cada termo, corresponde a uma parte do processo do atendimento do utente.

Na 1ª etapa, informações subjetivas, regista-se as informações obtidas do utente, sobre a sua história farmacoterapêutica, de seguida tem-se as informações objetivas, que são baseadas nos parâmetros fisiológicos e resultados de análises clínicas. Na avaliação dos dados, o farmacêutico pode identificar suspeitas de PRM, e em seguida verificar quais as intervenções farmacêuticas a ser adotadas. Por fim, na fase do plano, após a avaliação dos PRM, o farmacêutico deve apresentar ao utente qual o plano a ser realizado, em que o prescriptor poderá, se necessário, ser envolvido neste processo (Documenting patient care services, 2007).

### Distribuição de tarefas

Segundo Gastelurutia e Castrillón (2010), o AFT deve ser sempre realizado por um farmacêutico, devido à complexidade do serviço e da assimilação de novas responsabilidades. Na farmácia, cada profissional deve ter claras as suas funções/tarefas na empresa. Devem existir procedimentos operacionais, que devem ser conhecidos por todos os membros da equipa.

### Definição do farmacêutico responsável pelo serviço

Esta decisão deve ser tomada pelo Diretor Técnico da farmácia, apesar de ser desejável que seja discutida entre todos os membros da equipa. Em primeiro lugar, é importante valorizar a formação dos farmacêuticos, seguida das suas capacidades de comunicação, atitude perante o serviço, experiência clínica, entre outros aspetos. É necessária uma formação adicional de pós-graduação, pois na maioria das faculdades não se prepara farmacêuticos para fazer AFT. Se for só um que possui esta formação, logicamente será o que o realizará, mas se houver vários, é preciso decidir quem e quando. A prática do AFT, requer a ausência do farmacêutico do ponto de venda, por isso deve haver sempre alguém que continue com a dispensas, indicações, entre outros (Gastelurutia e Castrillón, 2010).

### Marketing do serviço

Na difusão e oferta do serviço, podem participar todos os profissionais que têm contacto com os utentes. Pode-se utilizar cartazes e displays.

Não se deve utilizar terminologias desconhecidas para os utentes, como o próprio nome do serviço, mas sim mensagens mais claras e intuitivas, que podem fazer com que as pessoas se interessem pelo serviço, como por exemplo : “ Podemos ajudá-lo a conseguir obter melhores resultados com os medicamentos que utiliza. Pergunte-nos.” (Gastelurutia e Castrillón, 2010).

### Avaliação do serviço

Todo o serviço deve ser avaliado para se analisar se os objetivos estabelecidos são cumpridos, assim como para analisar o seu impacto real. Deve-se avaliar o desempenho do serviço assim como os resultados que se podem alcançar a nível da saúde, que podem ser clínicos, económicos ou humanísticos (Kozma et al., 1993).

Possíveis indicadores de qualidade/efetividade são o número de entrevistas realizadas, tempo utilizado nas diferentes entrevistas e o número de intervenções realizadas. Os indicadores clínicos serão os PRM identificados e solucionados, número de riscos de RNM e Problemas de Saúde (PS) resolvidos, o económico será medir o tempo utilizado na prestação do serviço e os indicadores humanísticos serão a medida da qualidade de vida e satisfação dos pacientes com o serviço (ex: questionários).

### Programa Informático Pharmcare (PIP)

Este programa é o programa utilizado para o acompanhamento farmacoterapêutico, sendo baseado no método de Dáder. O PIP é um facilitador do processo, por ser informático, em vez de ser em papel, sendo fácil de registar todos os passos, e de observar interações pois possui a história farmacoterapêutica do utente.

Em Inglaterra existe o MURs (targeted Medicine Use Reviews), que é um serviço que envolve uma consulta pessoal entre o farmacêutico e o paciente, para falar sobre a sua medicação prescrita e não prescrita. O MUR envolve o desenvolvimento da revisão da medicação do paciente para ajudá-los a perceber o porquê de estarem a tomar o medicamento, como devem tomá-lo, falar sobre os possíveis efeitos adversos que poderão estar a sentir e dar possíveis soluções para qualquer tipo de problema. Este serviço deve ser direcionado particularmente a pacientes que fazem terapêutica continuada (Medicines Use Review (MUR) data requirements, 2011).

## **Educação para a saúde**

Segundo a Assembleia Mundial da Saúde (1983), a Educação para a Saúde é qualquer combinação de atividades de informação e educação que leva a uma situação em que as pessoas desejem estar saudáveis, saibam como alcançar a saúde, fazendo o que podem individualmente e coletivamente para manter a sua saúde, e procurem ajuda quando a necessitem.

O farmacêutico, enquanto educador na sua área não é apenas responsável por orientar os utentes quanto ao uso correto dos fármacos. A sua atuação é muito mais abrangente, devendo também sensibilizar as pessoas relativamente aos hábitos de higiene e outros cuidados básicos de saúde, ou seja, o farmacêutico deve fazer com que o utente modifique o seu comportamento, e deve motivar o utente para a necessidade de se informar cada vez melhor na área de saúde.

Um dos objetivos deste serviço será o prestígio profissional para a farmácia, em que o objetivo a curto prazo não vai ser em termos económicos, mas sim que as pessoas vão ter com os farmacêuticos interessados em melhorar a sua saúde, será portanto um reforço da confiança profissional do utente nos farmacêuticos, que também terá impacto nos outros serviços da farmácia e na farmácia em geral, sendo, por isso, um elemento que dá benefícios a médio prazo e não no imediato. Outro objetivo será o posicionamento de marca, pois esta atividade permite uma diferenciação do resto dos estabelecimentos competidores, realçando a nossa força mais importante, que é a nossa credibilidade profissional (Serracanta, 2010).

### A quem se dirige o serviço

Este serviço trata-se de educação para a saúde mediante sessões formativas a um grupo de indivíduos.

Segundo Ewles et al. (2003), existem três tipos de educação para a saúde:

- Primária : direcionada para pessoas saudáveis, com o objetivo de prevenir problemas de saúde comuns. Nesta categoria entra a educação das crianças e pessoas jovens;

- Secundária : direcionada para pessoas já com uma patologia, podendo ser possível prevenir que se torne crônica ou que chegue a um estado irreversível. Educação de pessoas sobre a sua condição e o que fazer relativamente a isso, como repor a vida saudável, que terá de envolver a alteração dos comportamentos, adesão do regime terapêutico;

- Terciária : direcionada para pacientes cuja patologia não pode ser prevenida e que não pode ser completamente curada, ou pacientes com deficiências. O objetivo é educar os pacientes ou cuidadores em como tirar o máximo partido do potencial remanescente da vida saudável, e como evitar dificuldades, restrições e complicações desnecessárias.

A proposta de Serracanta (2010), é organizar as sessões formativas de saúde em dois sentidos :

- sessões formativas de saúde preventivas orientadas para a população, geralmente a mulheres, que no núcleo familiar são as que se responsabilizam pela saúde da família, embora não exclusivamente;
- aulas sobre um tema ou patologia, destinadas aos pacientes e/ou aos seus familiares ou cuidadores.

### Quem dá as formações

Atualmente, devido a grande quantidade de informação nos meios de comunicação, que pode levar as pessoas a confundir opiniões com realidades, e de elevada importância, que exista uma figura, como o farmacêutico, que saiba organizar toda esta informação para o utente.

Se possível, para se tratar de temas da atualidade, poderia-se arranjar um especialista do tema.

### Seleção de temas

Sugestões: Automedicação, Nutrição: dietas equilibradas, obesidade, geriatria, gravidez, Amamentação, Perimenopausa, Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, Tabagismo, DPOC, Asma infantil, Fibromialgia, Cancro da mama, Artrose, Osteoporose, Doenças neurológicas: Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltipla, Noções básicas de Primeiros Socorros, Cuidado do bebé, Dermofarmácia e Cosmética e Cuidados com o Sol.

### Atrair utentes para o serviço

Convida-se a população-alvo para as aulas ou formações, quando os utentes chegam à farmácia com receitas para medicamentos ou para outros serviços.

No entanto, segundo Serracanta (2010), o mais eficiente seria identificar todos os utentes interessados no tema, colocando “palavras-chave” na ficha do utente no programa informático de gestão, identificando-os pela sua doença, por ter fatores de risco, ou cuidadores de pessoas com a doença. Desta forma, pode-se obter uma lista de possíveis interessados, sabendo a quem se deve dirigir para convidar para as palestras/oficinas do tema em questão. Pode-se também elaborar folhetos informativos, para que os utentes sigam o serviço, sendo eles que se ocupam de transmitir o serviço.

Consoante as possibilidades e os prós e contras, pode-se avisar mediante uma carta, e-mail, SMS ou até por telefone.

### Qualidade do serviço e resultados

De acordo com as BPF (2009), a farmácia deve ter como objetivo alcançar a satisfação dos seus utentes em todas as suas atividades, devendo ser estabelecidos procedimentos e mantidos os registos relativos à resolução de reclamações, à medição periódica da satisfação dos utentes e às ações consequentes.

## Local

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas (BPF) (2009), a educação para a saúde deve ser realizada num espaço físico que permita garantir um ambiente propício para a aquisição de conhecimentos e habilidades, assim como condições que favoreçam em cada caso a realização de técnicas educativas individuais ou de grupo.

Se a farmácia já não dispor de um espaço específico para a educação para a saúde, pode criar um espaço que seja facilmente convertido numa sala para tal.

## Planificação do serviço

O farmacêutico responsável pelo serviço proporá um calendário com as palestras/formações, com os respetivos temas, consoante as necessidades dos utentes, consoante a época do ano, do plano de marketing da farmácia, do tempo disponível para as preparar e tendo em conta as colaborações externas. Marcará também metas, objetivos educativos e conteúdo que serão posteriormente avaliados e melhorados (Serracanta, 2010).

## **Assistência Farmacêutica Domiciliar**

O farmacêutico é um profissional de saúde que pode atuar em ambientes diversos, sendo a assistência domiciliária uma das mais recentes áreas de atuação representando campo importante a ser explorado.

O serviço de atenção farmacêutica domiciliar consiste em realizar a avaliação da eficácia terapêutica dos medicamentos tratamento, promover o uso correto dos medicamentos, a verificação de parâmetros fisiológicos (por exemplo, pressão arterial e temperatura) e parâmetros bioquímicos (como teste de glicemia capilar) e, ainda, a administração de medicamentos (nebulização, aplicação de injetáveis) na residência do paciente.

Segundo Thompson et al. (2000), devido à necessidade de assistência domiciliar nos Estados Unidos da América, a Sociedade Americana de Farmacêuticos em Serviços de Saúde desenvolveu protocolo de atuação nos cuidados farmacêuticos em serviços domiciliares, delegando ao farmacêutico algumas responsabilidades, como por exemplo:

- Obter permissão do paciente, da família ou do cuidador para efetuar o cuidado farmacêutico;
- Obter dados completos da localização do paciente (morada e telefone), data de nascimento, peso, histórico de alergias, histórico de utilização de medicamentos, utilização de bebidas alcoólicas, prática do tabagismo e utilização de drogas ilícitas;
- Entender o prognóstico da doença e definir os objetivos a serem alcançados com a prática da atenção farmacêutica;
- Garantir que a indicação, a dosagem e a via de administração estão apropriadas para o paciente;
- Detetar PRM;
- Verificar a estabilidade e a compatibilidade dos medicamentos prescritos, assim como os potenciais efeitos adversos, possíveis interações entre medicamentos e interações entre medicamentos e alimentos;

- Considerar a condição financeira dos membros no domicílio e contribuir para minimizar os gastos com medicamentos;
- Garantir que o paciente, familiares ou cuidadores estejam corretamente orientados em relação à: descrição da farmacoterapia, dose, via de administração, intervalo de doses, duração do tratamento, técnica de manipulação e o armazenamento de medicamentos;
- Assegurar que os exames laboratoriais sejam efetuados, principalmente para a monitoração da administração de alguns medicamentos;
- Fornecer informações escritas e detalhadas para o paciente, familiares e cuidadores;
- Medir o impacto da intervenção farmacêutica.

#### **Alertas personalizados (SMS)**

O objetivo deste serviço seria as farmácias enviarem um lembrete automatizado por SMS aos seus utentes sempre fosse preciso comprar medicação para reabastecer, tendo interesse para pessoas que possuam terapêutica continuada, garantindo que não deixariam acabar a sua medicação, evitando a falha da toma durante um ou mais dias.

É portanto, uma maneira económica e eficiente para aumentar a adesão à terapêutica, aumentando a fidelidade do utente.

Este serviço seria efetuado através de um programa de computador.

## **Sistema Personalizado de Dosagem / Preparação dos medicamentos para a semana**

O objetivo deste serviço farmacêutico seria facilitar o uso racional do medicamento.

Visto que a baixa taxa de adesão à terapêutica constitui hoje grande problema devido à elevada prevalência de doenças crónicas, que aumenta com a duração e a complexidade do regime terapêutico, como a polimedicação, este serviço seria uma das estratégias que poderia ajudar os pacientes a aderir ao tratamento, ajudando também os cuidadores e familiares.

Para isso existem dispositivos como os organizadores de medicamentos semanais, que são caixas com diferentes formatos e tamanhos apropriados para as necessidades individuais dos pacientes, podendo ter os dias da semana e altura do dia em que o paciente deve tomar a medicação.

Existe um outro organizador de medicamentos (sistema personalizado de dosagem), que permite que o farmacêutico prepare semanalmente um blister com diferentes espaços para as diferentes tomas do medicamento de cada um dos pacientes, sendo agrupados de acordo com o momento em que ela deve ser ingerida e as informações necessárias para a administração da dose adequada, garantindo que o paciente toma a dose correta.

Este blister pode ser selado a frio ou a quente e mantém os medicamentos isolados, protegendo-os da humidade e da agressão externa. Isolando-os, mantendo todas as suas propriedades.(Venalink).

Vantagens para a farmácia seria o facto de ser um elemento diferenciador e de fidelização e que facilitaria o seguimento do tratamento. Para o paciente seriam a segurança, confiança, higiene e qualidade, assim como a supervisão do farmacêutico, havendo uma deteção mais fácil de PRM.

### Responsabilidades

O auxiliar de farmácia pode participar na distribuição dos medicamentos no dispositivo, mas a verificação final é feita pelo farmacêutico.

### Informação ao utente sobre o serviço

Observando a necessidade deste serviço o farmacêutico deve promovê-lo. Devendo então descrever o sistema de forma clara e simples, apresentando-o usando uma amostra para explicar o seu funcionamento e deve também demonstrar os seus benefícios a partir da melhoria dos resultados de tratamento e na melhoria da adesão (COF Cáceres, 2011).

### Equipamento

Dispositivos , caixas ou blisters, etiquetas identificativas, máquina seladora para os blisters, cortador de comprimidos, luvas para manipular os medicamentos e suporte manual ou informático para arquivar a informação relativa ao paciente (COF Cáceres, 2011).

### **Entrega Domicílio**

Este serviço tem vindo a ser implementado pensando na satisfação do consumidor, assim como também numa perspetiva de competitividade e diferenciação, sendo uma atividade que existe cada vez mais nas farmácias.

Este tipo de serviço poderá interessar a pessoas que possuem dificuldades de deslocação, por doença, falta de mobilidade ou transporte, assim como também pessoas com falta de tempo e por simples comodidade.

O serviço deveria ser efetuado pelo farmacêutico para ser feito o aconselhamento farmacêutico.

A promoção do serviço pode ser efetuada através de posteres e panfletos.

Para se por em prática este serviço, deve ter-se em atenção o descrito na Portaria n.º 1427/2007 (Anexo II).

## **Estudo Empírico**

### **Identificação do problema**

Hoje em dia, existe uma grande percentagem da população mundial com a necessidade de tomar medicamentos e de adotar medidas para controlar e tratar tanto as patologias agudas como as crónicas.

A morbi-mortalidade associada aos medicamentos provoca grandes danos sociais e económicos na sociedade (Baena, 2004). A não adesão ao regime terapêutico tende a agravar esta situação, visto que se o doente não seguir corretamente o tratamento, poderá levar à pioria da doença, surgimento de novas doenças e, até, necessitar de mais internamentos, aumentando as despesas para o sistema de saúde.

O utente requer, portanto, um profissional que o acompanhe no processo patológico em conjunto com outros profissionais, de modo a atingir os objetivos terapêuticos em relação à eficácia e segurança.

Segundo Queirós (2011), a intervenção do farmacêutico poderá levar a uma redução da utilização de outras unidades de saúde, contribuindo para um menor recurso a consultas médicas.

A implementação de serviços farmacêuticos na farmácia comunitária está a ser mais lenta do que o desejável. Existe um número elevado de barreiras que tornam esta implementação difícil. Gastelurrutia et al. (2007), refere barreiras como a falta de solicitação dos serviços pelos utentes e a incerteza quanto ao futuro da profissão.

De acordo com Gans (2009), existe na realidade procura do serviço nas farmácias, o que é preciso é identificar essa procura, conhecer as expectativas, adicionar incentivos e, se necessário, alterar o modelo de negócio.

## **Objetivo do estudo**

O objetivo deste estudo foi identificar a procura dos utentes pelos serviços farmacêuticos referida por Gans (2009), através da determinação do nível de interesse que os utentes das farmácias possuem numa série de serviços farmacêuticos, sendo que alguns já se encontram implementados nas farmácias, enquanto que outros não possuem um nível tão elevado de implementação.

## **Metodologia**

### **Método**

Para a verificação deste objetivo, foi recolhida informação através de um questionário (Anexo), dirigido aos utentes das farmácias.

Para confirmar que o questionário elaborado era o mais correto, fornecendo a informação necessária para se elaborar a análise estatística, foi realizado um pré-teste que precedeu o estudo, realizado numa amostra composta por 12 utentes da farmácia da Prelada, exatamente com as mesmas características da população sobre a qual recaiu o estudo final. A partir deste pré-teste foi detetada a falta de algumas perguntas para a caracterização dos inquiridos, tendo sido feitas algumas alterações ao questionário-teste, dando origem ao questionário final (Anexo).

Para a análise estatística dos resultados recorreu-se ao programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (IBM SPSS Statistics), e folha de cálculo Microsoft Excel 2008 for Mac.

## Questionário

De acordo com Hill e Hill (2008), a primeira secção dos questionários é composta por perguntas que nos permitem descrever os casos. Por isso, a primeira secção do questionário é composta por perguntas que fornecem a caracterização sócio-demográfica dos inquiridos.

A segunda parte permite saber qual o nível de interesse dos utentes da farmácia nos serviços farmacêuticos descritos no questionário.

As perguntas do questionário são todas do tipo fechado, que segundo Hill e Hill (2008), são as de mais fácil aplicação de análises estatísticas, visto que possibilita a análise mais sofisticada de dados e porque permite a obtenção de informação quantitativa.

As perguntas estão escritas de forma neutra, não convidando a uma resposta só positiva ou a uma resposta só negativa (Hill e Hill, 2008).

A escala utilizada no questionário foi uma adaptação da escala ordinal de 1 a 5 de Likert com, originalmente, direcção positiva, ou seja, ao valor mais elevado do item corresponde o maior grau de concordância. (Este tipo de escala foi desenvolvida por Rensis Likert em 1932).

Quadro nº3: Escala de Likert

Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Quadro nº4: Escala adaptada, utilizada no questionário

Nenhum Interesse	Pouco Interesse	Neutro	Interesse	Muito Interesse
1	2	3	4	5

## Amostra

### Representatividade

A representatividade de uma amostra é importante quando se pretende generalizar os resultados obtidos com uma amostra à população, sendo necessário que a população seja observada na amostra considerada.

Através da tabela nº2 é possível determinar o tamanho de uma amostra representativa para uma determinada população. Pode ser observado que o tamanho da amostra aumenta sempre que a população aumenta, mas com uma taxa cada vez mais reduzida, e mantém-se constante a partir de um número de amostras de 380.

Tabela nº2 - Estimativa do número da amostra em função do N da população (adaptado de Krejcie & Morgan, 1970)

N	S
100	80
200	132
400	196
500	217
800	260
1000	278
3000	341
3500	346
10000	370
50000	381
100000	384

N = Tamanho da população; n = Tamanho da amostra

O tipo de amostragem utilizada foi a não probabilística sem norma, pois procurou-se usar um processo aleatório sem se realizar um sorteio.

### **População**

A população alvo deste estudo foi constituída pelos utentes da farmácia da Prelada, localizada na rua central francos, na freguesia de ramalde , no distrito do Porto.

