

# IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PORTUGAL, SEIS ANOS DEPOIS

Sílvia Martins

Mestranda em Ciências Farmacêuticas, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Filipa Alves da Costa

Doutora em Farmácia, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Margarida Caramona

Professora catedrática, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Departamento de Farmacologia.

## Resumo

**Objetivos:** Avaliar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal; caracterizar a equipa técnica, as infraestruturas e o tipo de serviços que as farmácias portuguesas oferecem; analisar a evolução destes indicadores entre 2006 e 2012.

**Tipo de estudo:** Estudo observacional transversal.

**Local:** Farmácias comunitárias portuguesas.

**População:** Farmacêuticos comunitários a exercer em Portugal.

**Métodos:** Realizou-se um estudo observacional transversal, que contou com a colaboração da Ordem dos Farmacêuticos no envio de um *mailing* aos farmacêuticos comunitários registados na sua base de dados (n=6797). O instrumento utilizado para recolha da informação foi uma versão adaptada da Behavioral Pharmaceutical Care Scale, questionário composto por duas secções. A secção A caracterizou a farmácia, os seus recursos (por exemplo, profissionais) e serviços prestados e a secção B avaliou o tipo de serviços prestados aos últimos doentes que entraram na farmácia, referindo-se a um período temporal específico, recorrendo a descrições de situações variadas. Os resultados foram tratados com recurso ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.0.

**Resultados:** Responderam ao questionário farmacêuticos provenientes de 686 farmácias, correspondendo a uma taxa de resposta de 23,4 por cento. A equipa técnica era composta maioritariamente por farmacêuticos (M=3 farmacêuticos, DP=1,7; M=2 técnicos, DP=1,5). De entre os serviços mais presentes nas farmácias estiveram a medição da tensão arterial (99,9 por cento) e da glicemia (99 por cento). De notar, comparativamente a 2006, a franca implementação de novos serviços, nomeadamente as consultas de nutrição (63,2 por cento) e podologia (40,7 por cento). O *score* Behavioral Pharmaceutical Care Scale aumentou de 76,5 para 86,3 no período em análise, indicando uma maior oferta do serviço de cuidados farmacêuticos à população portuguesa.

**Conclusões:** Os dados recolhidos comprovam que as alterações legislativas recentes, nomeadamente a introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007 e da Portaria n.º 1429/2007, vieram assinalar profundas alterações no funcionamento das farmácias.

**Palavras-chave:** Cuidados farmacêuticos, serviços farmacêuticos, Behavioral Pharmaceutical Care Scale.

## Abstract

**Objectives:** To evaluate the level of implementation of pharmaceutical care in Portugal; to characterize the pharmaceutical team, the infrastructures and the types of services offered by Portuguese pharmacies; to analyze the evolution of these indicators between 2006 and 2012.

**Study Type:** Observational cross-sectional study.

**Location:** Portuguese Community Pharmacies.

**Population:** Community pharmacists practicing in Portugal.

**Methods:** A cross-sectional study was used, where the Portuguese Pharmaceutical Society enabled the mailing of the questionnaire to all registered community pharmacists (n = 6797). The tool used for data collection was an adapted version of the Behavioral Pharmaceutical Care Scale, consisting of two sections. Section A characterized the pharmacy structure, resources (e.g. professionals), and services and section B evaluated the type of services provided to patients who last entered the pharmacy referring to a specific time period, referring to descriptions of varied situations. Results were processed using *Statistical Package for the Social Sciences* version 19.0.

**Results:** 686 pharmacists responded to the questionnaire, representing a pharmacy response rate of 23,4%. The team comprised mostly pharmacists (M = 3 pharmacists, SD = 1,7; M = 2 technicians, SD = 1,5). The most common service offered was measurement of biochemical parameters, such as a blood pressure (99,9%) and glycaemia (99%). Worth noting the widespread implementation of new services, including nutrition (63,2%) and podiatry (40,7%) appointments. The Behavioral Pharmaceutical Care Scale score increased from 76,5 to 86,3 in the time period considered, indicating more offer of the pharmaceutical care service to the portuguese population.

**Conclusions:** Data collected in this study shows recent legislative changes, including the introduction of Decree-Law no.307/2007 and Decree no.1429/2007, led to profound changes in the functioning of pharmacies.

**Keywords:** Pharmaceutical care, pharmaceutical services, Behavioral Pharmaceutical Care Scale.

## Introdução

Os cuidados farmacêuticos surgiram com a necessidade de cuidados de saúde mais focados no doente e na melhoria da sua qualidade de vida. A primeira definição conhecida refere os cuidados farmacêuticos como todo o cuidado que um doente requer e recebe, assegurando o uso seguro e racional do medicamento<sup>1</sup>.

Hepler e Strand, conhecidos como os pais dos cuidados farmacêuticos, definem cuidados farmacêuticos como sendo toda a prestação de cuidados que envolve a dispensa dos medicamentos ao doente, com o principal objetivo de obter resultados no tratamento que melhorem a sua qualidade de vida. O farmacêutico tem assim responsabilidade na diminuição e prevenção da morbimortalidade associadas ao uso do medicamento, assumindo um papel incontestável na Saúde Pública<sup>2</sup>.