Segundo Portaria n.º 1430/2007, de 2 de novembro de 2007, as farmácias têm de ter uma capitação mínima de 3500 habitantes por farmácia aberta ao público no município, salvo quando a farmácia é instalada a mais de 2 km da farmácia mais próxima. Logo, segundo a tabela acima, a amostra para ser representativa, deveria ser de 346.

Mas de acordo com Hill e Hill (2008), numa investigação académica é aconselhável trabalhar sobre um número de amostras mais pequeno e mais simples, não só porque evita complicações associadas à utilização de métodos de amostragem, mas também porque nem o tempo nem os recursos que os alunos dispõem são adequados para fazer investigação em grande escala.

### **Recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário aos utentes da Farmácia da Prelada. entre os dias 30 junho e 7 julho.

Neste trabalho, a população inquirida foi de 138. O questionário foi feito pessoalmente a cada um dos utentes, de forma a ajudar a interpretação de cada uma das perguntas, tendo sido todas as amostras consideradas válidas.

## Variáveis de estudo

Quadro nº5: Variáveis de estudo

<b>Caracterização da amostra</b>	Sexo	
	Idade	
	Situação profissional	
	Estado Civil	
	Vive Sozinho	
	Filhos 0-3 anos	
	Grau de literacia	
	Contacto com a farmácia	
	Terapêutica continuada	
	<b>Nível de interesse nos serviços farmacêuticos</b>	1. Rastreio: Colesterol Triglicéridos Glucose
2. Medição da Pressão Arterial		7. Alertas personalizados ( envio de SMS sempre que a sua medicação estiver a acabar).
3. Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e outros injetáveis		8. Preparação dos medicamentos para a semana
4. Revisão Farmacoterapêutica (Aconselhamento do uso dos medicamentos)		9. Entrega domicílio
5. Educação para a saúde (Aulas/Formações) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrição;</li> <li>- Diabetes Mellitus;</li> <li>- HTA;</li> <li>- Amamentação;</li> <li>- Perimenopausa;</li> <li>- Automedicação;</li> <li>- Tabagismo;</li> <li>- DPOC;</li> <li>- Asma;</li> <li>- Osteoporose;</li> <li>- Doenças Neurológicas (Parkinson, Alzheimir, Esclerose Múltipla);</li> <li>- Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares;</li> <li>- Noções básicas de Primeiros Socorros;</li> <li>- Cuidados do bebé;</li> <li>- Cosmética;</li> <li>- Cuidados com o Sol.</li> </ul>		

## Resultados e Discussão

## Caracterização da amostra

Colheu-se dados relativos ao sexo, idade, situação profissional estado civil, ao facto de viverem sozinhos, terem filhos entre os zero e os três anos, grau de literacia, frequência contacto com a farmácia e fazerem terapêutica continuada.

As idades dos respondentes, representadas na Figura nº6, estão compreendidas entre os 20 e os 85 anos, sendo que a maioria, 50%, tem as idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos.

Figura nº 6: Histograma das idades

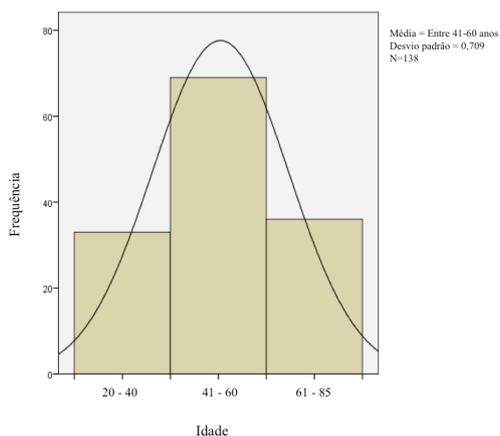
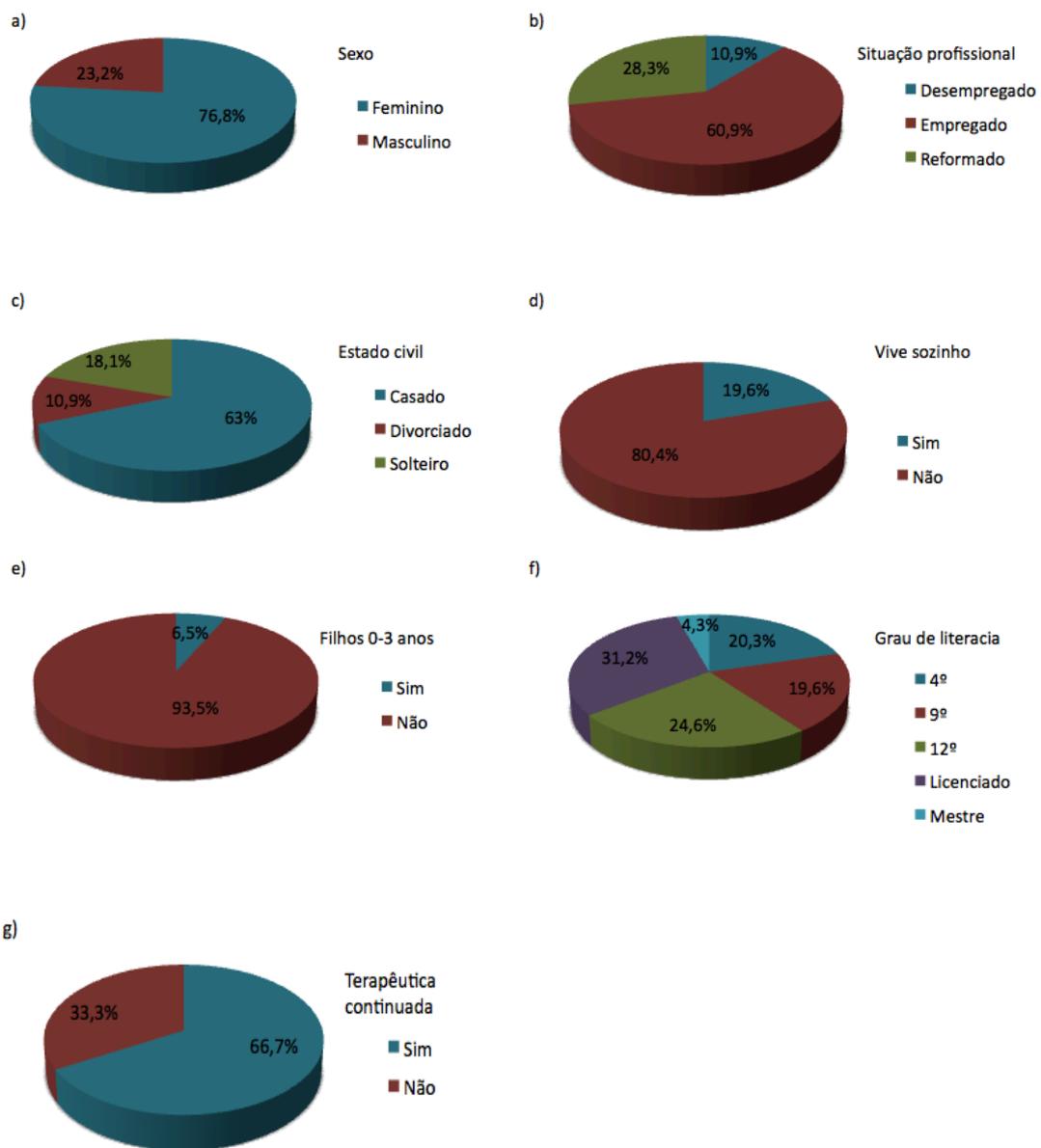


Figura nº 7: Gráficos de setores das percentagens de todas as características das amostras, exceto idades e contacto com a farmácia.



Na figura nº 7 a), observa-se que a maioria dos inquiridos é do género feminino (76,8%).

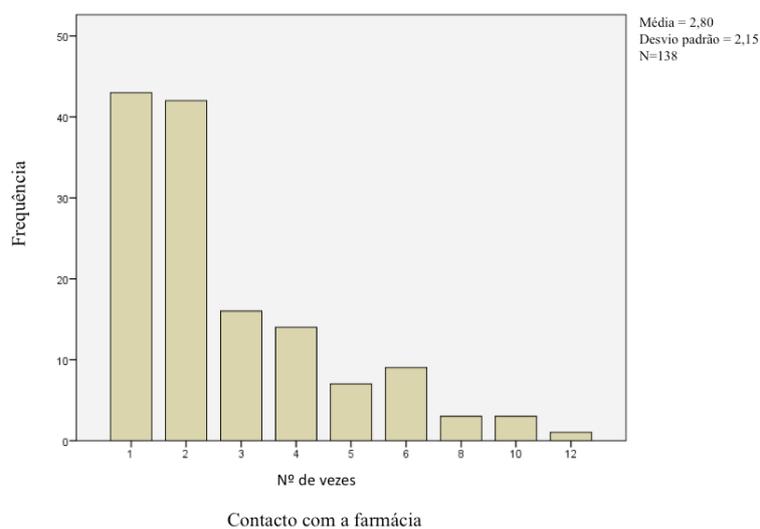
A maioria dos inquiridos, 60,9%, encontra-se empregado, assim como o estado civil com maior frequência, 63%, é o casado. (Ver Figura nº 7 b) e c), respetivamente) Como se verifica na Figura nº 7 d), grande parte dos respondentes não vivem sozinhos.

Apenas 6,5% das mulheres que responderam ao questionário, possuem filhos dos zero aos três anos. (Ver Figura nº 7 e))

O grau de literacia mais comum é a licenciatura (31,2%), sendo que o menor é o mestrado (4,3%). (Ver Figura nº 7 f))

Na Figura nº 7 g), verifica-se que a maioria dos inquiridos fazem terapêutica continuada (66,7%), sendo que a média de contacto com a farmácia é de 2,8 vezes por mês.

Figura nº 8: Gráfico de barras do Contacto com a farmácia.



## **Nível de interesse nos Serviços farmacêuticos**

Na análise, considera-se uma probabilidade de erro de tipo I ( $\alpha$ ) com 0,05 de nível de significância, sendo o  $\alpha$  de um teste, a probabilidade máxima de se rejeitar acidentalmente uma hipótese nula verdadeira. Esta decisão é conhecida como a probabilidade de cometer um erro de tipo I.

Nos testes estatísticos pode usar-se o critério do p-value (valor da prova) para se tomar uma decisão. Se  $p\text{-value} \geq \alpha$ , não se rejeita a hipótese nula ( $H_0$ ), se  $p\text{-value} < \alpha$ , rejeita-se  $H_0$ , para um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), valor assumido neste estudo.

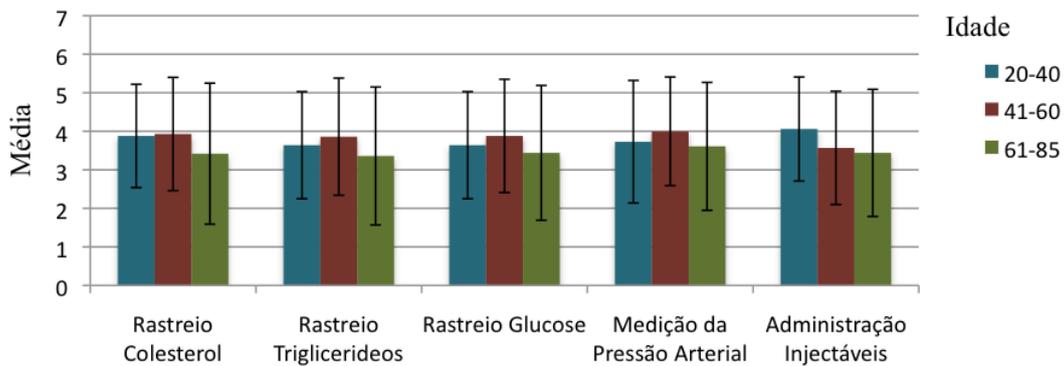
Visto os desvios padrões serem um pouco elevados, optei por fazer a maioria das discussões de resultados através das percentagens das pessoas que responderam 4 “Interesse” e 5 “Muito Interesse” pelos serviços.

É de referir que todos os p-values referidos ao longo do texto se encontram em Anexo III.

## Rastreios, Medição da Pressão arterial e Administração de vacinas não incluídas no PNV e outros injetáveis

### Idade

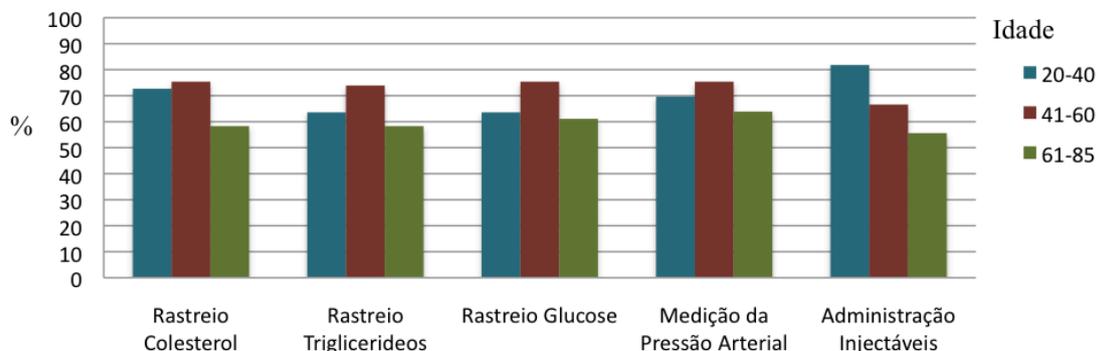
**Figura nº9:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos Rastreios, Medição da pressão arterial (MPA) e Administração de vacinas (AV) não incluídas no PNV e outros injetáveis nas diferentes faixas etárias (FE)



Através do p-value (0,185 – 0,419) >  $\alpha = 0,05$ , pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os vários grupos etários.

Não se observa diferenças nas médias dos diferentes serviços entre os diferentes grupos etários.

**Figura nº10:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Interesse (I) e Muito Interesse (MI) nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis nas diferentes FE



Neste quadro, observa-se na faixa etária dos 20 aos 40 anos, um elevado nível de interesse nestes serviços, que demonstra que as pessoas encontram-se cada vez mais informadas da necessidade da prevenção e controlo das doenças.

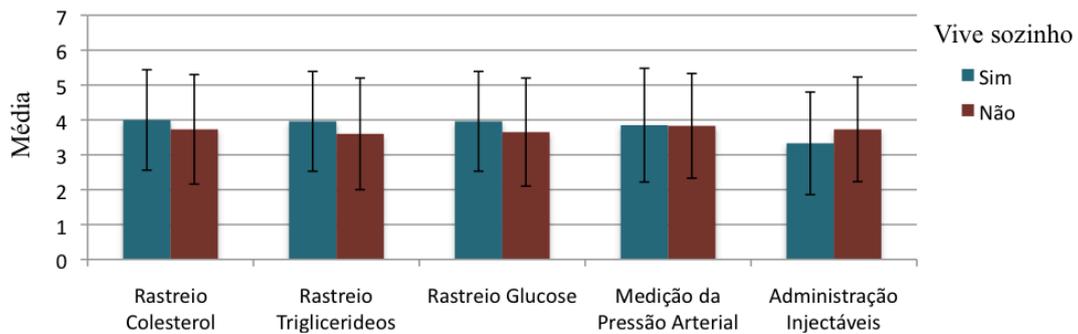
Existe um ligeiro aumento de interesse, nas idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos nos rastreios (73,9-75,4%) e medição da pressão arterial (75,4%), que poderá ser por as pessoas saberem que estão numa idade onde as patologias começam a surgir, tendo uma maior preocupação na prevenção e controlo das doenças.

Nas pessoas com mais idade, ocorre uma ligeira diminuição, que poderá ser por os mais velhos já estarem a ser seguidos pelos médicos, havendo um controlo dos parâmetros através das análises clínicas, ou podem também ter os aparelhos em casa, fazendo a medição continua dos parâmetros, o que não implica que não vão de vez em quando à farmácia, fazer a medicação e pedir aconselhamento farmacêutico.

O facto de o nível de interesse pelo serviço de administração de vacinas não incluídas no PNV e de outros injetáveis ser menor nos idosos é curioso, visto que o que se verifica tendencialmente, segundo o estudo do INSA (2011), é o aumento do pedido por este serviço.

## Vive sozinho

**Figura nº11:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis nas pessoas que vivem sozinhas (PVS) e as que não vivem sozinhas (PNVS)

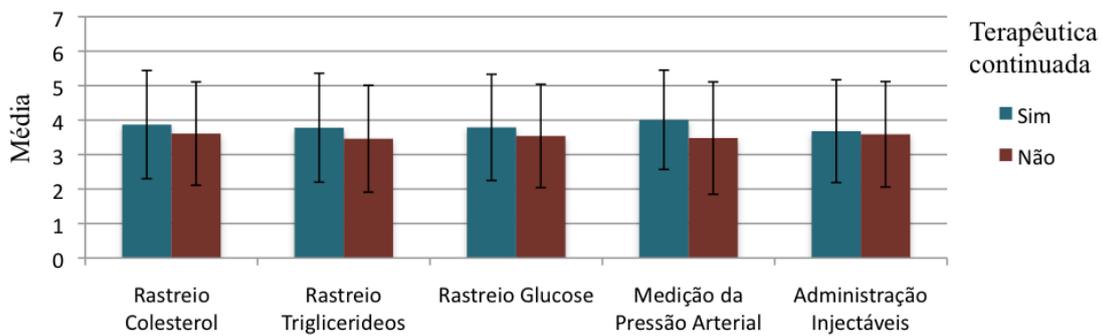


Pode-se concluir através do  $p\text{-value} > \alpha = 0,05$ , que não existem diferenças significativas entre as pessoas que vivem sozinhas e as que não vivem sozinhas.

Não se observa diferenças nas médias dos diferentes serviços entre as pessoas que vivem sozinhas e as que vivem sozinhas.

## Terapêutica continuada

**Figura nº12:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis nas pessoas que fazem terapêutica continuada (PTC) e as que não fazem (PNTC)



Pode-se concluir através do  $p\text{-value} > \alpha = 0,05$ , que não existem diferenças significativas entre as pessoas que fazem terapêutica continuada e as que não fazem.

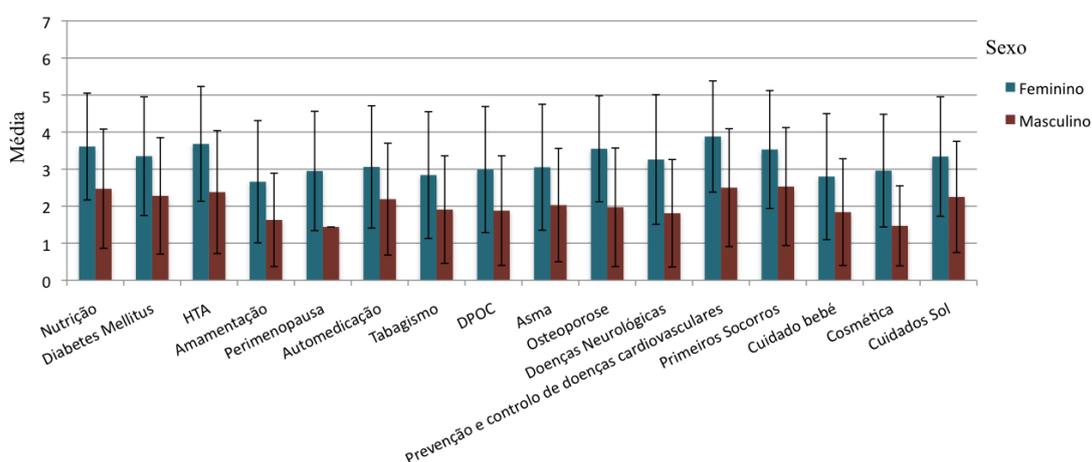
Não se observa diferenças nas médias dos diferentes serviços entre os que fazem terapêutica continuada e as que não fazem. Pois os que não fazem terapêutica continuada, possuem interesse por estes serviços para fazerem uma prevenção das patologias, e os que tomam, como foi referido anteriormente, mesmo os que têm os aparelhos em casa, também vão à farmácia fazer a medição.

## Educação para a saúde

Para os resultados e discussão de resultados do serviço de educação para a saúde, optei por escolher os três temas com maior e com menor nível de interesse para os inquiridos.

### Sexo

**Figura nº13:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de Educação para a saúde (ES) no sexo feminino (F) e masculino (M)



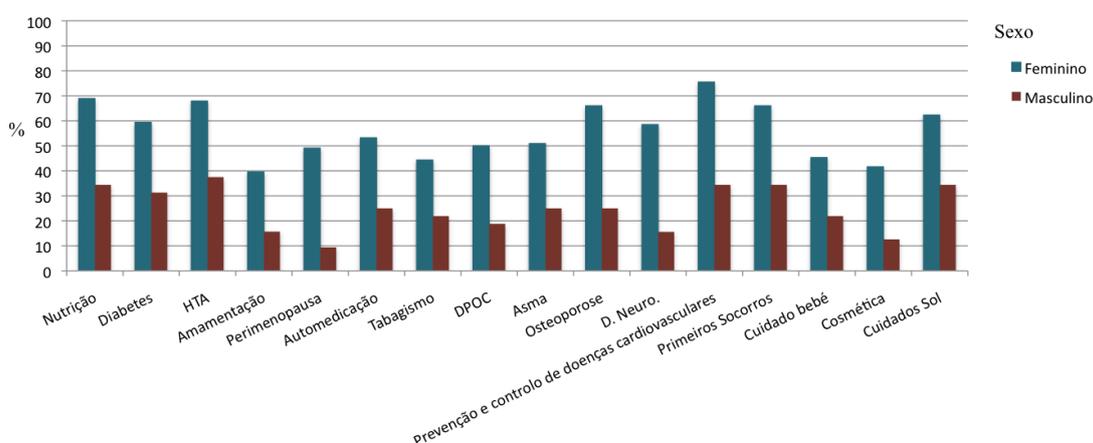
Sendo o p-value entre 0,000 e 0,009, ou seja, muito inferior ao  $\alpha = 0,05$ , revela que existe uma diferença muito significativa entre os resultados dos homens e mulheres.

É preciso ter em atenção que o número de mulheres inquiridas é superior ao número de homens, logo não é possível fazer-se a comparação entre géneros.

Pode-se observar no sexo feminino um interesse superior nos temas de Prevenção e Controlo de doenças cardiovasculares (3,88), Hipertensão arterial (3,68) e Nutrição (3,61). Tendo menor interesse nos temas de Amamentação (2,66), Cuidado do bebé (2,80) e Tabagismo (2,84).

Enquanto que no sexo masculino, apesar de inferior, o nível de interesse é superior nos temas de Noções básicas de primeiros socorros (2,53), Prevenção e Controlo de doenças cardiovasculares (2,50) e Nutrição (2,47). Os temas em que possuem menor interesse são a Amamentação (1,62), Perimenopausa (1,44) e Cosmética (1,47).

**Figura nº14:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Interesse (I) e Muito Interesse (MI) nos temas de ES no sexo F e M



Através das percentagens obtidas para as mulheres, pode-se observar que o tema de prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (75,5%) é o que possui a percentagem mais elevada de pessoas interessadas e muito interessadas, seguido da Nutrição (68,9%) e HTA (67,9%).

Estes resultados seriam de se esperar, visto que segundo Murjal et al. (2002), as doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC e a DC ou doença isquémica do coração, são a principal causa de mortalidade em Portugal e de acordo com a versão 10 da Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), as doenças do sistema circulatório constituem a principal causa de morte em Portugal tanto nos homens como, de forma ainda mais acentuada, no caso das mulheres onde rondam os 40%, existindo um grande conhecimento do impacto deste tipo de doenças, havendo um grande interesse na sua prevenção e controlo.

Visto que, de acordo com Cortez-dias et al. (2009), a prevalência da Hipertensão arterial na população adulta portuguesa é de 42,62%, e tendo em conta que é o principal fator

de risco para as doenças cardiovasculares, existe também um grande interesse por este tema.

O interesse pelo tema de Nutrição, tanto poderá ser pelo interesse na mudança de hábitos alimentares para prevenir doenças cardiovasculares ou outras, como também tendo como objetivo atingir o IMC ideal ou perder peso.

Os temas com menor percentagem são o de Amamentação (39,6%), Cosmética (41,6%) e Tabagismo (44,3%).

Em relação à Amamentação, as mulheres poderão ainda não dar importância, quando passam por essa fase existem formações na maternidade, ou porque simplesmente já passaram a fase de interesse direto.

No estudo realizado por Dias et al. (2011), sobre o a avaliação da Lei do Tabaco, observou-se na população estudada numa série de estudos de opinião, realizados em 2006, 2007 e 2010, um decréscimo de 5% de fumadores de 2007 para 2010, assim como também um aumento do número de consultas de cessação tabágica, 62% entre 2007 e 2009. Isto poderá justificar o baixo número de pessoas fumadoras inquiridas, levando a uma baixa percentagem de pessoas interessadas por este tema.

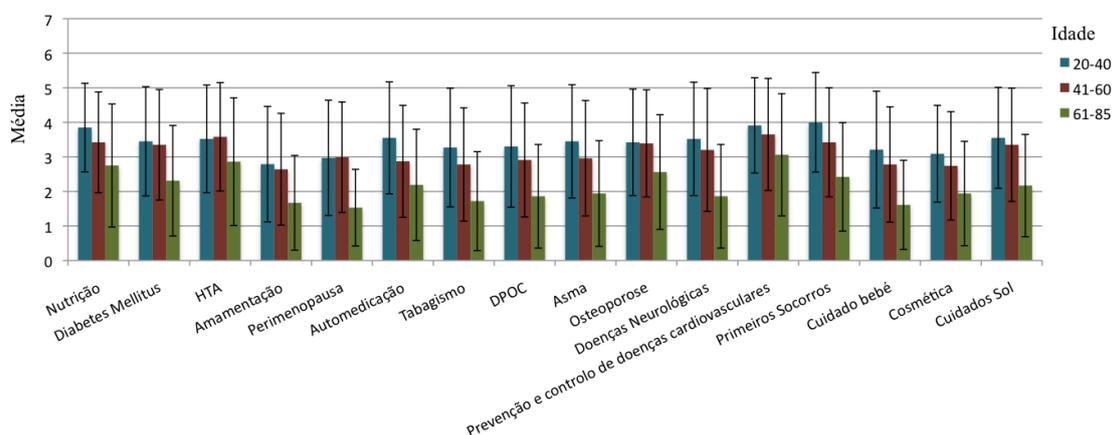
No que toca a cosmética, existem custos associados, e devido à conjuntura atual, as pessoas deixam esta área para segundo plano.

Em relação aos homens nas percentagens, observa-se um interesse superior nos temas de HTA (37,5%), Nutrição (34,4%), Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (34,4%), Noções básicas de primeiros socorros (34,4%) e Cuidados com o sol (34,4%).

De uma forma geral os homens apresentaram um nível de interesse muito baixo pelas formações.

## Idade

**Figura nº15:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas diferentes FE



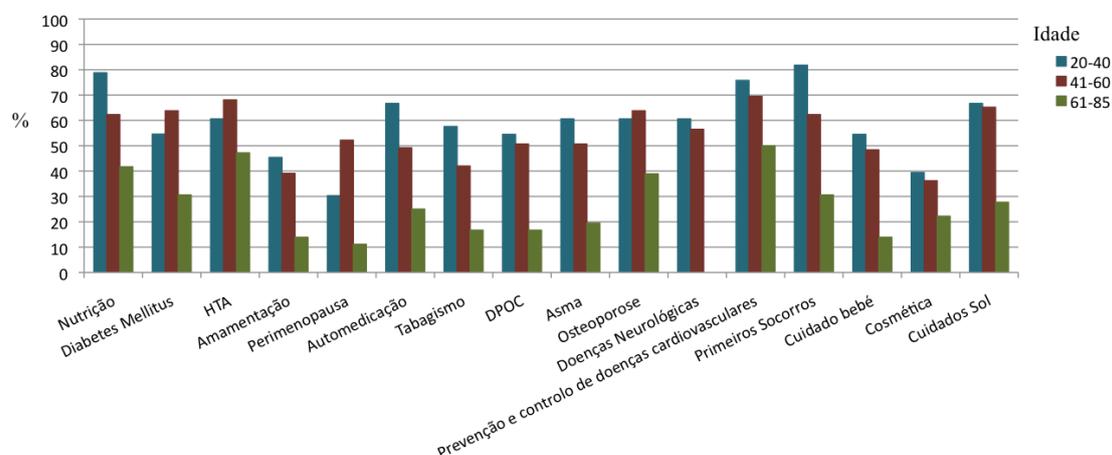
O p-value também se encontra muito inferior ao  $\alpha = 0,05$  (entre 0,000 e 0,024), mostrando uma diferença muito significativa dos resultados das idades, apenas não existe diferença significativa na HTA (p-value = 0,094) e na Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (p-value = 0,073).

No intervalo de idades de 20-40, existe um interesse superior nas aulas em geral, mas possuem mais interesse nos temas de Prevenção e Controlo de doenças cardiovasculares (3,91), Nutrição (3,85), Automedicação (3,55) e Cuidados com o sol (3,55). Tendo menor interesse na Amamentação (1,62), Perimenopausa (1,44) e Cosmética (3,09).

Nas idades de 41 a 60 anos, o interesse em geral diminui, havendo interesse superior nos temas de Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (3,65), HTA (3,58), Nutrição (3,42) e Primeiros Socorros (3,42). Os temas onde têm menor interesse são a Amamentação (2,64), Tabagismo (2,78), Cuidado do bebé (2,78) e Cosmética (2,74).

No caso das idades dos 61 aos 85 anos, demonstraram ter um interesse muito mais inferior, sendo os valores mais elevados observados nos temas de Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (3,06), HTA (2,86) e Nutrição (2,75). Os temas onde se observa menor interesse são o de Amamentação (1,67), Perimenopausa (1,53) e Cosmética (1,61).

**Figura nº16:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nas diferentes FE



Através das percentagens obtidas para o primeiro intervalo de idades, nas Noções básicas de primeiros socorros, observa-se que na realidade é o tema com mais pessoas com interesse e muito interesse (81,8%), seguido da Nutrição (78,8%) e Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (75,8%). O interesse pelas Noções básicas de primeiros socorros é por ser um tema extremamente útil, para situações leves a mais difíceis. Em relação à Nutrição é por quererem ter uma alimentação mais saudável, visto que hoje em dia há uma maior consciência dessa necessidade, tanto para emagrecer, como para evitar ter problemas futuros devido a uma má alimentação. O interesse pelo tema de Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares pode ser devido ao facto de os próprios já possuírem problemas relacionados com o tema, ou por serem cuidadores de pessoas com este tipo de doenças.

Existe menor interesse por Perimenopausa (30,3%), Cosmética (39,4%) e Amamentação (45,5%). Relativamente à Cosmética e Amamentação já foi referido anteriormente o porquê do pouco interesse. No que toca a Perimenopausa, é uma fase que, por norma, não surge nesta faixa etária.

Relativamente às idades de 41 a 60 anos, observa-se o interesse superior nos temas de Prevenção e Controlo de doenças cardiovasculares (69,5%), HTA (68,1%) e Cuidados com o Sol (65,2%).

Relativamente aos dois primeiros temas, já foi referido anteriormente a sua importância e o porquê do nível de interesse por estes temas, aliado ao facto de ser nesta faixa etária onde começa a existir uma maior prevalência.

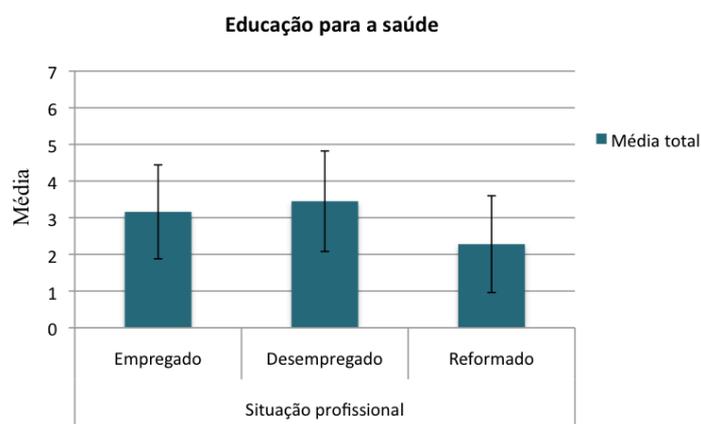
Relativamente ao tema de Cuidados do Sol, este interesse poderá ter sido influenciado pela altura do ano em que o questionário foi efetuado. Para além disso, atualmente, as pessoas já estão mais alertadas para o tipo de problemas que podem surgir se não tomarem os devidos cuidados com o sol.

Os temas com menor interesse são os de Cosmética (36,2%), Amamentação (39,1%) e Tabagismo (42%). O baixo nível de interesse pelo tema de cosmética, é devido ao que foi referido anteriormente, pelo tema de Amamentação é por neste intervalo de idades, por norma, as mulheres já passaram por essa fase, e pelo Tabagismo, é pelo o que já foi referido, de a maioria dos inquiridos não fumar.

Nas idades de 61 a 85 anos, existe de uma forma geral um interesse muito baixo pelas formações, pois sentem que já não têm capacidade para aprender, preferindo ter quem os ajude no dia a dia a lidar com a sua patologia, sendo que os temas com maior interesse são o de Prevenção e Controlo de doenças cardiovasculares (50%), HTA (47,2%) e Nutrição (41,7%), o que seria de se esperar, visto haver uma maior prevalência de Doenças cardiovasculares e HTA nestas idades, havendo também a necessidade de saber qual a dieta mais adequada para a idade e tipo de patologias que tiverem.

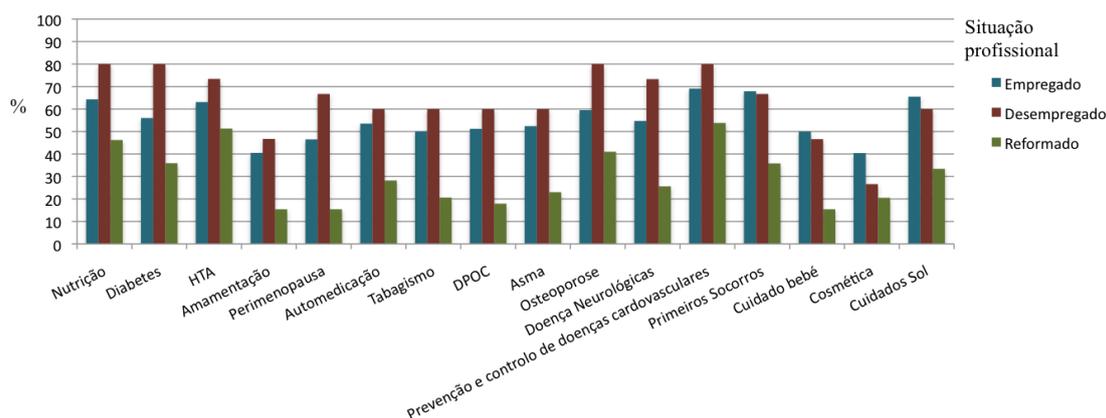
## Situação Profissional

**Figura nº17:** Gráfico de barras das médias totais e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas diferentes situações profissionais (SP)



Neste caso, existem diferenças significativas entre as médias totais das diferentes situações profissionais, pois o  $p\text{-value} = 0,001$  é inferior ao  $\alpha = 0,05$ .

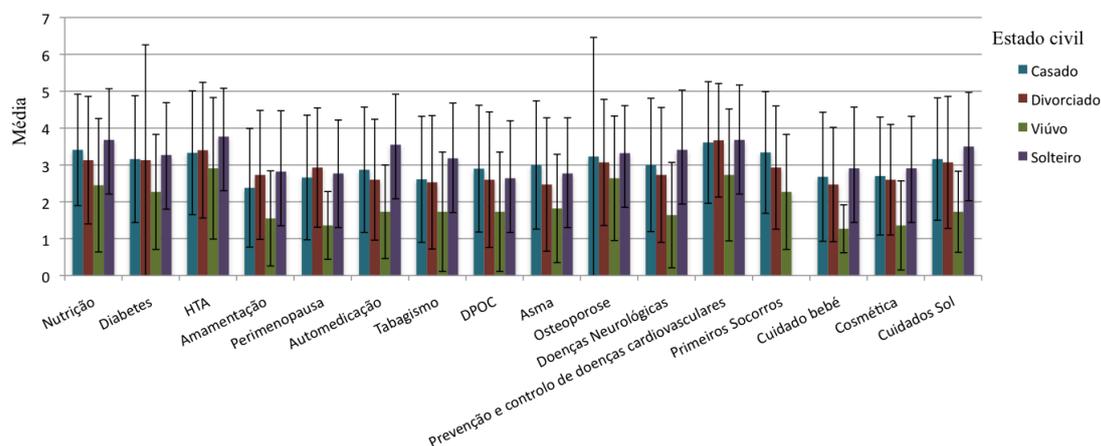
**Figura nº18:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Interesse (I) e Muito Interesse (MI) nos temas de ES nas diferentes SP



Os inquiridos que se encontram desempregados, apresentam de uma forma geral um nível de interesse superior nas formações, isto poderá ser devido ao facto de possuírem mais tempo. Os reformados apesar de também terem disponibilidade, não possuem interesse pois são na sua maioria idosos, sendo justificado pelo que foi dito nas idades.

## Estado civil

**Figura nº19:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nos diferentes estados civis (ES)



Neste caso, não existem diferenças significativas nos temas entre os estados civis, exceto na *Automedicação* ( $p\text{-value}=0,024$ ), *Primeiros Socorros* ( $p\text{-value}=0,049$ ), *Cuidado do bebé* ( $p\text{-value}=0,048$ ), *Cosmética* ( $0,042$ ) e *Cuidados com o sol* ( $p\text{-value}=0,027$ ), pois o  $p\text{-value}$  é inferior ao  $\alpha = 0,05$ .

As pessoas casadas, apresentam um nível de interesse superior nos temas de *Prevenção de controlo de doenças cardiovasculares* (3,61), *Nutrição* (3,41) e *Noções básicas de primeiros socorros* (3,34).

Os temas nos quais possuem interesse inferior são a *Amamentação* (2,38), *Perimenopausa* (2,66) e *Tabagismo* (2,61).

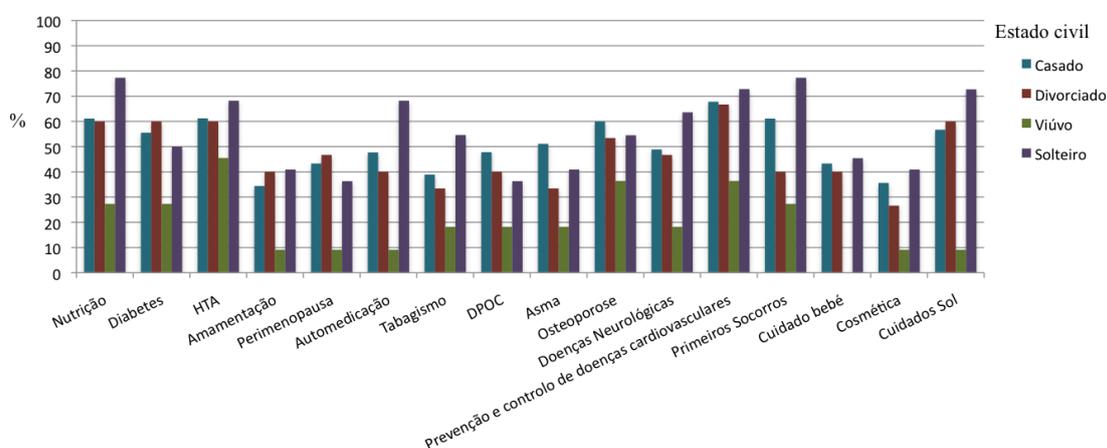
Os divorciados têm interesse principalmente no tema de *Prevenção de controlo de doenças cardiovasculares* (3,67), *HTA* (3,40), *Nutrição* (3,13) e *Diabetes* (3,13). Possuem um nível de interesse mais baixo no *Tabagismo* (2,53), *Asma* (2,47) e *Cuidados do bebé* (2,47).

As pessoas que se encontram viúvas possuem em geral um nível de interesse muito baixo nas aulas, não sendo tão baixo nos temas de *HTA* (2,91), *Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares* (2,73) e *Osteoporose* (2,64). O nível de interesse mais baixo

incide sobre os temas de Perimenopausa (1,36), Cuidados do bebê (1,27) e Cosmética (1,36).

Relativamente aos solteiros, possuem interesse nos temas de Noções básicas de primeiros socorros (3,86), HTA (3,77), Prevenção de controlo de doenças cardiovasculares (3,68) e Nutrição (3,68). Não possuem tanto interesse na Amamentação (2,82), Perimenopausa (2,77) e Asma (2,77).

**Figura nº20:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nos diferentes ES



Confirma-se nas percentagens o mesmo nível de interesse pelas pessoas casadas, acrescentando o tema de HTA (61,2%). Para além dos temas de Prevenção de controlo de doenças cardiovasculares e HTA, que poderão ser devido a problemas que os próprios têm ou os seus cônjuges, os outros dois temas são direcionados aos cuidados da família.