Com a publicação do Primeiro Consenso de Granada, em 1999, é proposta uma metodologia de trabalho para avaliar os resultados da farmacoterapia seguida pelos doentes, de modo a identificar, prevenir e resolver possíveis problemas relacionados com os medicamentos (PRM). Esta metodologia, conhecida como o método de Dáder, consiste na descrição por parte do doente dos medicamentos que utiliza e do seu estado de saúde num determinado momento, de modo a identificar PRM, sendo posteriormente realizadas as necessárias intervenções farmacêuticas para prevenir e resolver os PRM identificados. Numa fase final é feita a avaliação dos resultados obtidos e, se necessário, definido um plano de intervenção alternativo. Entende-se como PRM o sinal ou sintoma que o doente manifesta (potencial ou realmente) e que pode estar

relacionado com os medicamentos utilizados. Anos mais tarde, em 2002, ocorre uma nova publicação do Consenso de Granada que integra modificações que procuram esclarecer dúvidas e resolver dificuldades acerca da classificação de PRM anotadas no primeiro consenso<sup>3-5</sup>.

Posteriormente, os mesmos autores passam a defender o uso da terminologia «resultados negativos da medicação» (RNM), que são definidos como um resultado indesejável na saúde do doente associado ao uso ou falha na utilização da medicação. Esta última modificação teve implicações mais profundas, uma vez que passa apenas a considerar-se os efeitos reais, excluindo-se os potenciais<sup>6</sup>.

Nos últimos anos, diversos estudos têm sido realizados em torno das barreiras e facilitadores à implementação e disseminação dos cuidados farmacêuticos. Em alguns países, a sua implementação tem sido difícil e lenta, devido à ausência de reconhecimento profissional e económico por parte das autoridades de saúde<sup>7</sup>. A barreira à implementação mais frequentemente referida na literatura é a falta de formação dos farmacêuticos, seguida da falta de tempo e do desconhecimento acerca dos PRM<sup>8-9</sup>.

## Cuidados Farmacêuticos em Portugal

Com o objetivo da criação, divulgação e monitorização dos programas de cuidados farmacêuticos nas farmácias portuguesas, foi criado em 1999 o Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional das Farmácias (ANF). Mais tarde, no ano de 2001, ocorreu a implementação dos cuidados farmacêuticos através da realização de um ensaio pi-

loto aos programas desenvolvidos específicos para a diabetes, a hipertensão arterial e a asma/doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A intervenção farmacêutica consistiu no seguimento farmacoterapêutico do doente, envolvendo sempre que necessário o médico assistente<sup>10-11</sup>. Os resultados deste ensaio piloto foram avaliados pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), tendo verificado que após seis meses do início do programa da hipertensão arterial ocorreu uma melhoria da mesma, passando os valores tensionais médios de 151/85 mmHg para 137/78 mmHg. O mesmo ocorreu no programa da diabetes, onde as médias dos resultados da glicemia pós-prandial passaram de 207 para 195 mg/dl<sup>12</sup>.

De acordo com um estudo realizado em Portugal para avaliar o programa de cuidados farmacêuticos na diabetes, verificou-se que 21 por cento dos diabéticos não controlados integrados no programa de cuidados farmacêuticos após três meses de seguimento atingiram um controlo glicémico, demonstrando a efectividade deste tipo de serviço<sup>10</sup>.

Apesar deste trabalho ser meritório, há que reconhecer que o nível de implementação fica ainda muito aquém do desejável. Vejamos: o número de diabéticos existentes em Portugal, de acordo com as mais recentes estimativas de prevalência da doença, será de 12,7 por cento da população portuguesa; no entanto, considera-se unicamente a prevalência de doença diagnosticada, 7,2 por cento. Assim, a proporção de diabéticos abrangida por estes programas será de 25/10 000<sup>13</sup>.

É ainda de referir o trabalho de outros grupos de investigação portugueses que têm procurado estimular a divulgação e a implementação dos cuidados farmacêuticos entre mestrandos, através de aproximações semelhantes, nomeadamente o Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (GICUF-ULHT) e o Grupo de Acompanhamento Farmacoterapêutico de Évora (GAPE). Não existe porém qualquer publicação conhecida que refira quantas farmácias estão envolvidas e ativas e que permita contabilizar assim o número de doentes em seguimento. Tal impede que este número possa ser acrescido ao referido pela ANF para estimar um valor mais realista da proporção de doentes em seguimento. Há também que referir que o trabalho destes grupos se foca numa abordagem mais holística, em que não há agrupamento de doentes por patologias subjacentes, o que torna, de igual modo, o exercício anterior pouco exequível<sup>14</sup>.