Os temas de Amamentação (34,4%), Cosmética (35,6%) e Tabagismo (38,9%), são os temas com menor interesse, que é devido ao que já foi referido.

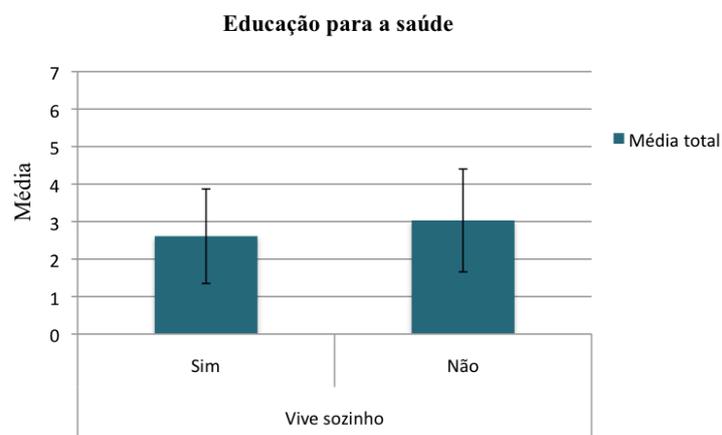
Relativamente aos divorciados, as percentagens coincidem com as médias, sendo temas não tão direcionados para a família, mas sim para problemas mais específicos.

No que toca aos viúvos, sendo a maioria deles idosos (81,8%), possuem um interesse muito baixo pelos temas.

Nos inquiridos que se encontravam solteiros, mantêm o mesmo nível de interesse nas percentagens, sendo temas com bastante interesse para o próprio.

### Vive sozinho

**Figura nº21:** Gráfico de barras das médias totais e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas PVS e PNVS

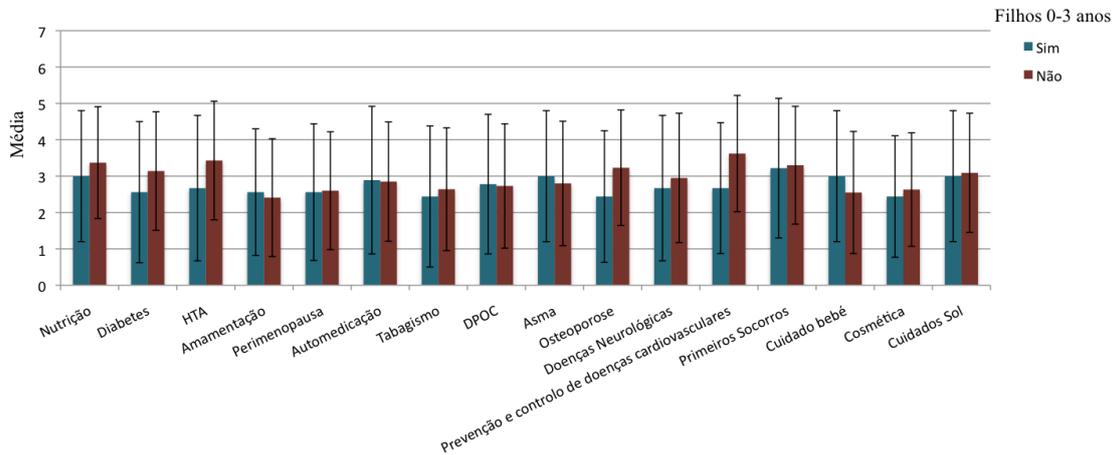


Através do  $p\text{-value} = 0,0154 < \alpha = 0,05$ , pode-se observar que não existem diferenças significativas entre as pessoas que vivem ou não sozinhas.

No geral observa-se que as pessoas que não vivem sozinhas têm nível de interesse um pouco superior nas aulas (2,98) do que as pessoas que vivem sozinhas (2,63). Isto poderá ser devido ao facto de 44,4% das pessoas que vivem sozinhas são idosas, logo influencia o nível de interesse das pessoas que vivem sozinhas.

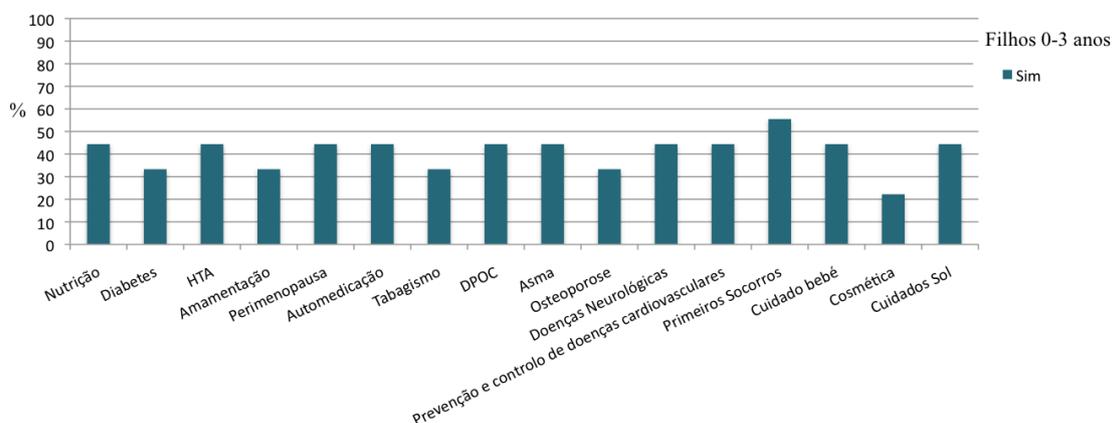
## Filhos 0-3 anos

**Figura nº22:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas mães com ou sem filhos dos 0-3 anos



Os inquiridos que têm filhos do 0 aos 3 anos, possuem apenas interesse nos temas de Primeiros Socorros (3,22), Nutrição (3,00) e Cuidados do bebê (3,00), sendo de se esperar, visto serem também temas com interesse para mães. Não existe interesse pelo tema de amamentação, por norma por já terem aulas relativamente a isso na maternidade.

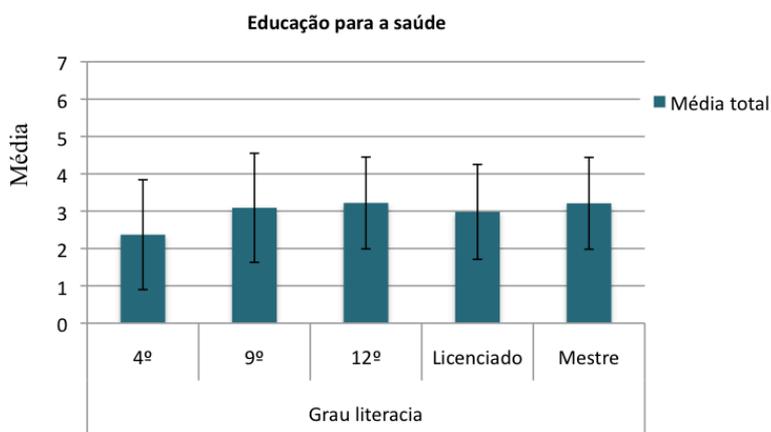
**Figura nº23:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nas mães com ou sem filhos 0-3 anos



Ao contrário das médias, nas percentagens apenas sobressai o tema de primeiros socorros (55,5%), sendo que o resto dos temas se encontram muito idênticos, o que reforça a ideia de que as mães com filhos dos 0 aos 3 anos, possuem interesse em temas relativos aos cuidados da família.

### Grau de literacia

**Figura nº24:** Gráfico de barras das médias totais e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nos diferentes graus de literacia

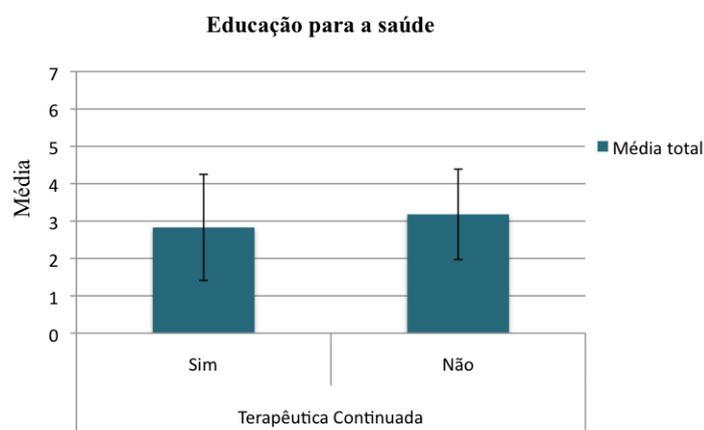


Sendo o p-value  $0,132 > \alpha = 0,05$ , pode-se dizer que não existem diferenças significativas entre os diferentes graus de literacia.

Observando-se as médias totais, constata-se que existe um interesse superior nas pessoas com o 12º ano (3,28), seguido dos mestres (3,17), pessoas com 9º ano (3,04), licenciados (3,00). As pessoas com o 4º ano são as que possuem menos interesse geral pelas aulas (2,18). Este menor interesse pelas pessoas apenas com o 4º ano poderá ser por 60,7% das pessoas que possuem o 4º ano fazem parte do grupo etário dos 61 aos 85 anos, sendo justificado pelo que já foi referido na parte das idades.

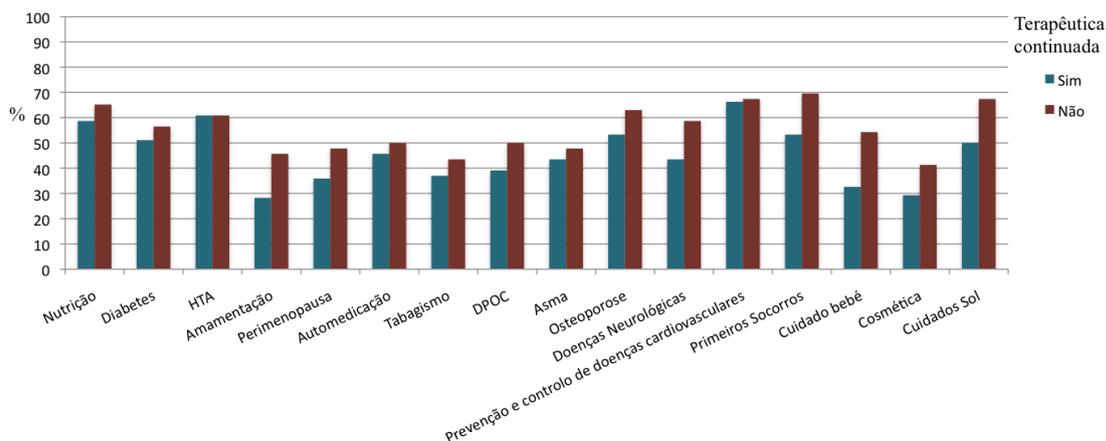
## Terapêutica Continuada

**Figura nº25:** Gráfico de barras das médias totais e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos temas de ES nas PTC e PNTC



Apesar de nas médias se observar uma ligeira diferença nas médias, o p-value é de 0,160, que é superior a  $\alpha = 0,05$ , não existindo diferenças significativas entre as pessoas que fazem terapêutica continuada e os que não fazem. O que seria de se esperar, visto que as pessoas que tomam medicação de forma contínua, querem sempre aprender mais sobre como lidar com a patologia que possuem, enquanto as que não tomam, querem também adquirir conhecimentos, mas mais direcionado para a prevenção e resolução da patologia, tanto para elas como para pessoas próximas, ou até para transmitir conhecimentos.

**Figura nº26:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos temas de ES nas PTC e PNTC

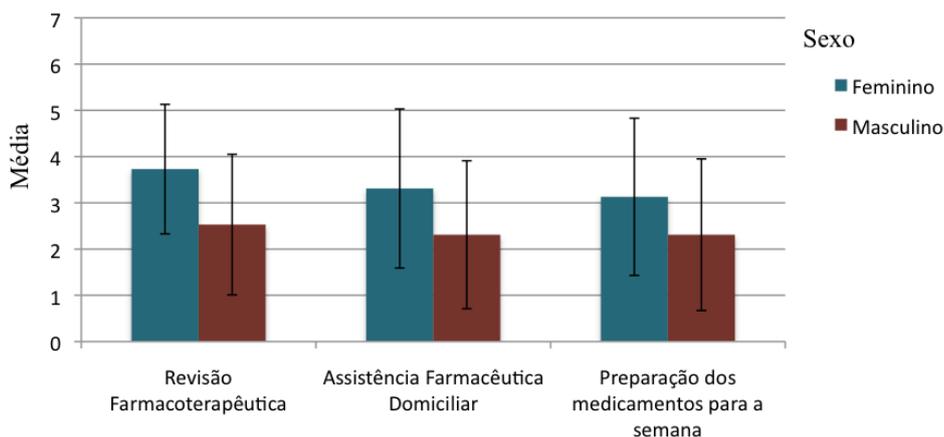


Nas percentagens, observa-se um interesse superior nos temas de Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares, HTA (60,9%) e Nutrição (58,7%). O que se explica, por os primeiros dois temas serem sobre as patologias mais prevalentes, e através da melhoria da alimentação, pode-se melhorar a qualidade de vida das pessoas com estas patologias.

## Revisão Farmacoterapêutica, Assistência Farmacêutica Domiciliar e Preparação de medicamentos para a semana

### Sexo

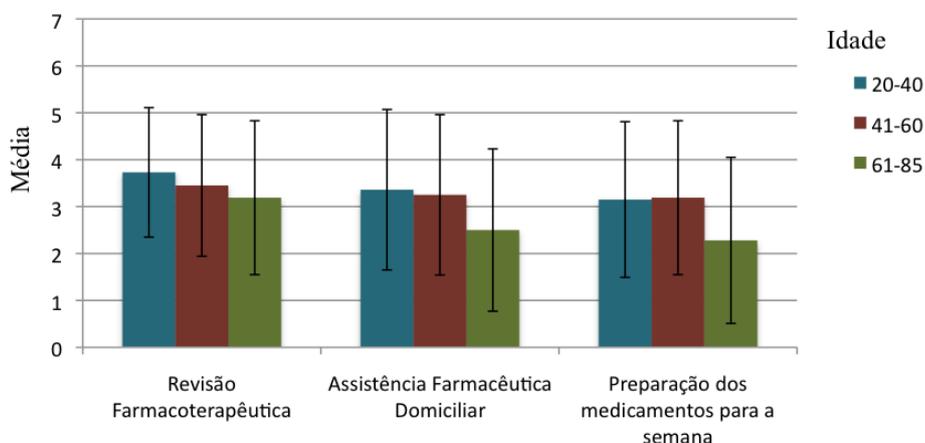
**Figura nº27:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS no sexo F e M



O p-value de todos (0,000 a 0,017) é inferior a  $\alpha = 0,05$ , o que indica que existem diferenças significativas entre as mulheres e os homens.

### Idade

**Figura nº28:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas diferentes FE



O p-value da Revisão farmacoterapêutica é de  $0,347 > \alpha = 0,05$ , e o da Assistência farmacêutica domiciliar é de  $0,062 > \alpha = 0,05$  o que indica que não existem diferenças

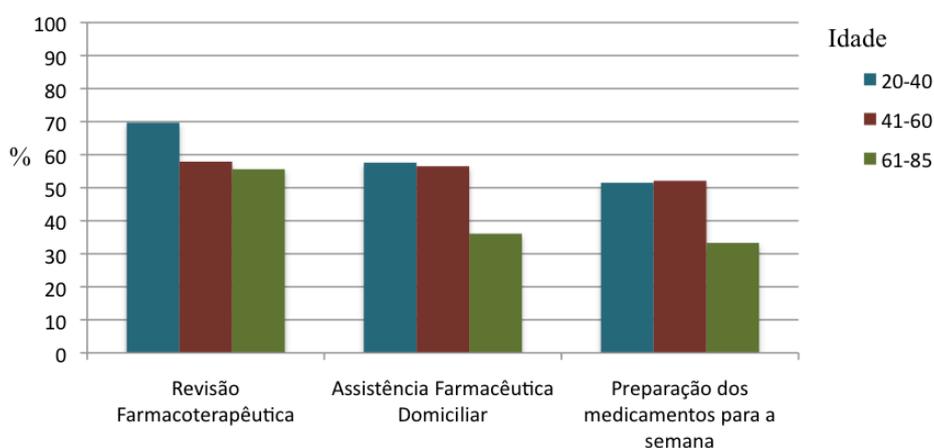
significativas entre os diferentes grupos etários. Enquanto que o p-value da Preparação dos medicamentos para a semana é de  $0,024 < \alpha = 0,05$ , indicando que existem diferenças significativas entre as faixas etárias.

A média do nível de interesse na Revisão farmacoterapêutica entre as diferentes idades não varia muito.

Existe uma pequena diferença no nível de interesse dos idosos na Assistência Farmacêutica Domiciliar (2,5), e na Preparação dos medicamentos para a semana (2,28).

As faixas etárias dos 20 aos 40 anos e dos 41 aos 60 anos, possuem em média interesse por estes dois serviços.

**Figura nº29:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI na RF, AFD e PMS nas diferentes FE



As diferenças entre as percentagens das pessoas que possuem interesse na Revisão farmacoterapêutica, entre as diversas idades, são pequenas, pois as pessoas percebem que é um serviço com elevada importância, que tem como objetivo detectar PRM e RNM de forma a melhorar a qualidade de vida dos doentes.

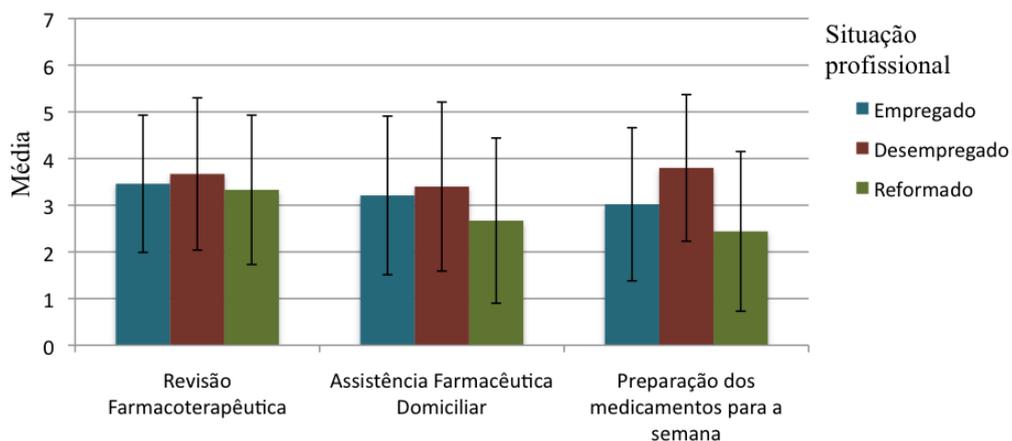
Ocorre uma diminuição no nível de interesse dos idosos na Assistência Farmacêutica Domiciliar (36,1%), e na Preparação dos medicamentos para a semana (33,3%). Relativamente ao primeiro serviço, os mais idosos poderão não ter muito interesse por vergonha das condições das suas casas, ou porque simplesmente preferem ir à farmácia devido ao isolamento.

Relativamente à Preparação dos medicamentos para a semana, poderá ser devido ao facto de os idosos terem mais tempo para organizar a medicação, ou porque simplesmente não querem admitir que precisam de ajuda, dizendo que já sabem porque já tomam a medicação à muito tempo, quando na realidade são os que cometem mais erros.

Nas faixas etárias dos 20 aos 40 anos e dos 41 aos 60 anos, verifica-se de uma forma geral, que possuem interesse por estes dois serviços. O interesse pela Preparação dos medicamentos para a semana poderá ser porque não possuem tempo para organizar a medicação, ou poderão querer para auxílio dos mais idosos, por serem os cuidadores. Relativamente à Assistência farmacêutica domiciliar, as razões poderão também ser por falta de tempo para irem à farmácia fazer a revisão farmacoterapêutica, ou por necessitarem que o façam pelos familiares mais idosos.