Uma revisão da literatura de 2006 refere que Portugal constitui um exemplo de uma abordagem integra-

da, devido ao esforço dos organismos profissionais, sobretudo a ANF e a Ordem dos Farmacêuticos, no desenvolvimento de um plano e ferramentas para a gestão de doenças e da terapêutica, criando formas de documentação, *softwares* e protocolos de intervenção para os farmacêuticos<sup>15</sup>.

A nível Europeu, o estudo «Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe» foi a primeira tentativa para verificar os diferentes graus de implementação dos cuidados farmacêuticos nos vários países europeus. Este estudo, realizado em 2006, que envolveu treze países (Portugal, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Inglaterra, Islândia, Malta, Escócia, Irlanda do Norte, República da Irlanda, Suécia, cantão alemão da Suíça e País de Gales), revelou que a Dinamarca foi o país que apresentou uma menor distribuição de cuidados farmacêuticos (4 por cento), sendo a Irlanda o país com maior disseminação desta prática (43 por cento). Portugal apresentou cerca de 17 por cento das farmácias a reportar a prestação de cuidados farmacêuticos, situando-se assim a meio da tabela. Como conclusão, verificou-se que a prestação de cuidados farmacêuticos a nível europeu é ainda limitada e que os farmacêuticos raramente estavam, por rotina, envolvidos em atividades centradas no utente, como a orientação na terapêutica e planos de monitorização. As atividades de verificação da informação por parte do doente, atividades de referência e encaminhamento foram as atividades melhor pontuadas no estudo de 2006 para o caso de Portugal<sup>16</sup>.

Com todas as mudanças que têm ocorrido ao nível da organização e gestão das farmácias, juntamente com as mudanças no sistema de saúde, político e jurídico, torna-se relevante a repetição do mesmo estudo para apreciar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal e avaliar até que ponto as referidas alterações, nomeadamente a publicação do Decreto-Lei n.º 307/2007, da Portaria n.º 1429/2007 e ainda as sucessivas alterações aos preços de medicamentos, poderão estar a afectar as equipas, as infraestruturas e os serviços disponíveis nas farmácias portuguesas.

## Metodologia

### Modelo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal.

### Local e Duração do Estudo

O estudo foi realizado através de uma plataforma *online*, em que se recolheu a informação sobre os serviços prestados nas farmácias comunitárias em Por-

tugal e a recolha de dados decorreu entre 19 de novembro de 2012 e 30 de abril de 2013. Este estudo realizado em Portugal é parte de um projecto mais alargado realizado em 26 países europeus: Alemanha, Bélgica, Bósnia, Croácia, Dinamarca, República Checa, Inglaterra, Islândia, Hungria, Irlanda, Irlanda do Norte, Malta, Itália, Letónia, Lituânia, Moldávia, Holanda, Noruega, Portugal, Roménia, Sérvia, Suécia, Suíça, País de Gales, Espanha e Ucrânia.

### População e Amostra

A população em análise corresponde às 2937 farmácias existentes em Portugal, ainda que o *mailing* tenha sido enviado aos farmacêuticos comunitários registados na base de dados da Ordem dos Farmacêuticos (n=6797). Apesar do questionário solicitar resposta de apenas um farmacêutico por farmácia, pelo facto da operacionalização do *mailing* ser feita ao nível do farmacêutico, e adicionalmente pelo aliciante de haver um sorteio para os participantes, considerou-se a hipótese de se obter questionários duplicados por farmácia, estabelecendo-se que seriam excluídos.

A amostra foi estimada considerando a população supramencionada, um intervalo de confiança a 95 por cento, um erro de 3 por cento e uma prevalência do fenómeno de 17 por cento, procurando-se assim obter 500 farmácias<sup>16</sup>. A amostra foi auto-selecionada, na medida em que constituem a amostra os farmacêuticos que de forma voluntária decidiram participar no estudo respondendo ao questionário disponibilizado.

### Implementação do Estudo

O *mailing* foi enviado por via eletrónica. Este poderia ter sido enviado para as farmácias. No entanto, dado ter sido conseguido o apoio da Ordem dos Farmacêuticos, a unidade de análise passou a ser o farmacêutico e não a farmácia. O *mailing* foi enviado através da emissão de uma *newsletter* especial, na qual foram convidados todos os farmacêuticos a participar no estudo, fornecendo o *link* de acesso direto à página do questionário *online*.

Posteriormente, foram enviados pela ANF dois alertas publicados na *newsletter*, com vista a aumentar a taxa de resposta. Foi ainda enviado um terceiro alerta, anunciando o sorteio de um prémio.

### Método de Recolha dos Dados

O instrumento utilizado para recolha da informação foi uma versão adaptada da Behavioral Pharmaceutical Care Scale (BPCS), questionário a ser preenchido pelo farmacêutico que dedica mais tempo ao acompanhamento de doentes em cada farmácia, o qual é

composto por duas secções (A e B). Este questionário foi originalmente desenvolvido por Odedina e Segal, tendo sido adaptado e validado para Portugal no estudo realizado em 2006<sup>16-19</sup>.