### Situação profissional

**Figura nº30:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas diferentes SP



O p-value da Revisão farmacoterapêutica é de  $0,764 > \alpha = 0,05$ , e o da Assistência farmacêutica domiciliar é de  $0,201 > \alpha = 0,05$  o que indica que não existem diferenças significativas entre as diferentes situações profissionais. Enquanto que o p-value da Preparação dos medicamentos para a semana é de  $0,024 < \alpha = 0,05$ , indicando que

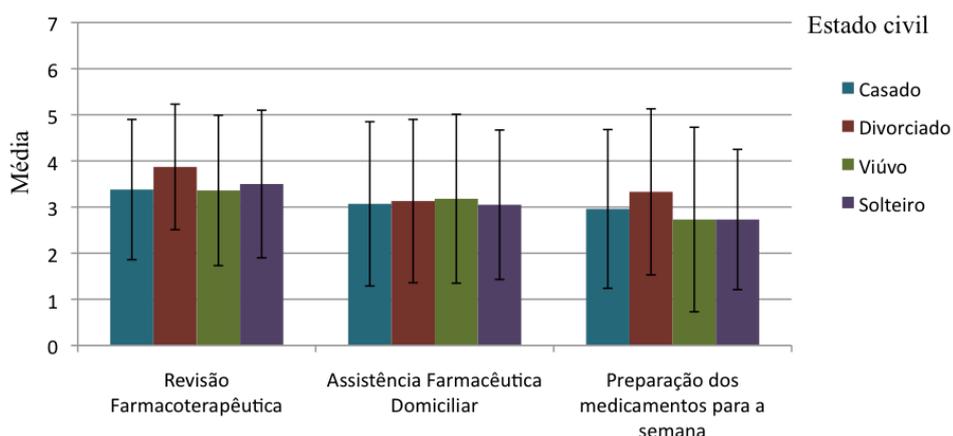
existem diferenças significativas entre as diferentes situações profissionais.

Na revisão farmacoterapêutica volta-se a observar um bom nível de interesse médio.

Relativamente aos outros serviços observa-se o mesmo que na situação anterior, pois os reformados, sendo as pessoas compreendidas entre os 61 e os 85 anos, continuam a não possuir muito interesse por estes serviços. Nas pessoas empregadas e desempregadas também se mantém o mesmo nível de interesse, apesar de ser esperado que as pessoas empregadas tivessem um nível de interesse superior ao observado nos últimos dois serviços devido à falta de tempo para ir à farmácia e para controlar a medicação.

### Estado civil

**Figura nº31:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nos diferentes estados civis

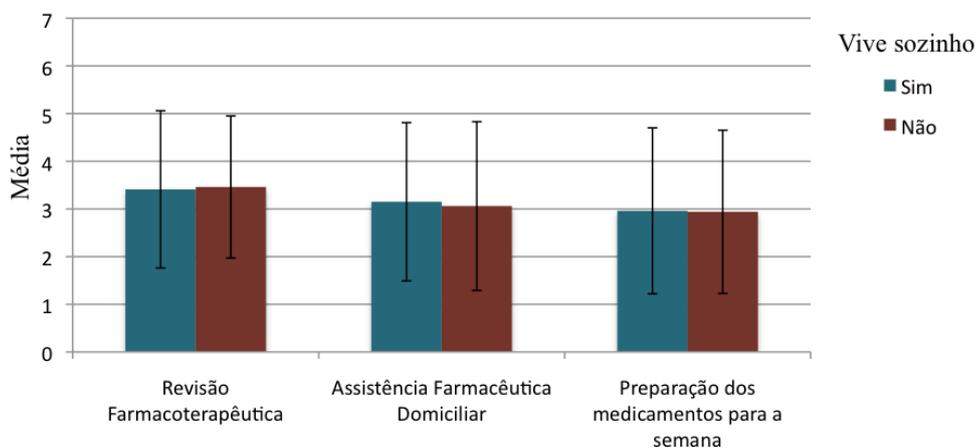


Visto que os p-value obtidos são superiores a  $\alpha = 0,05$ , verifica-se que não existem diferenças significativas entre os diferentes estados civis.

Apenas se observa-se uma diminuição do nível de interesse no serviço de preparação dos medicamentos para a semana, nos inquiridos casados (2,89) e viúvos (2,73). Nos casados é justificado pelo facto de terem alguém que ajude a controlar a medicação. Nos viúvos, é devido ao facto de 81,8% dos viúvos encontram-se no grupo etário dos 61 aos 85 anos, voltando a existir a explicação mencionada previamente.

## Vive sozinho

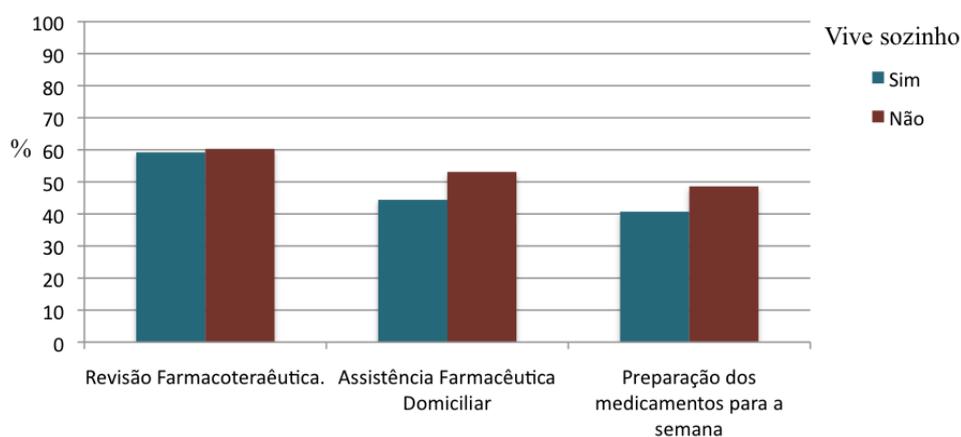
**Figura nº32:** gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas PVS e PNVS



Visto que os p-value obtidos são superiores a  $\alpha = 0,05$ , verifica-se que não existem diferenças significativas entre as pessoas que vivem sozinhas e as que não vivem.

Nas médias não se observam grandes diferenças entre as pessoas que vivem sozinhas e as que não vivem.

**Figura nº33:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI na RF, AFD e PMS nas PVS e PNVS

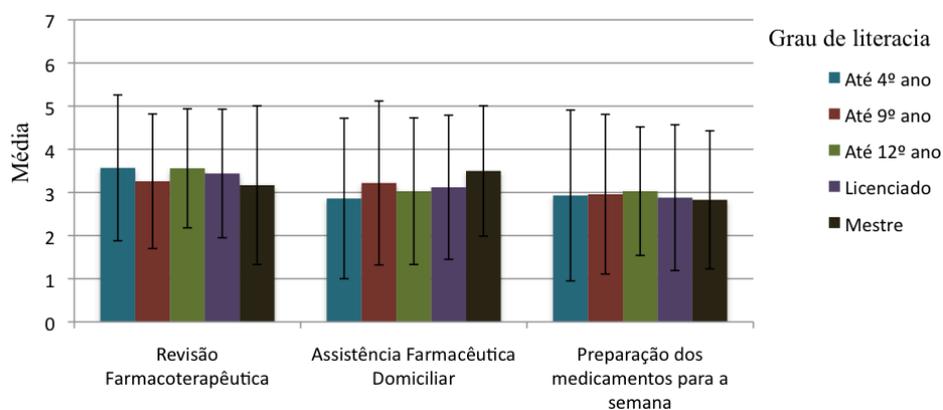


Neste quadro observa-se que as pessoas que vivem sozinhas, possuem uma % inferior de número de pessoas que têm interesse e muito interesse pelo serviço de Assistência

farmacêutica domiciliar (44,4%) e de Preparação dos medicamentos para a semana (40,7%). Seria de se esperar que as pessoas que vivem sozinhas tivessem mais interesse pelo serviço de Preparação de medicamentos para a semana dos que as que não vivem sozinhas, pois não têm que os ajude com a medicação. Estes resultados podem ocorrer por 44,4 % das pessoas que vivem sozinhas serem idosas, influenciando os resultados pelo que já foi dito.

### Grau de literacia

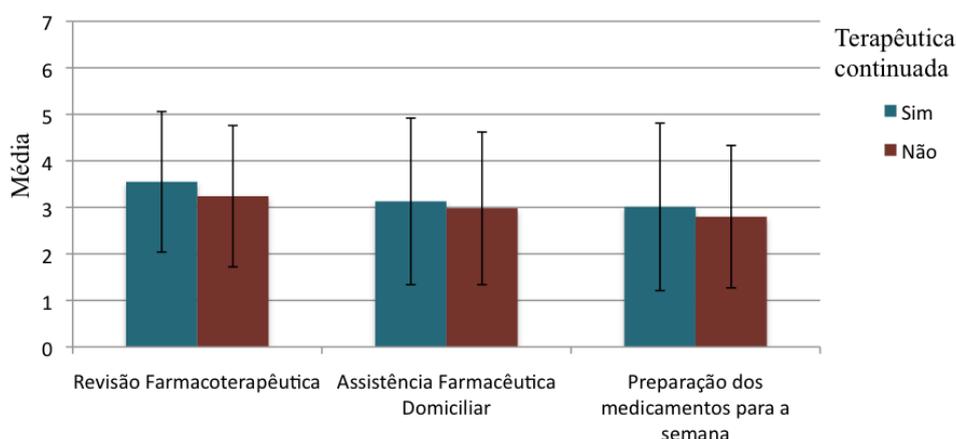
**Figura nº34:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nos diferentes graus de literacia



Sendo que os valores de p-value obtidos são superiores a  $\alpha = 0,05$ , verifica-se que não existem diferenças significativas entre os diferentes graus de literacia.

## Terapêutica Continuada

**Figura nº35:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse na RF, AFD e PMS nas PTC e PNTC

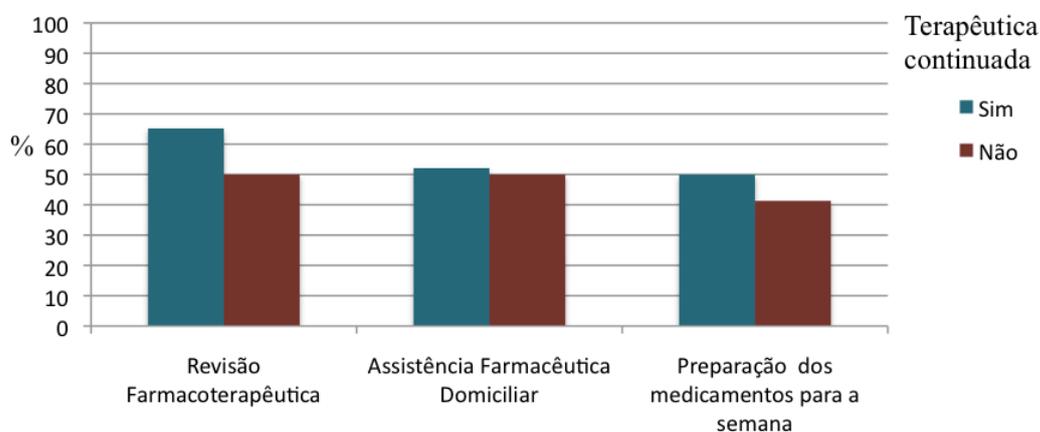


Visto que os valores de p-value obtidos são superiores a  $\alpha = 0,05$ , verifica-se que não existem diferenças significativas entre as pessoas que fazem terapêutica continuada.

Como seria de se esperar, as pessoas que fazem terapêutica continuada possuem um nível de interesse superior por estes serviços.

As médias não diferem muito entre as pessoas que fazem terapêutica continuada e nas que não fazem.

**Figura nº36:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI na RF, AFD e PMS nas PTC e PNTC

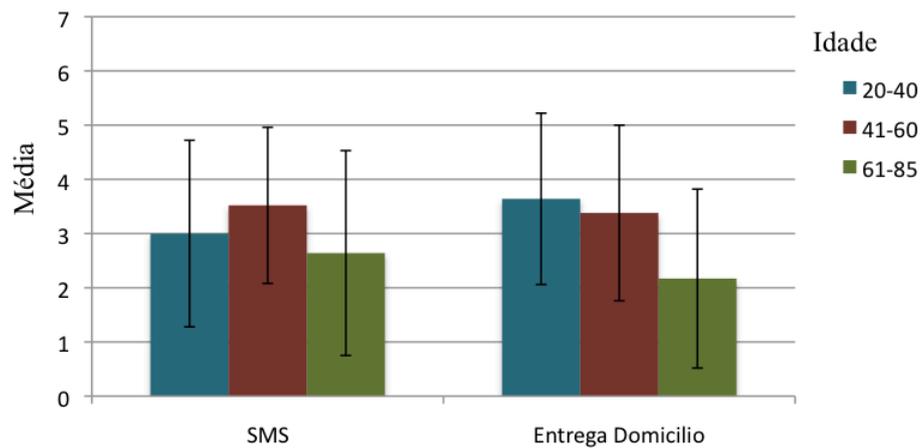


As percentagens dos inquiridos que não fazem terapêutica continuada, são apenas ligeiramente inferiores aos que fazem. Isto poderá ser devido a um interesse para os seus familiares ou poderão simplesmente ter interesse que a farmácia tenha este serviço para quando o necessitarem.

## Alertas personalizados (SMS) e Entrega ao domicílio

### Idade

**Figura nº37:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos Alertas personalizados (SMS) e na Entrega ao domicílio nas diferentes faixas etárias

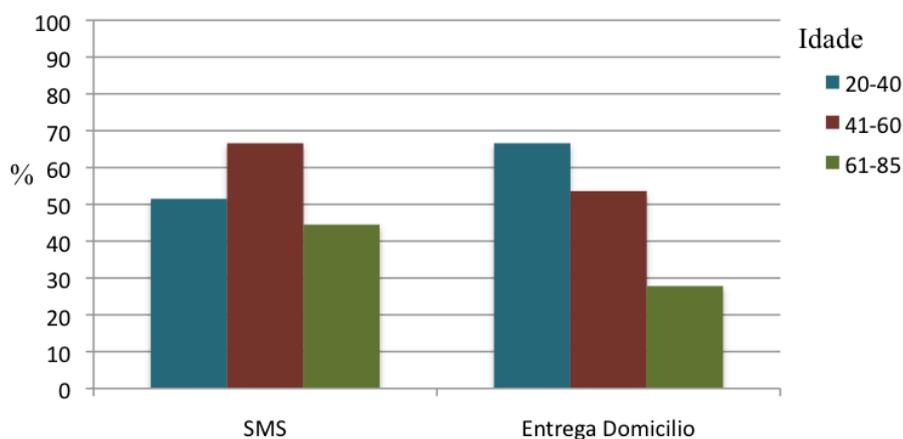


Sendo o p-value do SMS,  $0,028 < \alpha = 0,05$ , e o da Entrega ao domicílio,  $0,000 < \alpha = 0,05$ , revela que existem diferenças significativas entre os diferentes grupos etários.

Os dois primeiros grupos etários, possuem um bom nível de interesse pelo serviço de SMS (3 e 3,52), e pela Entrega ao domicílio (3,64 e 3,38).

Observa-se uma grande diminuição do nível de interesse tanto no serviço de Alertas personalizados (SMS) (2,64), como pela Entrega ao domicílio (2,17), no intervalo de idades dos 61 aos 85 anos.

**Figura nº38:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas diferentes FE

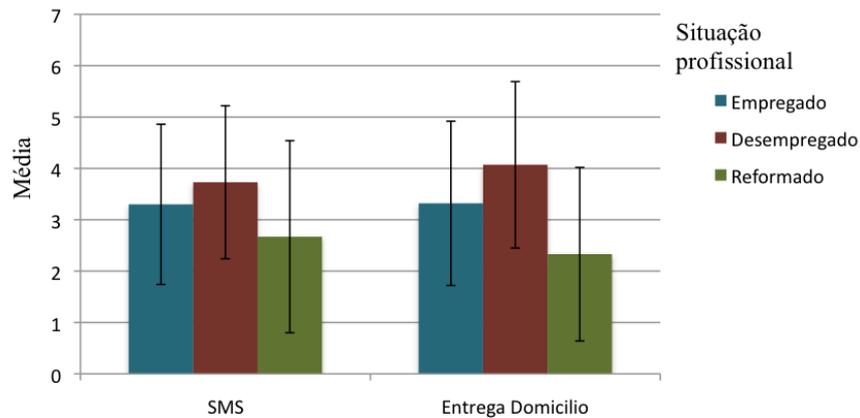


Nas percentagens, volta-se a observar nos dois primeiros grupos etários, um elevado nível de interesse pelo serviço de SMS (51,5% e 66,6%), e pela Entrega ao domicílio (66,6% e 53,6%), visto que como a maioria se encontra empregado (60,9% dos inquiridos), não possui muito tempo para controlar o stock, ocorrendo o risco de ficarem sem tomar a medicação durante alguns dias, pois outra razão é o não terem muito tempo para ir à farmácia, tendo interesse no serviço de entrega ao domicílio.

Nos idosos observa-se de forma geral, uma redução do interesse por estes serviços. Relativamente ao envio de SMS (44,5%), sempre que a medicação estiver terminar, esta diminuição poderá ser por os idosos não manusearem bem o telemóvel, como não trabalham, ao contrário dos outros grupos, têm mais tempo para o controlo do stock de medicamentos, ou porque por norma vão com frequência à farmácia. O nível de interesse pela entrega ao domicílio é menor nos idosos (27,8%), pois como vivem muito sozinhos, vão muitas vezes à farmácia, não necessitando deste serviço.

## Situação profissional

**Figura nº39:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas diferentes SP

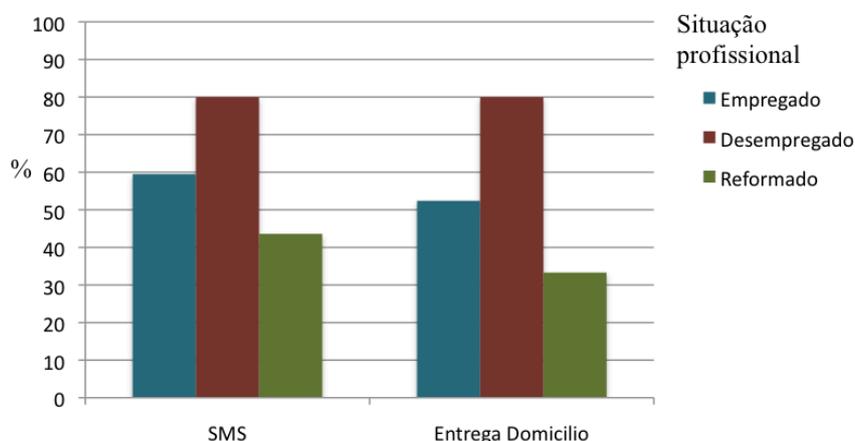


Visto que o p-value relativamente ao serviço de SMS é de  $0,055 > \alpha = 0,05$ , significa que não existem diferenças significativas entre as diversas situações profissionais. O serviço de entrega ao domicílio já possui um p-value de  $0,001 < \alpha = 0,05$ , existindo diferenças significativas entre as situações profissionais.

Os reformados, possuem uma média de interesse de 2,67 pelo serviço de Alertas personalizados (SMS) e de 2,33 pela Entrega ao domicílio.

Os desempregados possuem uma média de 3,73 no serviço de Alertas personalizados (SMS) 4,07 na Entrega ao domicílio.

**Figura nº40:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas diferentes SP



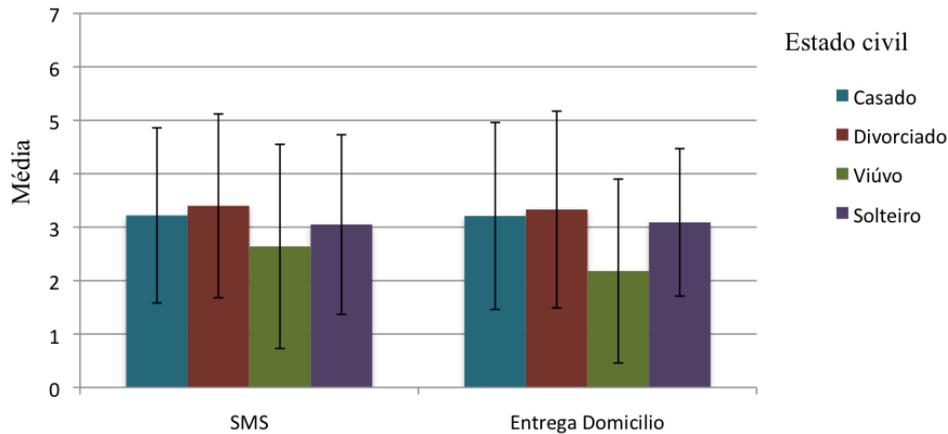
As pessoas que se encontram reformadas, possuem um nível de interesse inferior por estes serviços, pelas razões já referidas em relação aos idosos.

Ao contrário do que seria de esperar, os desempregados possuem um nível de interesse superior ao dos empregados pelo serviço de Entrega ao domicílio (80%). Uma possível razão, será por vergonha social, isto é, as pessoas indo à farmácia, estariam mais expostas à sua situação, outra razão poderá ser pelo custo das deslocações. Numa situação menos normal, por exemplo por doença, poderá ser útil as pessoas terem este serviço.

Relativamente ao serviço de SMS, os desempregados possuem interesse por ele (80%), pois mesmo tendo tempo para controlar o stock de medicamentos, este serviço ajuda a evitar falhas.

## Estado Civil

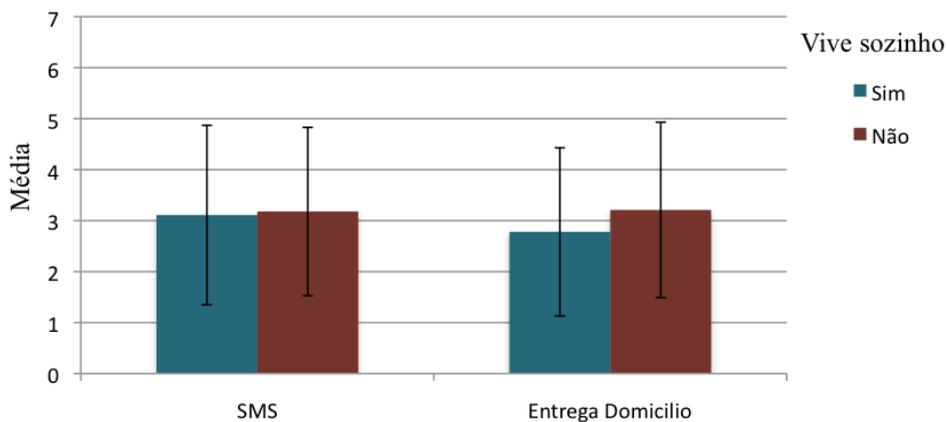
**Figura nº41:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas diferentes EC



Não existem diferenças significativas entre os diferentes estados civis, visto que o p-value (0,283 – 0,659) é superior ao  $\alpha = 0,05$ . As médias são idênticas, verificando-se apenas uma diminuição do interesse pelos viúvos, sendo que 81,8% são idosos, justificando-se pelo referido nas idades.

## Vive Sozinho

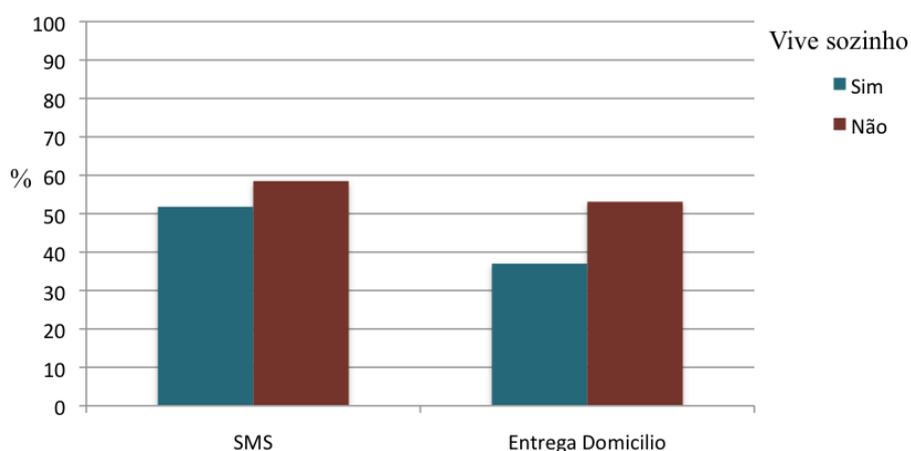
**Figura nº42:** Gráfico de barras das médias e respetivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas PVS e PNVS



O p-value do serviço de SMS é de  $0,848 > \alpha = 0,05$ , o que significa que não existem diferenças significativas entre as pessoas que vivem sozinhas e as que não vivem. O serviço de entrega ao domicílio possui um p-value de  $0,242 > \alpha = 0,05$ , logo também não existem diferenças significativas entre as pessoas que vivem sozinhas e as que não vivem.

Existe uma ligeira diminuição da média na Entrega ao domicílio (2,78) e nos Alertas personalizados (SMS) (3,11), nas pessoas que vivem sozinhas.

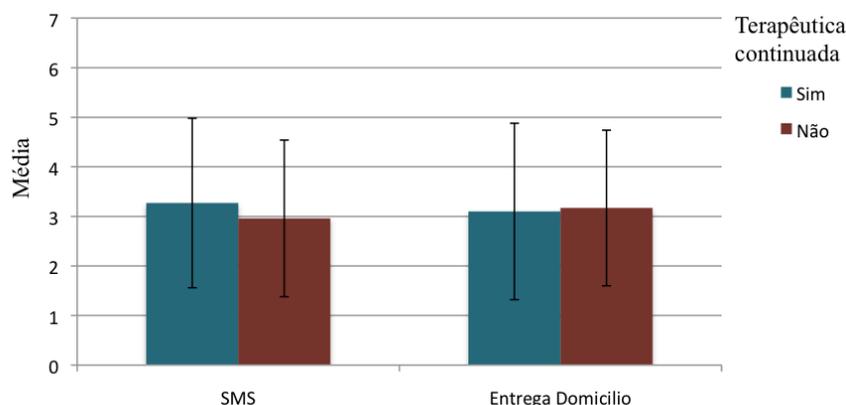
**Figura nº43:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas PVS e PNVS



Neste gráfico volta-se a observar a ligeira diminuição do interesse na Entrega ao domicílio (51,8%) e nos Alertas personalizados (SMS) (37%), nas pessoas que vivem sozinhas. que poderá ser por 44,4% das pessoas que vivem sozinhas, têm as idades compreendidas entre os 61 e os 85 anos, provocando uma pequena diminuição neste valor.

## Terapêutica Continuada

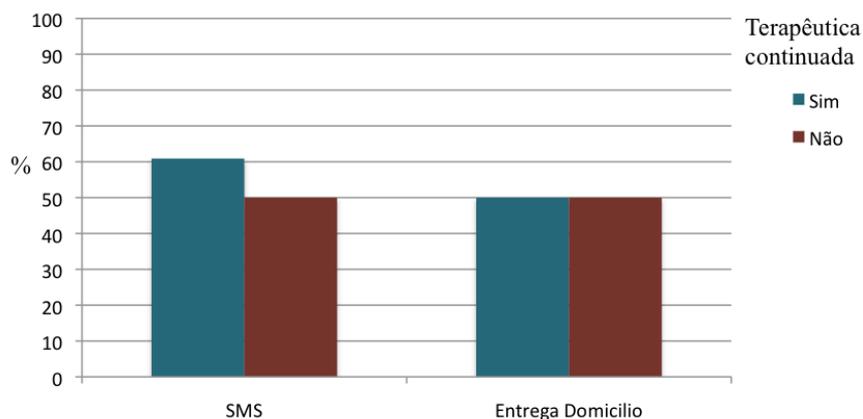
**Figura nº44:** Gráfico de barras das médias e respectivos desvios padrões do nível de interesse nos AP e ED nas PTC e PNTC



O p-value do serviço de SMS é de  $0,297 > \alpha = 0,05$ , o que significa que não existem diferenças significativas entre as pessoas que fazem terapêutica continuada e as que não fazem. O serviço de entrega ao domicílio possui um p-value de  $0,806 > \alpha = 0,05$ , logo também não existem diferenças significativas entre as pessoas que fazem terapêutica continuada e as que não fazem.

As pessoas que não fazem terapêutica continuada possuem um nível de interesse pelo serviço de SMS inferior (2,96). Enquanto que as médias do interesse pela Entrega ao domicílio são semelhantes (3,1 e 3,17).

**Figura nº45:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI nos AP e ED nas PTC e PNTC



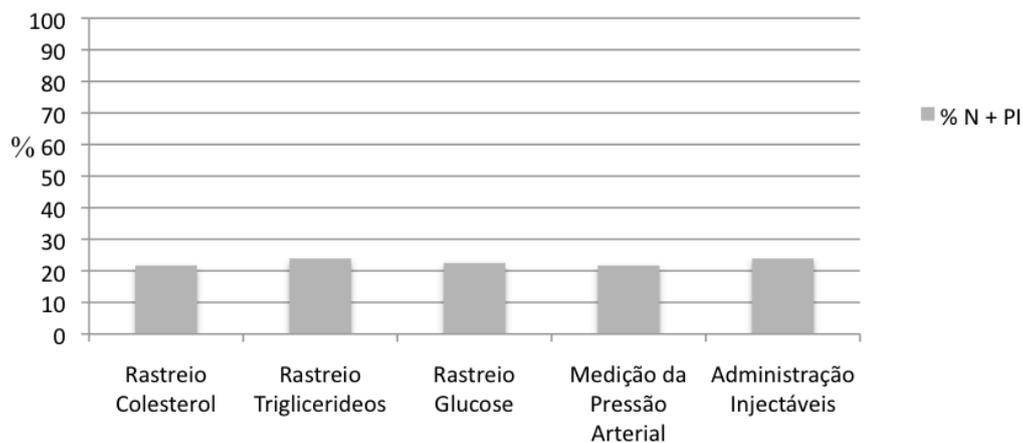
Como se pode observar, as pessoas que fazem terapêutica continuada possuem um nível de interesse pelo serviço de SMS superior (60,9%), o que seria de se esperar pois precisam dele. Nas pessoas que não fazem terapêutica continuada só não é menor (50%), pois poderá vir a interessar num futuro próximo.

A percentagem do nº de pessoas com I e MI pela Entrega ao domicílio é igual (50%), pois para além da medicação continua, mas também existem situações pontuais, em que as pessoas necessitam de medicação.

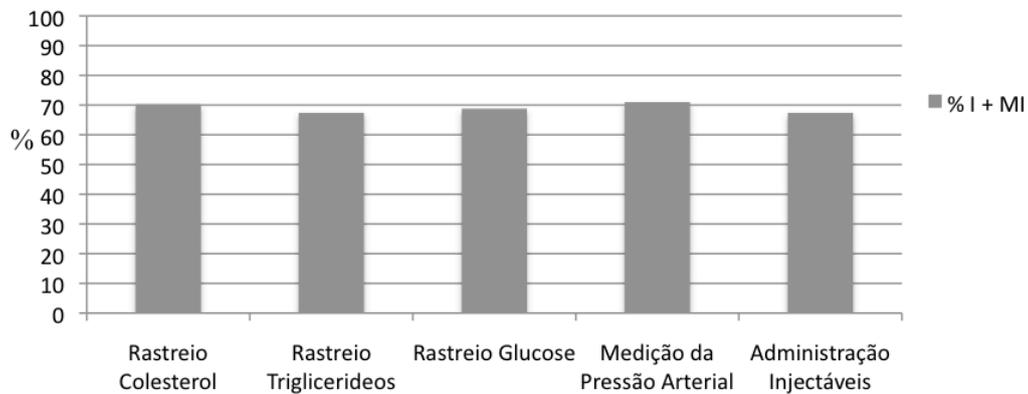
## Discussão resultados Geral

### Rastreios, Medição da Pressão arterial e Administração de vacinas não incluídas no plano de vacinação e outros injetáveis

**Figura nº46:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com Nenhum Interesse (NI) e Pouco Interesse (PI) em Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis



**Figura nº47:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis

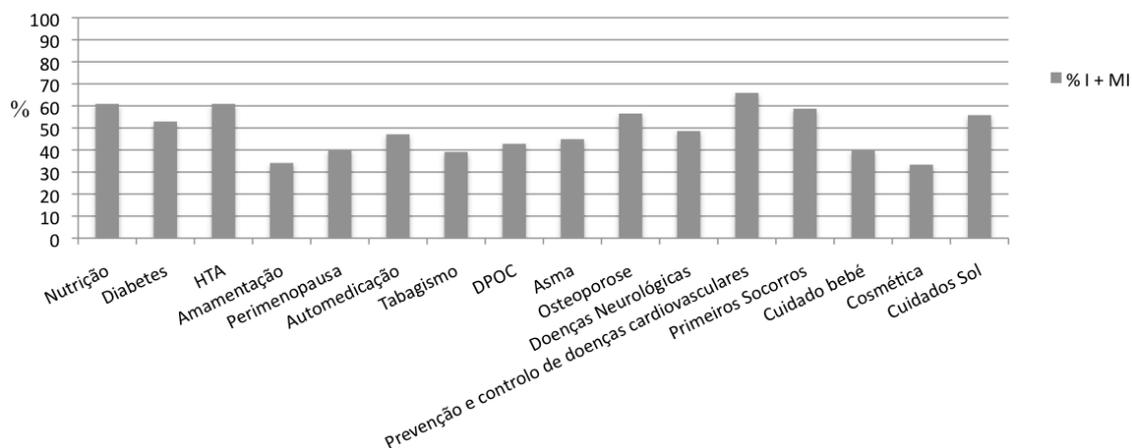


Os resultados observados nos rastreios e medição da pressão arterial, revelam que a maioria das pessoas têm um nível de interesse elevado por estes serviços, o que indica que existe cada vez mais uma consciencialização da necessidade da prevenção e controlo de uma série de patologias, que pode ser feita através da medição destes parâmetros bioquímicos.

Relativamente à administração de vacinas não incluídas no PNV e de outros injetáveis, existe um elevado nível de interesse, tanto por não haver um grande tempo de espera nas farmácias, assim como por não se terem de deslocar para obterem este serviço, visto que a compra de vacinas e outros injetáveis é feita na farmácia.

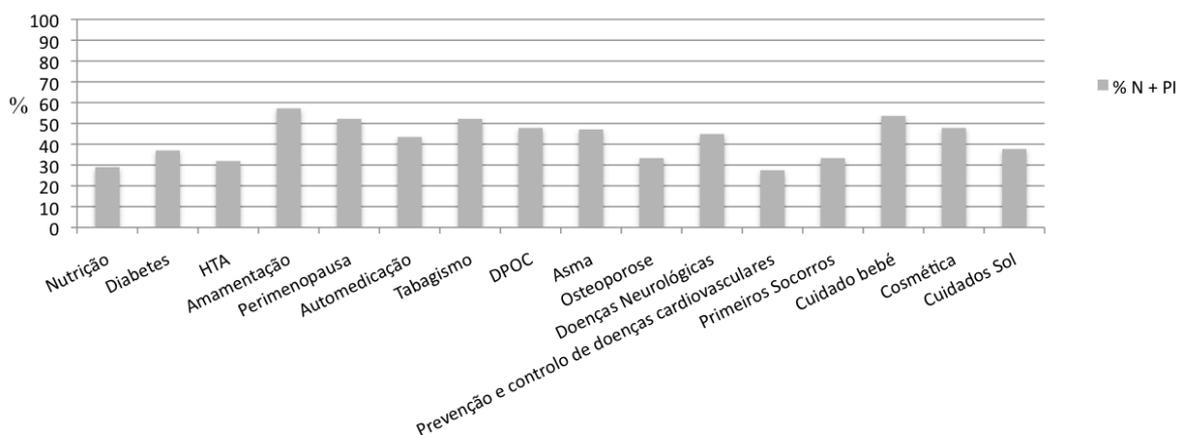
## Educação para a saúde

**Figura nº48:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em ES



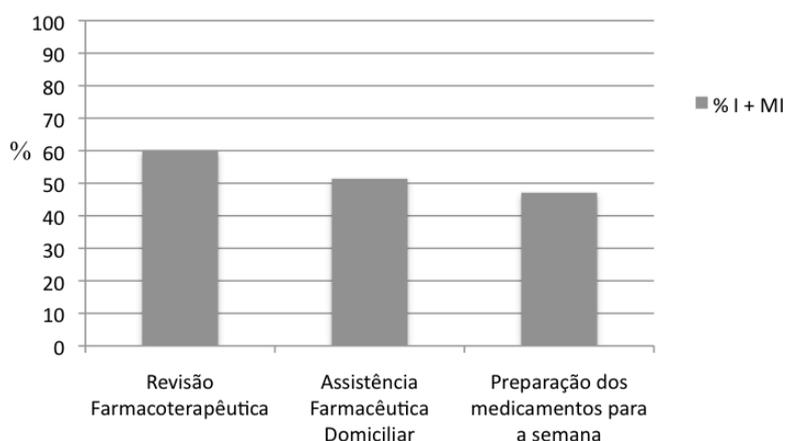
Neste Gráfico relativo à Educação para a saúde, pode-se observar que de uma forma geral os temas que possuem um nível de interesse superior são o de Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (65,9%), Nutrição (60,9%) e HTA (60,9), o que demonstra um aumento da noção do grande interesse que estes temas possuem, fazendo com que as pessoas se queiram informar mais. É portanto, imperativo, que as farmácias vão de encontro deste interesse demonstrado por estes temas, reduzindo a prevalência não apenas de doenças cardiovasculares, como de muitas outras doenças crónicas, de modo a que as pessoas melhorem a sua qualidade de vida.

**Figura nº49:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com NI e PI em ES

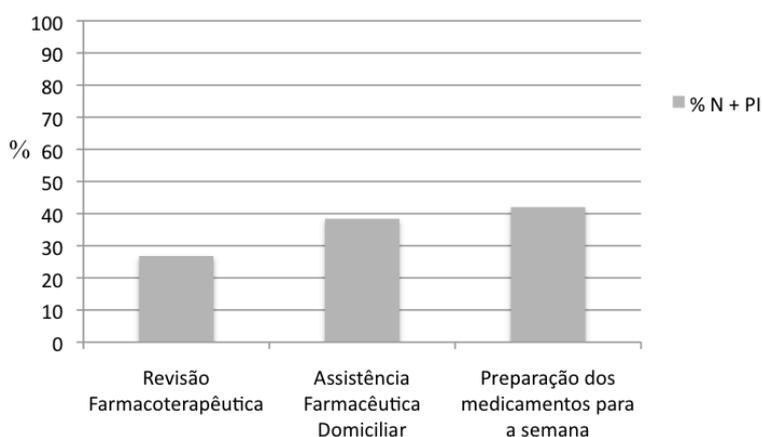


## Revisão Farmacoterapêutica, Assistência Farmacêutica Domiciliar e Preparação dos medicamentos para a semana

**Figura nº50:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em RF, AFD e PMS



**Figura nº51:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com NI e PI em RF, AFD e PMS

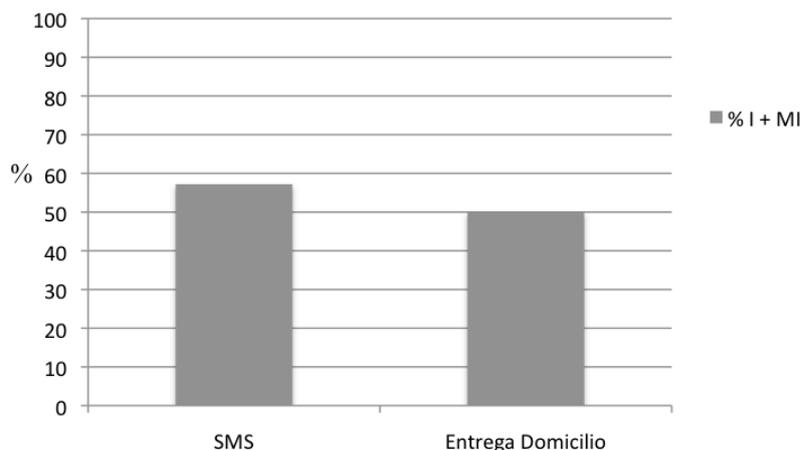


Os inquiridos, de uma forma geral, demonstraram possuir um bom nível de interesse pelos serviços de Revisão Farmacoterapêutica, Assistência Farmacêutica Domiciliar e Preparação dos medicamentos para a semana, cabendo agora às farmácias, implementar estes serviços, aumentando a adesão à terapêutica, diminuindo os PRM e RNM, aumentando a qualidade de vida das pessoas.

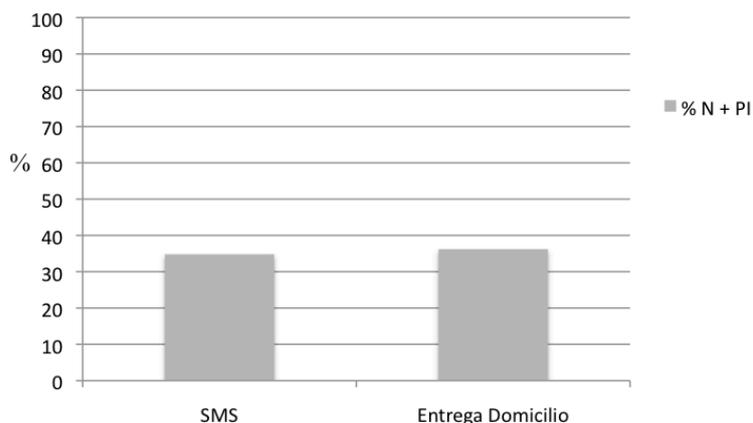
Deve-se oferecer incansavelmente o serviço de seguimento terapêutico. E só assim, as pessoas o perceberam, aceitaram e reclamaram. E nesse caso, os governos deveriam pagar este serviço . Mas o Estado, devido à conjuntura atual, tem de fazer mais com menos e isto pode passar pela remuneração de que lhe gera poupança, por isso se os serviços geram poupança, então devem ser financiados. Sendo preciso primeiro, demonstrar essa evidência.