A secção A, constituída por quinze questões, caracteriza a farmácia, os seus recursos (por exemplo, profissionais) e serviços prestados. Nesta secção do questionário foram adicionados dois novos campos de preenchimento: um destinado ao código da ANF e outro referente ao número da carteira profissional, o qual permitiu verificar se existem questionários correspondentes a farmacêuticos de uma mesma farmácia e/ou duplicados da mesma pessoa. A secção B avalia o tipo de serviços prestados aos últimos doentes que entraram na farmácia (cinco a dez), referindo-se a um período temporal específico (duas ou seis semanas), recorrendo para tal a descrições de situações variadas, num total de 34 questões. Nesta secção solicita-se ao farmacêutico que se recorde retrospectivamente dos últimos doentes que atendeu, não havendo recrutamento de doentes para o estudo – assume-se que esses serão representativos do tipo de cuidado habitualmente prestado nessa farmácia. De forma a assegurar que os respondentes compreendem o que se pretende caracterizar, a secção B é antecedida de uma definição de cuidados farmacêuticos de Hepler e Strand<sup>2</sup>.

No final do questionário foi acrescentada uma pergunta de resposta opcional sobre os serviços prestados pelas farmácias portuguesas, a qual foi especificamente desenvolvida para responder aos objetivos do presente estudo.

### Variáveis Medidas

As variáveis medidas foram o sexo dos farmacêuticos, os anos de experiência em farmácia comunitária, o número de farmacêuticos e técnicos em *full-time equivalent* (40 horas de trabalho), a presença de estagiários de mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas, o número médio de itens de prescrição dispensados por dia, o tipo de farmácia, a localização da farmácia, as infraestruturas da farmácia (por exemplo, espaço para atendimento privado ou sistema informático) e os domínios específicos da secção B da BPCS, os quais incluem a dimensão do «Direct Patient Care Activities», composto por 17 itens, o «Referral and Consultation Activities», composto por oito itens, e o «Instrumental Activities», composto por sete itens<sup>16</sup>.

### Análise de Dados

Os dados foram recolhidos na plataforma Google docs, a qual permite a sua extracção para Microsoft

Excel, versão 2012. Esta base de dados foi importada para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Os dados foram tratados recorrendo a estatística descritiva univariada, com frequências relativas e absolutas no caso das variáveis qualitativas nominais, e recorrendo ainda a medidas de tendência central e dispersão, no caso das variáveis quantitativas. Usou-se a análise estatística bivariada, com recurso ao teste de qui-quadrado para variáveis categóricas e ao teste t-Student para variáveis contínuas, para responder às hipóteses formuladas. Considerou-se para todos os testes efectuados um intervalo de confiança 95 por cento. Foi ainda utilizado o teste de Spearman para verificar a correlação entre variáveis contínuas. Os domínios da BPCS foram calculados criando um *score* global através do somatório das respostas aos itens individuais que o compõem, de acordo com as indicações do coordenador do estudo internacional James McElnay (JME).

## Resultados

Responderam ao questionário farmacêuticos provenientes de 686 farmácias, resultando numa taxa de resposta de 23,35 por cento, valor superior à dimensão estimada e igualmente superior ao valor obtido na edição anterior (20,1 por cento, n=564).

### Secção A

A maioria dos farmacêuticos que responderam ao questionário era do sexo feminino (72,8 por cento, n=491), e apenas 27,2 por cento (n=183) eram do sexo masculino, e apresentava uma média de 10,6 anos de experiência em farmácia comunitária (DP=8,5). Relativamente à tipologia da equipa, verifica-se que esta era composta por farmacêuticos, com uma média de 3 farmacêuticos por farmácia (DP=1,7). No que se refere ao número de técnicos, verificou-se existirem em média dois técnicos por farmácia (DP=1,5). Na altura em que o presente estudo foi realizado, apenas 24,7 por cento das farmácias apresentavam alunos em estágio de mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas.

Observou-se que 20,4 por cento dos farmacêuticos afirmaram ter uma pós-graduação na área da farmácia clínica/farmácia prática. Verificou-se que 16,6 por cento dos farmacêuticos referiram participar em reuniões multidisciplinares (Quadro I). Afirmaram ainda conseguir obter facilmente, caso necessitem, uma informação clínica de um doente a partir do médico, 37,4 por cento dos farmacêuticos inquiridos (n=251), em comparação com o valor de 2006, em que 32,7 por cento dos farmacêuticos afirmaram obter essa informação com facilidade.

**Quadro 1 – Características dos farmacêuticos, comparação com o estudo de 2006**

Características	Dados de 2006 n (%)	Dados de 2013 n (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	441 (78,2)	491 (72,8)
Masculino	123 (21,8)	183 (27,2)
<b>Alunos em estágio</b>		
Sim	81 (14,4)	166 (24,7)
Não	480 (85,6)	520 (75,3)
<b>Participação em reuniões multidisciplinares</b>		
Sim	72 (12,9)	111 (16,6)
Não	485 (87,1)	558 (83,4)
<b>Qualificação – Pós-graduação</b>		
Sim	63 (11,3)	137 (20,4)
Não	496 (88,7)	520 (79,6)

Observou-se que 78,3 por cento (n=526) dos farmacêuticos trabalham em farmácias independentes, seguidos de 15,3 por cento (n=103) que trabalham em farmácias pertencentes a um grupo, mas com o mesmo proprietário, e, por último, 6,4 por cento (n=43) que afirmam trabalhar em farmácias pertencentes a um grupo, mas com diferentes proprietários. Em comparação com o estudo de 2006, todas as farmácias eram independentes 100 por cento (n=561). Sobre a localização da farmácia, a maioria das farmácias inquiridas 51,3 por cento está localizada numa zona urbana (n=345). Seguidas de 25,7 por cento que se encontram localizadas numa zona suburbana e 23 por cento em zonas rurais (Quadro II).

Verificou-se ainda que a maioria das farmácias (92,6 por cento, n=624) possui um espaço para atendimento privado, existindo um aumento relativo referente ao estudo de 2006, em que 484 das farmácias (86 por cento) possuíam um consultório privado. É ainda possível observar que todas as farmácias respondentes estão equipadas com um *software* e que 94,6 por cento (n=629) o usam para verificar interações, 92,3 por cento (n=611) para verificar contra-indicações e 44,6 por cento (n=296) para verificar dados clínicos (Quadro II). Não é possível comparar estes dados com os de 2006, porque foram recolhidos de forma diferente.

Em média, as farmácias dispensam 264,5 itens de prescrição por dia, em comparação com o estudo de 2006, em que eram dispensados 217,3 por dia (Quadro II).

**Quadro 2 – Características das farmácias, comparação com o estudo de 2006**

Características	Dados de 2006 n (%)	Dados de 2013 n (%)
<b>Tipo de farmácia</b>		
Independente	561 (100)	526 (78,3)
Pertencente a um grupo, mas com o mesmo proprietário	0	103 (15,3)
Pertencente a um grupo, mas com diferentes proprietários	0	43 (6,4)
<b>Localização da farmácia</b>		
Rural	157 (28,2)	155 (23)
Suburbana	96 (17,3)	173 (25,7)
Urbana	303 (54,5)	345 (51,3)
<b>Espaço para atendimento privado</b>		
Sim	484 (86)	624 (92,6)
Não	79 (14)	62 (7,4)
<b>Sistema informático</b>		
Interacções	-	629 (94,6)
Contra-indicações	-	611 (92,3)
Dados clínicos	-	296 (44,6)
<b>Consumo de medicamentos</b>	Dados de 2006 <i>M (DP)</i>	Dados de 2013 <i>M (DP)</i>
<b>Itens dispensados por dia</b>	217,3 (205,9)	264,5 (192,7)

Os rastreios foram a atividade em que os farmacêuticos mais referiram participar (81,6 por cento), seguido das atividades de promoção da saúde (69,4 por cento), como os programas de cessação tabágica ou o controlo do peso. Em programas de monitorização dos doentes, como os programas de cuidados farmacêuticos ou o seguimento farmacoterapêutico, apenas 28,9 por cento das farmácias executam de forma regular esta atividade, tal como pode ser observado pelo Quadro III.

Sobre os serviços disponíveis na farmácia, a medição da tensão arterial, da glicemia, do colesterol e do peso são os serviços que se encontram mais disponíveis. No programa cuidados farmacêuticos da diabetes sabe-se apenas, no que se refere a programas da ANF, que em 2006 houve 240 farmácias (45,7 por cento) que referiram participar. A informação referente aos restantes serviços não foi recolhida no estudo de 2006.

## Secção B

Na secção B do questionário avaliaram-se o tipo de serviços prestados aos últimos doentes que entraram na farmácia referindo-se a um período temporal es-

**Quadro 3 – Serviços disponíveis nas farmácias, comparação com o estudo de 2006**

Serviços	Dados de 2006 n (%)	Dados de 2013 n (%)
Rastreios	429 (79,3)	549 (81,6)
Atividades de promoção da saúde	399 (73,8)	465 (69,4)
Programas de revisão da medicação	67 (13,6)	278 (41,8)
Monitorização de doentes	240 (45,7)	192 (28,9)
Medição tensão arterial	-	682 (99,9)
Medição da glicemia	-	675 (99)
Medição do colesterol total	-	665 (97,5)
Medição do peso/altura	-	653 (96)
Administração de medicamentos	-	419 (84,3)
Administração de vacinas	-	416 (83,7)
Consultas nutrição	-	427 (63,2)
Rastreios	-	253 (50,9)
Medição do perfil lipídico	-	326 (48,4)
Medição do ácido úrico	-	287 (42,8)
Consultas podologia	-	274 (40,7)
Consultas de dermocosmética	-	132 (26,6)
Programa cuidados farmacêuticos na diabetes	240 (45,7)	152 (22,7)
Programa cuidados farmacêuticos na hipertensão arterial	-	123 (18,4)
Medição do INR	-	98 (14,8)
Medição da hemoglobina glicada	-	91 (13,7)
Programa cuidados farmacêuticos asma/doença pulmonar obstrutiva crónica	-	79 (11,8)
Medicinas alternativas	-	54 (10,9)
Medicinas complementares	-	52 (10,5)

pecífico, recorrendo para tal a descrições de situações variadas.

A pontuação total variou entre 38 e 146 ( $M=86,3$  e  $DP=20,5$ ); em 2006 obteve-se uma média de 76,5 e a pontuação variou entre 27 e 130. Assim, e tal como representado no Quadro IV, os resultados obtidos indicam que as atividades de documentação são ainda pouco praticadas pelos farmacêuticos, tal como sucede com as atividades realizadas para avaliar o estado de um doente. Ao contrário, atividades que envolvem um maior contacto com o doente, como a discussão sobre a sua medicação e a compreensão por parte do utente sobre a informação que o farmacêutico lhe deu, obtiveram uma média mais elevada.

Verificou-se que quanto mais itens dispensados por dia, maior o *staff* da farmácia, quer em número de farmacêuticos quer em número de técnicos. Existe ainda correlação, apesar de baixa, mas que é estatisticamente significativa, entre os anos de experiência em farmácia comunitária e a pontuação obtida para o domínio «Referral and Consultation Activities» ( $p=0,09$ ), se considerarmos um intervalo de confiança de 90 por cento. Os três domínios correlacionam-se entre si de forma positiva e significativa, ou seja, quanto maior a pontuação num deles, maior a pontuação nos outros dois.

Portugal, a utilização de Internet tem vindo a crescer, atingindo 57 por cento em 2011, ocupando a décima quarta posição a nível mundial<sup>20</sup>. As características dos cibernautas têm sido estudadas, sabendo-se que são maioritariamente homens, em idades jovens (dos 15 aos 24 anos, seguidos pelos que têm entre 25 e 34 anos) e solteiros<sup>21</sup>. Como tal, parece natural supor que a amostra poderá não ser representativa dos farmacêuticos comunitários portugueses. No entanto, verificou-se que a dimensão obtida foi superior à estimada, considerando a prevalência do fenómeno reportada em 2010 e os respetivos erros associados<sup>16</sup>. No que respeita

**Quadro 4 – Pontuações dos inquiridos da Behavioral Pharmaceutical Care Scale, comparação com o estudo de 2006**

Dimensão e domínio	Número de itens	2013		2006	
		M (DP)	(mínimo-máximo)	M	(mínimo-máximo)
Atividades de cuidados diretos ao doente	17	34,7 (14,4)	(4-80)	29	(0-81)
Documentação	6	6,6 (5,3)	(1-24)	3,3	(0-30)
Avaliação do doente	6	16,3 (7,5)	(0-30)	15,1	(0-30)
Implementação dos objetivos terapêuticos e monitorização do plano	2	2,1 (2,7)	(0-10)	1,7	(0-10)
Screening do doente	1	2,0 (1,8)	(0-5)	0,9	(0-5)
Consulta doente	1	4,1 (1,3)	(0-5)	4,1	(0-5)
Verificação da compreensão da informação pelo doente	1	4,5 (0,9)	(0-5)	4,5	(0-5)
Atividades de consulta e referênciação ao médico	8	20,5 (5,5)	(8-37)	27,9	(10-40)
Atividades instrumentais	7	22,2 (4,7)	(10-35)	18,8	(7-33)
Local reservado para o aconselhamento	1	2,9 (1,2)	(1-5)	2,5	(1-5)
Validação da prescrição	1	3,8 (1,3)	(1-5)	2	(1-5)
Suporte de informação	1	3,3 (1,2)	(1-5)	2,7	(1-5)
Avaliação da satisfação do utente	1	2,6 (1,2)	(1-5)	3,7	(1-5)
Melhoria de competências	1	3,9 (0,8)	(1-5)	2,6	(1-5)
Avaliação do desempenho	1	2,2 (1,2)	(1-5)	3,6	(1-5)
Prestação de informação médica	1	3,5 (1,3)	(1-5)	1,8	(1-5)

## Discussão

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de trabalhar com uma amostra da população de farmácias auto-selecionada, o que poderá levar a questionar até que ponto os respondentes terão características particulares. Naturalmente, um farmacêutico que responde a um questionário *online* veiculado através de uma *newsletter* terá como característica óbvia o facto de ser utilizador da Internet. Em

às características da amostra estudada, verificou-se ainda que os respondentes eram maioritariamente do sexo feminino (72,8 por cento), valor bastante sobreponível ao descrito em 2010 (78,2 por cento) e à distribuição nacional (79,4 por cento)<sup>16,22</sup>.

Os dados recolhidos demonstram que, decorridos cinco anos sobre a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 307/2007, 31 de agosto, e em comparação com o estudo realizado em 2006, cerca de 20 por cento das

farmácias deixaram de ser independentes. Cerca de 15 por cento passaram a ser farmácias pertencentes a um mesmo proprietário (não podendo o proprietário deter mais de quatro farmácias) e 6,4 por cento farmácias pertencentes a um grupo, mas com diferentes proprietários. Relativamente à equipa técnica da farmácia, observa-se um aumento do número de farmacêuticos por farmácia, explicado pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, que refere que uma farmácia deve dispor de dois farmacêuticos e que apenas quando a faturação ao Sistema Nacional de Saúde é inferior a 60 por cento é permitido um único farmacêutico por farmácia. Observa-se ainda uma diminuição do número de técnicos, o que se pode eventualmente explicar pela diminuição da diferença salarial entre as duas classes<sup>23</sup>.

Apenas 7,4 por cento das farmácias afirmaram não apresentar um espaço para atendimento, e apesar da época de crise que as farmácias estão a atravessar, continua-se a apostar na modernização das suas instalações. Houve um acréscimo de quase 7 por cento em relação ao ano de 2006, pelo que se pode afirmar que todas as farmácias se encontram equipadas com um espaço para atendimento privado. Este dado poderá igualmente ser resultante da legislação entretanto criada aplicável à instalação de novas farmácias<sup>24</sup>. No topo das atividades em que os farmacêuticos mais participam estão os rastreios, com cerca de 80 por cento dos farmacêuticos a afirmar que participam em iniciativas do género. Com valores semelhantes aos de 2006, 73,8 por cento dos farmacêuticos afirmaram participar em atividades de promoção da saúde, como os programas de cessação tabágica ou controlo do peso. Uma proporção mais baixa, cerca de 28,9 por cento (n=192), realiza uma monitorização dos resultados obtidos com o uso de uma determinada medicação. Este ponto engloba os programas de cuidados farmacêuticos e o programa Dáder. Verifica-se uma inversão na percentagem de farmacêuticos que participa em programas de revisão da medicação e dos que participam na monitorização dos doentes, face ao estudo de 2006. Isto pode dever-se não a uma mudança de serviços prestados, mas à atualidade dos conceitos e termos utilizados, ou seja, o conceito de «*medication review*» pode estar atualmente mais em voga que o termo «*pharmaceutical care*»<sup>15</sup>.

As farmácias portuguesas têm vindo, nos últimos anos, a prestar um número cada vez maior de serviços farmacêuticos. Dados do CEFAR indicam que os serviços de medição de parâmetros biológicos são os mais procurados<sup>25</sup>. Em primeiro lugar no *ranking* dos serviços farmacêuticos mais procurados está a medição do colesterol total, que no presente estudo ocupa

o terceiro lugar, referido por 97,5 por cento dos participantes. Em comparação com os dados recolhidos em 2006, sabe-se que 95,2 por cento das farmácias determinavam parâmetros fisiológicos e bioquímicos, indicando que houve um acréscimo na oferta destes serviços à população.

No que diz respeito aos serviços mais diferenciados, denota-se dois percursos na oferta. Por um lado, há acréscimo nos serviços cuja prestação apenas se tornou possível desde 2007, com a introdução da Portaria n.º 1429/2007, nomeadamente as consultas de nutrição ou podologia<sup>26</sup>. No sentido oposto, observa-se o decréscimo na oferta de serviços diferenciados já prestados antes de 2007, suportados desde então pela legislação, tais como os cuidados farmacêuticos. No caso dos cuidados farmacêuticos na diabetes, verifica-se que o valor decresceu em cerca de 50 por cento, facto que pode, pelo menos de modo parcial, ser explicado pela perda de remuneração e eventualmente pelo decréscimo no *staff* das farmácias, fruto das dificuldades económicas recentes<sup>27</sup>. Não pode deixar de ser referido que nos serviços em que atualmente muito se aposta, como as referidas consultas, o farmacêutico não é o verdadeiro prestador de serviços, limitando-se a subcontratar outro profissional de saúde adequado para o efeito. Ora, se por um lado, tal pode ser visto como preocupante enquanto enriquecimento das competências de um farmacêutico, por outro lado, há que reconhecer que tal está ligado a uma maior oferta de serviços por parte da farmácia comunitária, que assim se torna um local de prestação de cuidados primários de excelência, e favorecida pela proximidade que goza da sua comunidade local. Os resultados encontrados para o domínio «*Direct Patient Care Activities*» ( $M=34,7$ ;  $DP=14,43$ ) são semelhantes aos relatados para a Irlanda do Norte no estudo realizado em 1998 ( $M=33,5$ ;  $DP=14,2$ ) e próximo do relatado em Portugal no anterior estudo ( $M=29$ ;  $DP=14,8$ ). As atividades de documentação continuam ainda a ser pouco praticadas pelos farmacêuticos. Verificou-se ainda existir uma associação estatisticamente significativa entre os anos de experiência e o *score* obtido para o domínio «*Referral and Consultation Activities*», indicando serem os mais experientes os mais fortes neste domínio.

A recolha dos dados foi um dos pontos fortes deste estudo. Convém referir que a participação dos farmacêuticos em estudos de investigação no período atual tem vindo a ser muito difícil de obter. Cita-se a título de exemplo o estudo do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) sobre o impacto económico da crise sobre as farmácias, em que se obteve ape-



nas 3 por cento de adesão das farmácias<sup>27</sup>. O presente trabalho foi realizado em parceria com duas instituições universitárias, o Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Por outro lado, verificou-se um grande interesse quer da parte da Ordem dos Farmacêuticos quer da parte da ANF, devido à importância dos dados que recolhe. Além disso, é um estudo multicêntrico, que trará dados que permitirão comparar vários países europeus, bem como as evoluções que os participantes em ambas as edições possam estar a sofrer.

Decorridos seis anos, verifica-se sem qualquer dúvida que as alterações legislativas recentes, nomeadamente a introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007 e da Portaria n.º 1429/2007, vieram assinalar profundas alterações no funcionamento das farmácias, mas que, ainda assim, a prestação de cuidados farmacêuticos em Portugal continua a poder considerar-se limitada.

## Referências Bibliográficas

1. Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1975 Jun;32(6):567-574.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990 Mar;47(3):533-534.
3. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Espanha). *Pharmacotherapy follow-up: The Dader method* (3.ª revisão: 2005). *Pharmacy Practice.* 2006;4(1):44-53.
4. Ministério de Sanidad y Consumo. Consenso sobre atención farmacéutica. Disponível em [www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm](http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm) [acedido em 20/2/2013].
5. Santos H, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus M, Rodrigues M. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Acta Med Port.* 2004;17:59-66.
6. Hernández DS, Castro MS, Faus MJ. Método de Dader. *Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico*. 3.ª ed. Granada: Universidade de Granada, 2007.
7. Martin-Calero M, Machuca M, Murillo M, Cansino J, Gastelurrutia M, Faus M. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Current Pharmaceutical Design.* 2004;10(31):3969-3985.
8. Cabrera JH, Núñez DC, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmácias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005;3(3):144-149.
9. Farris KB, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. *Ann Pharmacother.* 2005 Set;39(9):1539-1541.
10. Associação Nacional de Farmácias. Contributos em saúde para os diabéticos – Avaliação do Programa de Cuidados Farmacêuticos: Diabéticos. *Farmácia Observatório.* 2006 Ago.
11. Morak S, Vogler S, Walser S, Kijlstra N. Understanding the Pharmaceutical Care Concept and Applying it in Practice, Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Health. 2010 Mai.
12. Costa S, Madeira A, Santos M, Santos C, Matias L, Helling D. Pharmacy-based disease management in Portugal: preliminary results of a pilot intervention, Working Paper, International Pharmaceutical Federation. 2003.
13. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. *Diabetes: Factos e Números 2012 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes.* 2012.
14. Cavaco A, Cabrita J. Comment: community pharmacy services in Portugal. *Ann Pharmacother.* 2007 Mai;41(5):902.
15. van Mil JF, Schulz M. A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Health Highlights.* 2006;7(1):155-68.
16. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernsten CB, Björnsdóttir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci.* 2010 Ago;32(4):472-487.
17. Odedina F, Segal R. Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities. *Am J Health Syst Pharm.* 1996 Abr;53(8):855-65.
18. Costa FA, Guerreiro MP, Hughes C, McElnay JA. snapshot of community pharmacy resources and services in Portugal: Results from the European «Behavioral Pharmaceutical Care Scale» study. Congresso Nacional dos Farmacêuticos, Lisboa, 2007.
19. Costa FA, Guerreiro MP, Hughes C, McElnay J. Applying the Behavioural Pharmaceutical Care Scale (BPCS) in Portugal. Proceedings of the PCNE Conference, Gotteborg, 2007.
20. A Sociedade em Rede. A internet em Portugal, 2012. Publicações OberCom.
21. Alves, N.A. (2008). Perfis dos utilizadores da internet em Portugal. *Análise Social*, 3, pp.603-625.
22. Ordem dos Farmacêuticos (2008), «Distribuição por género». Disponível em [www.ordemfarmaceuticos.pt](http://www.ordemfarmaceuticos.pt) [acedido em 19/9/2013].
23. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, *Diário da República*, n.º 168 – I Série, Ministério da Saúde.
24. Deliberação n.º 2473/2007, de 24 dezembro, *Diário da República*, n.º 247 – II Série, Ministério da Saúde.
25. Associação Nacional de Farmácias. Especial Serviços Farmacêuticos. *Farmácia Observatório.* 2010 Jun.
26. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, *Diário da República*, n.º 211 – I Série, Ministério da Saúde.
27. Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Relatório de primavera 2012. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012.

### Agradecimentos

À Ordem dos Farmacêuticos e ao Senhor Bastonário, pela ajuda na divulgação do estudo e ainda pelo financiamento do prémio sorteado. À Associação Nacional das Farmácias, também pela sua ajuda na divulgação do estudo.