### Alertas personalizados (SMS) e Entrega ao domicilio

**Figura nº52:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com I e MI em AP e ED



**Figura nº53:** Gráfico de barras das percentagens de pessoas com NI e PI AP e ED.



Mais de metade dos inquiridos possuem interesse pelos serviços de Alertas personalizados (SMS) e Entrega ao domicílio. O que é positivo, visto que o objetivo do serviço de SMS é aumentar a adesão da terapêutica dos utentes e aumentar a sua fidelidade. Relativamente à Entrega ao domicílio, existem também bastantes pessoas interessadas no serviço, pois facilita a vida das pessoas que possuem dificuldades de deslocação, assim como também pessoas com falta de tempo.

## **Conclusão**

Pode-se assumir, que de uma forma geral, existe de facto, um elevado número de pessoas interessadas nos serviços farmacêuticos incluídos no questionário, tendo sido identificado interesse em serviços que a maioria das farmácias já possuem, como rastreios, medição da pressão arterial, administração de vacinas não incluídas no PNV e de outros injetáveis, e em serviços menos implementados como a Educação para a saúde, Revisão Farmacoterapêutica, Assistência Farmacêutica Domiciliar, Preparação dos medicamentos para a semana, Alertas personalizados (SMS) e Entrega ao domicílio.

Tendo sido detetadas as necessidades dos utentes, pode-se considerar que os primeiros passos para oferecer os serviços farmacêuticos, são a adequada estruturação do espaço físico da farmácia, especificamente a implementação da ZAP, e a mudança de mentalidade do farmacêutico, de forma a se oferecer um serviço de qualidade, onde toda a gente ganha, os utentes, os farmacêuticos e a farmácia.

Com a implementação dos serviços farmacêuticos, as farmácias poderão contribuir nos cuidados de saúde primários, atuando em complementaridade ao Sistema Nacional de Saúde, assumindo um papel cada vez mais importante na prevenção e promoção da saúde pública.

## **Bibliografia**

Ahlquist, G., Javanmardian, M. e Kaura, A. (2010). *The Pharmacy solution*. Strategy+Business. Chicago, Spring. Issue 58.

Baena, I. (2004). *Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada*. Madrid, Ergon.

Barris, J. e Inma, R. (2010). Las farmácia orientadas al servicio y su estructura. Soluciones para farmácias de distintos tamaños. In: “*Módulo 1 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria.*”. Madrid, SEFAC, pp. 31-50.

Berenger, B., La Casa, C., de la Marta, M.J. e Martín-Calero, M.J. (2004). *Pharmaceutical Care: Past, Present and Future*. Current Pharmaceutical Design, Vol. 10, pp. 3931-3946

*Boletim do Trabalho e Emprego*, n.o 21, 8/6/2010

Branco, M., Paixão, E. e Nunes, B. (2011). *Vacinação antigripal da população portuguesa em 2009/2010: cobertura e características do acto vacinal*. INSA. Lisboa.

Cavaco, A.M., Dias, J. e Bates I. (2005). *Consumer perception of the community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study*. Pharmacy World & Science, Vol. 27, pp.54-60.

Cefar (2011). *Observatório da Farmácia, Análise de Mercado*. Agosto 2011 e

YTDAgo2011.

Cipolle, R.J., Strand, L.M. e Morley, P.C. (1998). *Pharmaceutical Care practice*. New York, McGraw-Hill.

Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Brasília DF. 2002.

Cortez-dias, N., Martins, S., Belo, A. e Fiuza, M. (2009). *Prevalência e Padrões de tratamento da Hipertensão arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal : Resultados do estudo VALSIM*. Revista Portuguesa de Cardiologia; 28 (5) : 499-523.

Council of Europe. Resolution ResAP (2001)2 concerning the pharmacist's role in the framework of health security (Adopted by the Committee of Ministers on 21 March 2001 at the 746th meeting of the Minister's Deputies) 2001.

Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro, Diário da República, n.º 229/2011 – I Série, Ministério da Saúde.

Departamento de qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). Ordem dos farmacêuticos. 3ª Edição. Junho de 2009.

Departamento de qualidade. Norma de Orientação Farmacêutica. Administração de Medicamentos Injectáveis. Ordem dos farmacêuticos. 1ª edição. Janeiro de 2009.

Dias, C., Gomes, C., Nunes, E., Ramos, M., Carreira, M. e Santos, N. (2011). *Avaliação da lei do tabaco em Portugal (2008-2010) : Primeira avaliação do impacto da aplicação da Lei do Tabaco*. Infotabac Relatório. Direcção-Geral da Saúde. INSA. Lisboa.

Documenting patient care services: Medication therapy management services. Module 5. (2007). American Pharmacists Association. Disponível em <<http://www.pharmacist.com>>. [Consultado em 15 Junho 2012].

Drucker, P.F. (2000). El management del siglo XXI. Edhasa.

Duarte, A., Nunes, F. e Martins, L. (2007). *Responsabilidade Social no sector das Farmácias em Portugal*. GEST\_IN/ISCTE, Estudos e pareceres da Ordem dos Farmacêuticos.

Ewles, L. e Simnett, I. (2003). Promoting health. A practical guide. 5ª Edição. London. Baillière Tindall.

**Farmácia Distribuição, Mensal n.º235, Setembro 2011, pp 17-20**

Fisk et al. (1993). *Tracking the evolution of the services marketing literature*. Journal of Retailing, Vol. 69, pp. 61-103.

Foro de Atención Farmacêutica. Documento de Consenso. (2008). Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacêuticos. ISBN 978-84-691-1243-4.

Foro de Atención Farmacêutica. Guía práctica para los servicios de Atención Farmacêutica en la Farmacia comunitária. (2010). Madrid. ISBN 978-84-693-1717-4.

Gans, John A. (2009). *The pharmacist will see you now*. Journal of American Pharmacists Association. Vol. 49, N.º 4, pp. 486-488.

Gastelurutia M.A. (2010). Descripción de servicios. *In: "Módulo 1 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria."*. Madrid, SEFAC, pp.

Gastelurrutia, M.A. (2005). Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacêutico en la farmacia comunitaria española. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Gastelurutia M.A. e Castrillón C. (2010). Servicio de seguimiento farmacoterapêutico. *In: "Módulo 3 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria."*. Madrid, SEFAC, pp.

Grupo de trabajo del COF de Cáceres. Sistema Personalizado de Dosificación (SPD). Cáceres: Colegio Oficial de Farmacêuticos de Cáceres; Junho 2011.

Hernández D., Castro M. e Dáder M. (2007). Método Dáder. *In: "Guia de seguimiento farmacoterapêutico"*. Tercera edición. Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica. Universidad de Granada.

Hartman, D.E. e Lindgren, J.H. Jr. (1993). "Consumer Evaluations of Goods and Services - Implications for Services Marketing", *Journal of Services Marketing*, 7, 2, 4 - 15.

Hepler, C. D. (1996). Pharmaceutical care. *Pharmacy World & Science*, Vol. 18, pp. 233-236.

Hepler, C. D. e Strand, L. M. (1990). *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. American Journal of Hospital Pharmacy. Vol. 47, pp. 533-543.

Hill, M. e Hill, A. (2008). Investigación por questionário. 2ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa.

Ibañez, J. e Caelles, N. (2010). Por qué la gestión en el marco sanitario. Misión y

valores en una farmácia. ¿ Qué es un servicio cognitivo?. In: “*Módulo 1 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria.*”. Madrid, SEFAC, pp. 1-27.

Iglésias, P. e Santos H. (2008). Seguimento Farmacoterapêutico. Boletim do centro de informação do medicamento. Ordem dos Farmacêuticos. GICUF. Disponível em <<http://www.pharmacare.pt/wp-content/uploads/file/seg.pdf>>. [Consultado em 10 Junho 2012].

Isanta, J.R. (2010). Servicio de determinación de indicadores bioquímicos. In: “*Módulo 3 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria.*”. Madrid, SEFAC, pp.

Keh, H.T. e Pang, J. (2010). *Customer Reactions to Service Separation*. Journal of Marketing: Vol. 74, No. 2, pp. 55-70.

Kotler, P. (2005). *El Marketing de los servicios profisionales*. Paidós empresas; 10, 265.

Kozma, C.M., Reeder, C.E. e Schulz, R.M. (1993). Economic, clinical and humanistic outcomes : a planning model for pharmaco-economic research. Clin Ther; 15(6): 1121-1132.

Krejcie, R.V. e Morgan, D.W. (1970). *Determining sample size for research activities*. Educational and psychological measurement. 30, 607-610.

Martín, I. (2010). Financiación de los servicios profisionales. In: “*Módulo 3 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria.*”. Madrid, SEFAC, pp.

Medicines Use Review (MUR) data requirements (2011). Disponível em <<http://www.nhsemployers.org>>. [Consultado em 15 Junho 2012].

Mosca, C., Castel-Branco, M., Caramona, M. e Figueiredo, I. ( 2012). *Efeito da adesão à terapêutica no estado de saúde do idoso*. Cuidados Farmacêuticos. 3as Jornadas Atlânticas.

Murjal, L., Machado, I. e Pádua F. (2002). *A situação de Saúde de Portugal em relação aos outros países europeus (EU 15)* ; Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

OPAS. Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos basados en APS 2009. GT SF-APS.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión de Tokio (1993) sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Pharm Care Esp* 1999;1(3):207-211.

Panel de expertos. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid:

Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

Portaria 1427/2007, de 2 de Novembro, Diário da República nº 211 – I Série, Ministério da Saúde.

Portaria 1429/2007, de 2 de Novembro, Diário da República nº 211 – I Série, Ministério da Saúde.

Portaria 1430/2007, de 2 de Novembro, Diário da República nº 211 – I Série, Ministério da Saúde.

Queirós, S. (2011). *Aspectos económicos do sector das farmácias : Uma análise da evolução dos últimos 5 anos*. Mestrado em Economia e Política da Saúde. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho.

Residency Program In Home Care. *American Journal Health-System Pharmacy.*, V.57, P.1786-1790, 2000.

Rodríguez, N. F. (2006). Introducción a la atención farmacéutica. Conceptos básicos. In : *“Consulta de Indicación Farmacéutica. Actuación del farmacéutico en la resolución de los trastornos leves de salud.”* Vigo. ISBN: C- 7896-06.

Serracanta, R.B. (2010). Servicio de Educación para la Salud. In: *“Módulo 3 – Curso de implantación y gestión servicios profesionales en farmacia comunitaria.”*. Madrid, SEFAC.

Serviços Farmacêuticos: Cobrar ou oferecer? (2010) Disponível em <[http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3285&Itemid=50](http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=3285&Itemid=50)> [Consultado em 5 Janeiro 2012].

Sílvia, C. (2011). Serviços Farmacêuticos: A perspectiva dos Farmacêuticos Comunitários. Mestrado em Marketing. Faculdade de Economia. Universidade do Porto.

Thompson M, Scott M, Thornton A, Honeywell M. (2000). Development Of A Pharmacy residency program in home care. Am. J. Health Syst. Pharm. Oct. 1;57(19):1786-90.

Vargo, S. L. e Lusch, R.F. (2004). *Envolving to a New Dominant Logic of Marketing*. Journal of Marketing. Vol. 68, N.º 1, pp. 1-17.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. e Berry, L.L. (1985). “Problems and Strategies in Services Marketing”, *Journal of Marketing*, 49, 33 - 46.

#### **Outras referências :**

[http://bte.gep.mtss.gov.pt/completos/2010/bte33\\_2010.pdf](http://bte.gep.mtss.gov.pt/completos/2010/bte33_2010.pdf)

<http://www.ine.pt>

<http://www.venalink.es/>

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>.

## **Anexos**

## Índice de Anexos

I - Norma de orientação farmacêutica : Administração de medicamentos injetáveis ...	i
II - Legislação do serviço de Entrega ao domicilio .....	iv
III - Resultados da análise ANOVA .....	viii
IV – Questionário .....	xxv

## Índice de quadros Anexos

<b>Quadro a:</b> Teste ANOVA de comparação dos níveis de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis entre as diferentes FE .....	viii
<b>Quadro b:</b> Teste ANOVA de comparação dos níveis de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis entre as PVS e PNVS .....	ix
<b>Quadro c:</b> Teste ANOVA de comparação dos níveis de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis entre as PTC e as PNTC .....	x
<b>Quadro d:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre o sexo F e M .....	xi
<b>Quadro e:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre as diferentes FE .....	xiii
<b>Quadro f:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES nas diferentes SP .....	xv
<b>Quadro g:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre os diferentes EC .....	xv
<b>Quadro h:</b> Teste ANOVA de comparação das médias totais dos níveis de interesse nos temas de ES entre as PVS e as PNVS .....	xvii
<b>Quadro i:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre os diferentes graus de literacia .....	xvii
<b>Quadro j:</b> Teste ANOVA de comparação das médias totais dos níveis de interesse nos temas de ES entre as PTC e PNTC .....	xviii

<b>Quadro k:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre o sexo F e M .....	xviii
<b>Quadro l:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as diferentes FE .....	xix
<b>Quadro m:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as diferentes SP .....	xix
<b>Quadro n:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre os diferentes EC .....	xx
<b>Quadro o:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as PVS e PNVS .....	xx
<b>Quadro p:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre os diferentes graus de literacia .....	xxi
<b>Quadro q:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as PTC e PNTC .....	xxi
<b>Quadro r:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as diferentes FE .....	xxii
<b>Quadro s:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as diferentes SP .....	xxii
<b>Quadro t:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre os diferentes EC .....	xxiii
<b>Quadro u:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as PVS e PNVS .....	xxiii
<b>Quadro v:</b> Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as PTC e PNTC .....	xxiv

## **I - Norma de orientação farmacêutica : Administração de medicamentos injetáveis**

O Diretor Técnico da Farmácia é o responsável pela documentação, implementação, manutenção e melhoria contínua do processo administração de injetáveis e é responsável por todas as atividades com influência na garantia da qualidade deste serviço prestado pela Farmácia.

O processo administração de injetáveis em Farmácia deve ser orientado para a satisfação das necessidades do utente e do bom desempenho do Serviço Nacional de Saúde.

O Diretor Técnico deve garantir que os requisitos definidos nestas Boas Práticas são integralmente cumpridos e as atividades identificadas no processo administração de injetáveis são realizadas em conformidade com o determinado.

A documentação específica do processo deve incluir:

- a) Lista de profissionais afetos ao processo; suas responsabilidades, funções e evidências de formação;
- b) Procedimento de gestão do material e medicamentos necessários ao processo;
- c) Procedimento de emergência;
- d) Documento externo, circular da Direção Geral da Saúde ou outro editado pelas autoridades de saúde nacionais, referente às reações anafiláticas e seu tratamento.

Os registos específicos do processo incluem:

- a) O registo de administração;
- b) Os registos e certificação de formação continua dos profissionais;
- c) Dados referentes ao controlo da gestão de existências e prazos de validade do material e medicamentos usados em situações de emergência.

O Diretor Técnico deve:

- a) Assumir a responsabilidade por todos os atos profissionais praticados na farmácia;
- b) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos na legislação em vigor;
- c) Assegurar o cumprimento da política e dos objetivos da qualidade na Farmácia relativa a este serviço prestado aos doentes.
- d) Garantir a prestação de esclarecimentos ao doente sobre a administração do medicamento;
- e) Garantir que seja possível arquivar a cópia da prescrição médica;
- f) Garantir que os colaboradores que possam prestar o serviço tenham a competência necessária para a realização da atividade.
- g) Garantir que seja autorizada e disponibilizada a formação adequada para uma boa prática profissional;
- h) Supervisionar, responsabilizar, verificar e avaliar a qualidade do desempenho relativo às atividades delegadas nos seus colaboradores;
- i) Identificar os colaboradores que intervêm no processo mediante o uso de cartão contendo o nome e o título profissional;
- j) Manter os medicamentos em boas condições de armazenamento e cumprindo o ciclo do frio, se aplicável;
- k) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- l) Cooperar com as entidades relacionadas com a prestação do serviço e com as autoridades de saúde;
- m) Manter a independência face a possíveis interesses económicos, garantindo em todas as circunstâncias o interesse público e o melhor para a saúde da comunidade.

A administração de medicamentos injetáveis na Farmácia pode ser efetuada por todos os Farmacêuticos que assumam responsabilmente a competência.

É recomendável, que possuam:

- a) Diploma de curso de formação contínua teórica e prática, em administração de injetáveis e validado pela Ordem dos Farmacêuticos;
- b) Diploma de curso de suporte básico de vida, incluindo técnicas de reanimação cardiopulmonar, validado pela Ordem dos Farmacêuticos;

As instalações devem ser adequadas à atividade desenvolvida e à eficiência do funcionamento e ao volume de trabalho.

Devem igualmente, proporcionar condições de acessibilidade, comodidade, privacidade, segurança, higiene e conforto a todos os utilizadores.

A administração de medicamentos injetáveis é efetuada em sala :

- a) Facilmente acessível a doentes e profissionais;
- b) Cujo espaço permita a prestação dos serviços de saúde a que se destina;
- c) Adequada a um atendimento confortável, reservado, calmo e confidencial;
- d) Que possua e cumpra um plano e um procedimento documentado de limpeza e desinfeção;
- e) Cujas superfícies de trabalho, armários e prateleiras sejam em material liso e adequado para fácil lavagem e desinfeção;
- f) Equipada com contentores para recolha de material descartado e que siga as regras de recolha de resíduos biológicos;
- g) Os profissionais devem ter acesso a material de lavagem das mãos entre cada aplicação;
- h) Ter exposto em zona bem visível e facilmente acessível:
  - *i* Procedimento de emergência;
  - *ii* Circular da Direção Geral da Saúde ou outro documento externo oficial referente às reações anafiláticas e seu tratamento;

- *iii* Quadro resumo dos procedimentos e tratamento imediato da anafilaxia;
- *iv* Lista de contactos urgente.
- 

A administração de medicamentos injetáveis implica a utilização de equipamento adequado, acessível, em bom estado de funcionamento e cumprindo o desempenho requerido.

Na Farmácia devem existir os seguintes equipamentos:

- a) Marquesa ou cadeira reclinável até posição horizontal;
- b) Armário para armazenamento do material necessário;
- c) Tabuleiro de trabalho, em material que permita lavagem e desinfeção;
- d) Contentores para recolha de resíduos: equiparados a urbanos, de risco biológico, contaminado ou suspeito de contaminação, material cortante e perfurante;
- e) Telefone;
- f) O equipamento mínimo necessário para tratamento inicial da anafilaxia.

A Farmácia deve determinar e rever os requisitos dos clientes relacionados com esta atividade e enunciar claramente a prestação deste serviços farmacêuticos.

A divulgação da prestação deste serviço deve ser feita em local bem visível e, quando aplicável, o respetivo preço.

O Diretor Técnico tutela a comunicação de todos os colaboradores com o utente e deve garantir a prestação dos esclarecimentos ao doente sobre a administração do medicamento, seus benefícios e riscos.

O farmacêutico deve ainda transmitir ao doente, de forma sistemática, todas as informações que considere necessárias sobre a terapêutica instituída, nomeadamente sobre os efeitos terapêuticos e eventuais efeitos secundários, interações ou contraindicações.

Após a administração de um medicamento injetável, e como forma de controlar o início de eventual reação anafilática, os doentes deverão permanecer sob observação durante 30 minutos, devendo haver um procedimento a adotar em caso de anafilaxia.

## **II - Legislação do serviço de Entrega ao domicílio**

De acordo com a Portaria n.º 1427/2007, de 2 de novembro de 2007, o pedido de dispensa de medicamentos para entrega ao domicílio pode ser feito nas farmácias ou nos locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, através do sítio eletrónico da farmácia, através de correio eletrónico, telefone ou através de telefax.

Esta portaria indica também que a entrega ao domicílio deve ser feita sob a supervisão de um farmacêutico, no caso de farmácia, ou de um farmacêutico ou técnico de farmácia, no caso de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica. Relativamente à informação necessária à adequada utilização do medicamento, é da responsabilidade do diretor técnico da farmácia ou do responsável técnico do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, consoante o caso.

As condições de entrega de medicamentos ao domicílio referidas nesta portaria são as seguintes:

- A entrega ao domicílio de medicamentos sujeitos a receita médica observa as disposições legais aplicáveis em relação à obrigatoriedade de apresentação de receita médica.
- A dispensa de medicamentos com entrega ao domicílio está limitada ao município onde se encontra instalada a farmácia e aos municípios limítrofes.
- A entrega de medicamentos ao domicílio só pode ser assegurada pela farmácia ou, no caso de medicamento não sujeito a receita médica pelo local autorizado à respetiva venda, onde o medicamento é solicitado.
- Ao transporte de medicamentos até ao domicílio do utente são aplicáveis, com as necessárias adaptações, as regras de transporte previstas nas boas práticas de distribuição de medicamentos.

Ainda na mesma Portaria, relativamente ao sítio da Internet, as farmácias e os locais de

venda de medicamentos não sujeitos a receita médica que dispensem medicamentos solicitados através da Internet devem dispor de um sítio eletrónico, individualizado, propriedade da farmácia ou do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, com as seguintes informações:

- a) Preço dos serviços prestados relacionados com a dispensa de medicamentos e respetiva entrega ao domicílio;
- b) Formas de pagamento aceites;
- c) Área geográfica em que a farmácia assegura a dispensa ao domicílio;
- d) Tempo provável para a entrega dos medicamentos solicitados;
- e) Nome do diretor técnico da farmácia ou do responsável técnico do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

As farmácias, ou os locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, detidas, geridas ou exploradas pela mesma pessoa singular ou sociedade comercial podem partilhar, conjuntamente, o sítio eletrónico previsto no número anterior.

Por fim, para comunicação prévia, a dispensa de medicamentos nos termos da presente portaria por parte das farmácias e dos locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica depende da comunicação prévia ao INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED, I. P.), do endereço do sítio referido no artigo anterior.

A comunicação prévia referida no número anterior obedece às regras definidas pelo conselho diretivo do INFARMED, I. P., para as comunicações das farmácias através da Internet.

### III - Resultados da análise ANOVA

**Quadro a:** Teste ANOVA de comparação dos níveis de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis entre as diferentes FE

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Rastreio Colesterol</b>	Between Groups	6,575	2	3,288	1,383	,254
	Within Groups	320,903	135	2,377		
	Total	327,478	137			
<b>Rastreio Triglicerideos</b>	Between Groups	5,833	2	2,917	1,191	,307
	Within Groups	330,493	135	2,448		
	Total	336,326	137			
<b>Rastreio Glucose</b>	Between Groups	4,808	2	2,404	1,028	,360
	Within Groups	315,598	135	2,338		
	Total	320,406	137			
<b>Medição Pressão Arterial</b>	Between Groups	4,066	2	2,033	,876	,419
	Within Groups	313,101	135	2,319		
	Total	317,167	137			
<b>Administração Injetáveis</b>	Between Groups	7,580	2	3,790	1,707	,185
	Within Groups	299,724	135	2,220		
	Total	307,304	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro b:** Teste ANOVA de comparação dos níveis de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis entre as PVS e PNVS

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Rastreo Colesterol</b>	Between Groups	1,586	1	1,586	,662	,417
	Within Groups	325,892	136	2,396		
	Total	327,478	137			
<b>Rastreo Triglicerideos</b>	Between Groups	2,805	1	2,805	1,144	,287
	Within Groups	333,522	136	2,452		
	Total	336,326	137			
<b>Rastreo Glucose</b>	Between Groups	2,146	1	2,146	,917	,340
	Within Groups	318,260	136	2,340		
	Total	320,406	137			
<b>Medição Pressão Arterial</b>	Between Groups	,012	1	,012	,005	,944
	Within Groups	317,155	136	2,332		
	Total	317,167	137			
<b>Administração Injetáveis</b>	Between Groups	3,412	1	3,412	1,527	,219
	Within Groups	303,892	136	2,234		
	Total	307,304	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro c:** Teste ANOVA de comparação dos níveis de interesse nos Rastreios, MPA e AV não incluídas no PNV e outros injetáveis entre as PTC e as PNTC

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Rastreo Colesterol</b>	Between Groups	2,087	1	2,087	,872	,352
	Within Groups	325,391	136	2,393		
	Total	327,478	137			
<b>Rastreo Triglicerideos</b>	Between Groups	3,261	1	3,261	1,332	,251
	Within Groups	333,065	136	2,449		
	Total	336,326	137			
<b>Rastreo Glucose</b>	Between Groups	1,917	1	1,917	,818	,367
	Within Groups	318,489	136	2,342		
	Total	320,406	137			
<b>Medição Pressão Arterial</b>	Between Groups	8,699	1	8,699	3,835	,052
	Within Groups	308,467	136	2,268		
	Total	317,167	137			
<b>Administração Injetáveis</b>	Between Groups	,293	1	,293	,130	,719
	Within Groups	307,011	136	2,257		
	Total	307,304	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro d:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre o sexo F e M

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Aulas Nutrição	Between Groups	32,194	1	32,194	14,737	,000
	Within Groups	297,110	136	2,185		
	Total	329,304	137			
Aulas Diabetes	Between Groups	28,026	1	28,026	10,998	,001
	Within Groups	346,554	136	2,548		
	Total	374,580	137			
Aulas HTA	Between Groups	41,811	1	41,811	16,894	,000
	Within Groups	336,594	136	2,475		
	Total	378,406	137			
Aulas Amamentação	Between Groups	26,350	1	26,350	10,688	,001
	Within Groups	335,274	136	2,465		
	Total	361,623	137			
Aulas Perimenopausa	Between Groups	56,441	1	56,441	25,032	,000
	Within Groups	306,639	136	2,255		
	Total	363,080	137			
Aulas Automedicação	Between Groups	16,555	1	16,555	6,294	,009
	Within Groups	355,080	135	2,630		
	Total	371,635	136			
Aulas Tabagismo	Between Groups	21,413	1	21,413	7,808	,006
	Within Groups	372,992	136	2,743		
	Total	394,406	137			
Aulas DPOC	Between Groups	30,589	1	30,589	11,168	,001
	Within Groups	372,491	136	2,739		
	Total	403,080	137			
Aulas Asma	Between Groups	25,369	1	25,369	9,182	,003
	Within Groups	375,733	136	2,763		

	Total	401,101	137			
Aulas Osteoporose	Between Groups	61,238	1	61,238	28,210	,000
	Within Groups	295,233	136	2,171		
	Total	356,471	137			
Aulas Doenças neurológicas	Between Groups	51,797	1	51,797	18,274	,000
	Within Groups	385,479	136	2,834		
	Total	437,275	137			
Aulas Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares	Between Groups	46,631	1	46,631	20,107	,000
	Within Groups	315,406	136	2,319		
	Total	362,036	137			
Aulas Primeiros Socorros	Between Groups	24,435	1	24,435	9,706	,002
	Within Groups	342,384	136	2,518		
	Total	366,819	137			
Aulas Cuidado Bebê	Between Groups	22,565	1	22,565	8,361	,004
	Within Groups	367,058	136	2,699		
	Total	389,623	137			
Aulas Cosmética	Between Groups	54,827	1	54,827	26,648	,000
	Within Groups	279,818	136	2,057		
	Total	334,645	137			
Aulas Cuidados Sol	Between Groups	29,183	1	29,183	11,613	,001
	Within Groups	341,774	136	2,513		
	Total	370,957	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro e:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre as diferentes FE

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AulasNutrição	Between Groups	21,500	2	10,750	4,715	,010
	Within Groups	307,804	135	2,280		
	Total	329,304	137			
AulasDiabetes	Between Groups	31,107	2	15,553	6,113	,003
	Within Groups	343,473	135	2,544		
	Total	374,580	137			
AulasHTA	Between Groups	13,046	2	6,523	2,410	,094
	Within Groups	365,360	135	2,706		
	Total	378,406	137			
AulasAmamentação	Between Groups	28,166	2	14,083	5,701	,004
	Within Groups	333,457	135	2,470		
	Total	361,623	137			
Aulas Perimenopausa	Between Groups	56,152	2	28,076	12,349	,000
	Within Groups	306,927	135	2,274		
	Total	363,080	137			
Aulas Automedicação	Between Groups	31,535	2	15,767	6,212	,003
	Within Groups	340,100	134	2,538		
	Total	371,635	136			
Aulas Tabagismo	Between Groups	44,899	2	22,449	8,671	,000
	Within Groups	349,507	135	2,589		
	Total	394,406	137			
Aulas DPOC	Between Groups	40,326	2	20,163	7,504	,001
	Within Groups	362,754	135	2,687		
	Total	403,080	137			
Aulas Asma	Between Groups	42,161	2	21,081	7,929	,001
	Within Groups	358,940	135	2,659		
	Total	401,101	137			

Aulas Osteoporose	Between Groups	19,087	2	9,543	3,819	,024
	Within Groups	337,384	135	2,499		
	Total	356,471	137			
Aulas Doenças Neurológicas	Between Groups	57,568	2	28,784	10,234	,000
	Within Groups	379,707	135	2,813		
	Total	437,275	137			
Aulas Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares	Between Groups	13,768	2	6,884	2,668	,073
	Within Groups	348,268	135	2,580		
	Total	362,036	137			
Aulas Primeiros Socorros	Between Groups	45,257	2	22,629	9,500	,000
	Within Groups	321,562	135	2,382		
	Total	366,819	137			
Aulas Cuidado Bebé	Between Groups	49,813	2	24,907	9,895	,000
	Within Groups	339,810	135	2,517		
	Total	389,623	137			
Aulas Cosmética	Between Groups	24,724	2	12,362	5,385	,006
	Within Groups	309,921	135	2,296		
	Total	334,645	137			
Aulas CuidadosSol	Between Groups	42,123	2	21,061	8,647	,000
	Within Groups	328,834	135	2,436		
	Total	370,957	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro f:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES nas diferentes SP

ANOVA					
Média Total Aulas					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24,901	2	12,450	7,391	,001
Within Groups	227,422	135	1,685		
Total	252,322	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro g:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre os diferentes EC

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Aulas Nutrição	Between Groups	12,282	3	4,094	1,730	,164
	Within Groups	317,022	134	2,366		
	Total	329,304	137			
Aulas Diabetes	Between Groups	8,479	3	2,826	1,034	,380
	Within Groups	366,101	134	2,732		
	Total	374,580	137			
Aulas HTA	Between Groups	6,033	3	2,011	,724	,540
	Within Groups	372,373	134	2,779		
	Total	378,406	137			
Aulas Amamentação	Between Groups	13,534	3	4,511	1,737	,162
	Within Groups	348,089	134	2,598		
	Total	361,623	137			
Aulas Perimenopausa	Between Groups	19,415	3	6,472	2,523	,060
	Within Groups	343,665	134	2,565		
	Total	363,080	137			

Aulas Automedicação	Between Groups	25,522	3	8,507	3,269	,024
	Within Groups	346,113	133	2,602		
	Total	371,635	136			
Aulas Tabagismo	Between Groups	15,829	3	5,276	1,868	,138
	Within Groups	378,577	134	2,825		
	Total	394,406	137			
Aulas DPOC	Between Groups	14,107	3	4,702	1,620	,188
	Within Groups	388,973	134	2,903		
	Total	403,080	137			
Aulas Asma	Between Groups	15,868	3	5,289	1,840	,143
	Within Groups	385,233	134	2,875		
	Total	401,101	137			
Aulas Osteoporose	Between Groups	4,119	3	1,373	,522	,668
	Within Groups	352,352	134	2,629		
	Total	356,471	137			
Aulas Doenças neurológicas	Between Groups	24,478	3	8,159	2,649	,052
	Within Groups	412,797	134	3,081		
	Total	437,275	137			
Aulas Prevenção e controlo de doenças cardiovasculares	Between Groups	8,359	3	2,786	1,056	,370
	Within Groups	353,677	134	2,639		
	Total	362,036	137			
Aulas Primeiros Socorros	Between Groups	20,791	3	6,930	2,684	,049
	Within Groups	346,028	134	2,582		
	Total	366,819	137			
Aulas Cuidado Bebê	Between Groups	22,234	3	7,411	2,703	,048
	Within Groups	367,389	134	2,742		
	Total	389,623	137			
Aulas Cosmética	Between Groups	19,781	3	6,594	2,806	,042
	Within Groups	314,864	134	2,350		
	Total	334,645	137			
Aulas Cuidados Sol	Between Groups	24,519	3	8,173	3,161	,027

	Within Groups	346,437	134	2,585		
	Total	370,957	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro h:** Teste ANOVA de comparação das médias totais dos níveis de interesse nos temas de ES entre as PVS e as PNVS

ANOVA					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Between Groups</b>	3,753	1	3,753	2,054	,154
<b>Within Groups</b>	248,569	136	1,828		
<b>Total</b>	252,322	137			

Fonte: Output de SPSS

**Quadro i:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos temas de ES entre os diferentes graus de literacia

ANOVA					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Between Groups</b>	12,978	4	3,244	1,803	,132
<b>Within Groups</b>	239,345	133	1,800		
<b>Total</b>	252,322	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro j:** Teste ANOVA de comparação das médias totais dos níveis de interesse nos temas de ES entre as PTC e PNTC

ANOVA					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Between Groups</b>	3,643	1	3,643	1,992	,160
<b>Within Groups</b>	248,680	136	1,829		
<b>Total</b>	252,322	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro k:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre o sexo F e M

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	35,110	1	35,110	17,112	,000
	Within Groups	279,035	136	2,052		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	24,522	1	24,522	8,560	,004
	Within Groups	389,601	136	2,865		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	16,510	1	16,510	5,832	,017
	Within Groups	385,026	136	2,831		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro I:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as diferentes FE

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	4,888	2	2,444	1,067	,347
	Within Groups	309,257	135	2,291		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	16,675	2	8,338	2,832	,062
	Within Groups	397,448	135	2,944		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	21,521	2	10,760	3,823	,024
	Within Groups	380,015	135	2,815		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro m:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as diferentes SP

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	1,252	2	,626	,270	,764
	Within Groups	312,893	135	2,318		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	9,714	2	4,857	1,621	,201
	Within Groups	404,410	135	2,996		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	21,594	2	10,797	3,836	,024
	Within Groups	379,942	135	2,814		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro n:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre os diferentes EC

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	3,211	3	1,070	,461	,710
	Within Groups	310,934	134	2,320		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	,199	3	,066	,021	,996
	Within Groups	413,924	134	3,089		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	3,835	3	1,278	,431	,731
	Within Groups	397,701	134	2,968		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro o:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as PVS e PNVS

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	,059	1	,059	,025	,873
	Within Groups	314,086	136	2,309		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	,157	1	,157	,052	,821
	Within Groups	413,966	136	3,044		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	,015	1	,015	,005	,944
	Within Groups	401,522	136	2,952		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro p:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre os diferentes graus de literacia.

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	2,282	4	,571	,243	,913
	Within Groups	311,863	133	2,345		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	3,139	4	,785	,254	,907
	Within Groups	410,984	133	3,090		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	,494	4	,123	,041	,997
	Within Groups	401,043	133	3,015		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro q:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse na RF, AFD e PMS entre as PTC e PNTC

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Revisão Farmacoterapêutica</b>	Between Groups	3,047	1	3,047	1,332	,250
	Within Groups	311,098	136	2,287		
	Total	314,145	137			
<b>Assistência Farmacêutica Domiciliar</b>	Between Groups	,710	1	,710	,234	,630
	Within Groups	413,413	136	3,040		
	Total	414,123	137			
<b>Preparação dos medicamentos para a semana</b>	Between Groups	1,308	1	1,308	,444	,506
	Within Groups	400,228	136	2,943		
	Total	401,536	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro r:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as diferentes FE

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Alertas Personalizados (SMS)</b>	Between Groups	19,644	2	9,822	3,668	,028
	Within Groups	361,523	135	2,678		
	Total	381,167	137			
<b>Entrega Domicílio</b>	Between Groups	46,067	2	23,033	8,813	,000
	Within Groups	352,839	135	2,614		
	Total	398,906	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro s:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as diferentes SP

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Alertas Personalizados (SMS)</b>	Between Groups	16,007	2	8,004	2,959	,055
	Within Groups	365,160	135	2,705		
	Total	381,167	137			
<b>Entrega Domicílio</b>	Between Groups	40,984	2	20,492	7,729	,001
	Within Groups	357,921	135	2,651		
	Total	398,906	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro t:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre os diferentes EC

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Alertas Personalizados (SMS)</b>	Between Groups	4,511	3	1,504	,535	,659
	Within Groups	376,656	134	2,811		
	Total	381,167	137			
<b>Entrega Domicílio</b>	Between Groups	11,129	3	3,710	1,282	,283
	Within Groups	387,777	134	2,894		
	Total	398,906	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro u:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as PVS e PNVS

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Alertas Personalizados (SMS)</b>	Between Groups	,104	1	,104	,037	,848
	Within Groups	381,063	136	2,802		
	Total	381,167	137			
<b>Entrega Domicilio</b>	Between Groups	4,005	1	4,005	1,379	,242
	Within Groups	394,901	136	2,904		
	Total	398,906	137			

Fonte: Output do SPSS

**Quadro v:** Teste ANOVA de comparação das médias dos níveis de interesse nos AP e ED entre as PTC e PNTC

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Alertas Personalizados (SMS)</b>	Between Groups	3,047	1	3,047	1,096	,297
	Within Groups	378,120	136	2,780		
	Total	381,167	137			
<b>Entrega Domicílio</b>	Between Groups	,178	1	,178	,061	,806
	Within Groups	398,728	136	2,932		
	Total	398,906	137			

Fonte: Output do SPSS

#### IV - Questionário

## Questionário

### Serviços Farmacêuticos

Sexo : Fêmeo \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

Idade : \_\_\_\_

Situação profissional : Empregado \_\_\_\_ Desempregado \_\_\_\_ Reformado \_\_\_\_

Estado civil : Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viúvo \_\_\_\_ Solteiro \_\_\_\_

Sozinho \_\_\_\_ Acompanhado \_\_\_\_

Filhos : Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ . Se sim, idade(s): \_\_\_\_\_

Netos : Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Grau de literacia : Até 4º Ano \_\_\_\_ Até 9ºAno \_\_\_\_ Até 12ºAno \_\_\_\_ Licenciado \_\_\_\_  
Mestre \_\_\_\_ Doutorado \_\_\_\_

Residência : Grande Porto \_\_\_\_ Outra \_\_\_\_\_

Contacto com a Farmácia : \_\_\_\_\_

Terapêutica continuada : Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Nos seguintes Serviços Farmacêuticos, como classificaria o seu nível de interesse :

Legenda : 1- N "Nenhum". 2- PI "Pouco interesse". 3- N "Neutro". 4- I "Interesse" 5- MI "Muito interesse".

MI	N	PI	N	I
1. Rastreio				
1.1. Colesterol	1	2	3	4 5
1.2. Triglicéridos	1	2	3	4 5
1.3. Glucose	1	2	3	4 5

2. Medição da Pressão Arterial	1	2	3	4	5
3. Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e outros injetáveis	1	2	3	4	5
4. Revisão Farmacoterapêutica (Aconselhamento do uso dos medicamentos)	1	2	3	4	5
5. Educação para a saúde (Aulas/Formações)					
5.1. Nutrição	1	2	3	4	5
5.2. Diabetes Mellitus	1	2	3	4	5
5.3. Hipertensão Arterial	1	2	3	4	5
5.4. Amamentação	1	2	3	4	5
5.5. Perimenopausa	1	2	3	4	5
5.6. Automedicação	1	2	3	4	5
5.7. Tabagismo	1	2	3	4	5
5.8. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	1	2	3	4	5
5.9. Asma	1	2	3	4	5
5.10. Osteoporose	1	2	3	4	5
5.11. Doenças Neurológicas (Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla)	1	2	3	4	5
5.12. Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares	1	2	3	4	5
5.13. Noções básicas de Primeiros Socorros	1	2	3	4	5
5.14. Cuidado do Bebê	1	2	3	4	5
5.15. Cosmética	1	2	3	4	5
5.16. Cuidados com o Sol	1	2	3	4	5
6. Prestação de assistência farmacêutica domiciliar	1	2	3	4	5
7. Alertas personalizados (envio de SMS sempre que a sua medicação estiver a acabar)	1	2	3	4	5
8. Preparação dos medicamentos para a semana	1	2	3	4	5
9. Entrega domicílio	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração.