



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NA EUROPA:
ENQUADRAMENTO E SERVIÇOS PRESTADOS**

Trabalho submetido por
Sílvia Filipa Santos Martins
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

outubro de 2013



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NA EUROPA: ENQUADRAMENTO E SERVIÇOS PRESTADOS

Trabalho submetido por
Sílvia Filipa Santos Martins
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Professora Doutora Filipa Alves da Costa Azevedo e Silva

outubro de 2013

Agradecimentos

Um agradecimento à *Ordem dos Farmacêuticos* por todo o auxílio e disponibilidade demonstrada ao longo da realização do estudo “*Behavioral Pharmaceutical Care Scale*”, quer pela sua divulgação, quer pelo financiamento do prémio sorteado.

À *Associação Nacional das Farmácias* também pelo auxílio na divulgação do estudo “*Behavioral Pharmaceutical Care Scale*” e pela possibilidade concedida para realizar uma cerimónia protocolar de entrega do prémio no Congresso da Associação Nacional das Farmácias na presença do presidente da Associação Nacional das Farmácias, *Dr. Paulo Duarte*, e do Senhor Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, *Dr. Maurício Barbosa*.

Aos *farmacêuticos comunitários* que disponibilizaram o seu tempo para responder ao inquérito *online* “*Behavioral Pharmaceutical Care Scale*”, sem os quais esta monografia não seria possível.

Ao *Professor James McElnay*, pela idealização do estudo “*Behavioral Pharmaceutical Care Scale*”, à *Professora Doutora Maria Margarida Caramona* por toda a colaboração e ao *Professor van Mil* pela sua revisão do questionário do estudo I.

A todos os *representantes chave* de cada país que participaram no estudo “Bélgica, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Espanha, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Macedónia, Malta, Noruega, Portugal, Sérvia, Suécia e Suíça”.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora, *Professora Doutora Filipa Alves da Costa*, pela sua ajuda, pelo seu apoio, incentivo, dinamismo e disponibilidade. Foi um privilégio aprender e crescer profissionalmente consigo.

À *minha família*, em especial *aos meus pais, ao meu irmão, aos meus avós e à minha tia*, por todo o incentivo, amor, carinho e por apoiarem todos os meus sonhos.

Aos *meus amigos de sempre*, por todo o apoio e paciência que tiveram comigo ao longo destes cinco anos e por estarem sempre presentes nos momentos mais importantes.

Aos *amigos* que fiz durante o percurso académico, por todo o companheirismo, aprendizagem, apoio e sobretudo pela vossa amizade.

A todos os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

Introdução: Na sequência da introdução do Decreto-Lei 307/2007 e da Portaria 1429/2007, que veio permitir aumentar o leque de serviços farmacêuticos prestados à comunidade, procurou-se avaliar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal em 2013 e compará-lo com o observado em 2006 (Hughes *et al.*, 2010). Para enquadrar os resultados, procurou-se avaliar as diferenças de funcionamento das farmácias comunitárias Europeias.

Metodologia: Foram realizados dois estudos complementares. O estudo I pretendia caracterizar o sistema de saúde dos países participantes, particularmente as características de funcionamento e regulação das farmácias comunitárias; usou-se um questionário enviado a uma amostra intencional de representantes de 27 países. O estudo II recorreu a uma versão adaptada da *Behavioral Pharmaceutical Care Scale* (BPCS) (Odedina e Segal, 1996) enviada aos farmacêuticos comunitários registados na base de dados da Ordem dos Farmacêuticos ($n = 6797$) para avaliar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal. Os resultados foram analisados através do SPSS, versão 19,0.

Resultados: Obteve-se resposta de 19 países (70,4%). Apresentam critérios demográficos para a instalação de novas farmácias 89,5% dos países em estudo. Em 31,6%, os medicamentos estão apenas disponíveis na farmácia. Os programas de cessação tabágica (93,8%), de recolha de medicamentos (81,3%) e os cuidados farmacêuticos (77,8%) são os serviços mais disseminados nas farmácias europeias. Responderam ao estudo II farmacêuticos de 686 farmácias (23,4%), verificando-se que a equipa técnica das farmácias contém sobretudo farmacêuticos ($M = 3$, $DP = 1,7$); ($M = 2$ técnicos, $DP = 1,5$). O serviço mais disseminado é a medição da tensão arterial (99,9%). Observou-se um maior grau de implementação de cuidados farmacêuticos que em 2006 (score BPCS aumentou 76,5 para 86,3).

Conclusão: Observam-se diferenças entre os países Europeus. No caso de Portugal, com a análise dos dois estudos verificam-se alterações com a entrada em vigor do Decreto-Lei 307/2007, Decreto-Lei 134/2005 e da Portaria 1429/2007.

Palavras-chave: farmácia comunitária, serviços farmacêuticos, cuidados farmacêuticos, *Behavioral Pharmaceutical Care Scale*.

Abstract

Background: Following the introduction of Decree-Law 307/2007 and Decree 1429/2007, enabling an increase in the range of pharmaceutical services available, this study sought to assess the level of implementation of pharmaceutical care in Portugal in 2013 and compare it the observed in 2006 (Hughes *et al.*, 2010) . To frame the results, we sought to assess differences in functioning of the European community pharmacies.

Methods: Two parallel studies were developed. Study I aimed to characterize the health system of participating countries, particularly the operating characteristics and regulation of community pharmacies; a specifically developed questionnaire to was sent to a purposive sample of representatives from 27 countries. Study II used an adapted version of the Behavioral Pharmaceutical Care Scale (BPCS) (Odedina and Segal, 1996) sent to community pharmacists registered in the Pharmaceutical Society's database (n = 6797) to evaluate the level of implementation of pharmaceutical care in Portugal. Results were analyzed using SPSS, version 19.0.

Results: Data was collected from 19 countries (70,4%). Demographic criteria for the establishment of new pharmacies are present in 89,5% of the countries. Medicines are exclusively available in pharmacies in approximately one third of countries. Smoking cessation programmes (93,8%), drug waste management programmes (81,3%) and pharmaceutical care (77,8%) are the most disseminated services in European pharmacies. Pharmacists from 686 pharmacies participated in study II (23,4%); the team is mainly composed of pharmacists (M = 3, SD = 1,7), (M = 2 technicians, SD = 1,5). The most widely spread service is the measurement of blood pressure (99,9%). An increased level of implementation of pharmaceutical care was observed, compared with 2006 data (BPCS score increased from 76,5 to 86,3) .

Conclusions: There are differences between European countries. The results indicate that in Portugal, the publication of the Decree-Law 307/2007, Decree-Law 134/2005 and Decree 1429/2007 led to important changes in practice.

Keywords: community pharmacy, pharmaceutical services, pharmaceutical care, Behavioral Pharmaceutical Care Scale.

Índice Geral

1. Introdução.....	13
1.1 Sector das Farmácias Comunitárias em Portugal e na Europa	13
1.2 Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das farmácias	17
1.3 Serviços Farmacêuticos	19
1.4 Cuidados Farmacêuticos	24
1.5 Sistema de Remuneração das Farmácias	27
1.6 Educação e Treino	28
2. Objetivos	29
2.1 Objetivos Gerais	29
2.2 Objetivos Específicos	29
2.3 Principais Questões para Investigação.....	29
2.4 Hipóteses em Estudo.....	30
3. Materiais e Métodos	33
3.1 Desenho do Estudo	33
3.2 Amostra.....	33
3.3 Implementação do Estudo.....	34
3.4 Período de Estudo	34
3.5 Instrumento para Recolha da Informação	34
3.6 Variáveis em Estudo	35
3.7 Análise de Dados	36
3.8 Ética e Confidencialidade	37
3.9 Entidades Apoiantes e Financiadoras do Estudo	37
4. Resultados e Discussão.....	39
a) Resultados.....	39
Estudo I.....	39
4.1 Sistema de Saúde	39
4.1.1 Estrutura do Sistema de Saúde dos Países Europeus	39
4.1.2 Seguros de Saúde (Seguros de saúde do estado e seguros de saúde privados)	44
4.2 Farmácia Comunitária.....	46
4.2.1 Número de Habitantes por País.....	46
4.2.2 Número Médio de Habitantes/Farmácia	47

4.2.3 Propriedade das Farmácias.....	48
4.2.4 Critérios Demográficos para a Instalação de Novas Farmácias.....	49
4.2.5 Organizações Representativas dos Farmacêuticos e das Farmácias de cada País.....	50
4.3 Produtos Disponíveis na Farmácia.....	55
4.3.1 Categorias de Medicamentos.....	55
4.3.2 Outros Produtos Vendidos nas Farmácias.....	56
4.3.3 Medicamentos Adquiridos Fora das Farmácias.....	56
4.3.4 Comparticipação de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica.....	58
4.4 Educação e Treino.....	63
4.4.1 Equipa Técnica das Farmácias.....	63
4.4.3 Remuneração dos Profissionais.....	65
4.4.4 Existência de Requisitos para Manter a Licença.....	66
4.4.5 Especialidades Reconhecidas.....	68
4.4.6 Sistema de Gestão da Qualidade nas Farmácias Comunitárias Europeias.....	69
4.5 Serviços Disponíveis nas Farmácias Comunitárias.....	70
4.5.1 Serviços Disponíveis nas Farmácias.....	70
4.5.2 Formação para a Prestação de Serviços.....	74
4.5.3 Remuneração dos Serviços.....	75
Estudo II.....	77
Secção A.....	77
4.6 Caracterização da Equipa Técnica.....	77
4.7 Caracterização da Farmácia.....	78
4.8 Caracterização dos Serviços Farmacêuticos.....	79
Secção B.....	80
4.9 Análise Bivariada e Testes de Hipóteses.....	82
b) Discussão.....	85
5. Conclusão.....	91
6. Bibliografia.....	93
Anexos.....	101

Índice de Figuras

Figura 1 - Número de farmácias em Portugal

Figura 2 - Número de habitantes/farmácia

Figura 3 - Propriedade da farmácia nos países da União Europeia

Figura 4 - Percentagem de países da União Europeia que têm critérios demográficos ou geográficos para a instalação de farmácias

Figura 5 - Venda de MNSRM fora das farmácias

Figura 6 - Serviços farmacêuticos essenciais que podem ser prestados nas farmácias

Figura 7 - Serviços farmacêuticos diferenciados que podem ser prestados nas farmácias

Figura 8 - Cobertura dos seguros (custos hospitalares)

Figura 9 - Cobertura dos seguros (custos médicos especialistas)

Figura 10 - Cobertura dos seguros (custos de médicos de família)

Figura 11 - Cobertura dos seguros (custos com medicamentos)

Figura 12 - Número médio de habitantes por país

Figura 13 - Número de habitantes/farmácia

Figura 14 - Critérios demográficos para a instalação de novas farmácias

Figura 15 - Venda de medicamentos fora das farmácias

Figura 16 - Tipologia da equipa técnica das farmácias europeias

Figura 17 - Existência de critérios para continuidade da licença

Figura 18 - Requisitos exigidos para manter a licença

Figura 19 - Formação para a prestação de serviços

Figura 20 - Remuneração dos serviços farmacêuticos

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Serviços farmacêuticos disponíveis na Europa

Tabela 2 - Síntese dos objectivos específicos e da metodologia empregue para a sua prossecução

Tabela 3 - Funcionamento do sistema de saúde em 19 países Europeus

Tabela 4 - Custos cobertos pelos seguros de saúde obrigatórios em cada país (considerando os seguros de saúde obrigatórios do estado e os privados)

Tabela 5 - Propriedade das farmácias comunitária em 19 países Europeus

Tabela 6 - Entidades relevantes na prática farmacêutica

Tabela 7 - Tipo/categorias de medicamentos disponíveis nos países inquiridos

Tabela 8 - Produtos que podem estar disponíveis nas farmácias dos países inquiridos

Tabela 9 - Categorias de medicamentos que podem ser adquiridos fora das farmácias

Tabela 10 - Qualificação necessária para cada elemento da equipa técnica

Tabela 11 - Salário médio estipulado para cada categoria profissional

Tabela 12 - Especialidades reconhecidas nos países Europeus

Tabela 13 - Sistema de Gestão da Qualidade nas farmácias comunitárias da Europa

Tabela 14 - Serviços disponíveis nas farmácias comunitárias europeias nos 19 países respondentes

Tabela 15 - Serviços disponíveis nas farmácias comunitárias Europeias

Tabela 16 - Características dos farmacêuticos, comparação com o estudo de 2006

Tabela 17 - Características das farmácias, comparação com o estudo de 2006

Tabela 18 - Serviços disponíveis nas farmácias, comparação com o estudo de 2006

Tabela 19 - Pontuações dos inquiridos do *Behavioral Pharmaceutical Care Scale*, comparação com o estudo de 2006

Tabela 20 - Grau de implementação de cuidados farmacêuticos entre as farmácias com e sem gabinete

Tabela 21 - Grau de implementação de cuidados farmacêuticos entre as farmácias rurais e urbanas

Tabela 22 - Grau de implementação de cuidados farmacêuticos tendo em conta a formação diferenciada dos farmacêuticos

Lista de Abreviaturas

ANF - Associação Nacional das Farmácias

BCPS - *Behavioral Pharmaceutical Care Scale*

Desvio-padrão - DP

GAFE - Grupo de Acompanhamento Farmacoterapêutico de Évora

GICUF - ULHT – Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona

GSL - *General Sales List*

HMR - *Home Medicines Review*

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

ISCSEM - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

KNMP - *Royal Society for the Advancement of Pharmacy*

M - Média

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

NHS - *National Health Service*

OF - Ordem dos Farmacêuticos

OCDE - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OTC - *Over-The-Counter*

PCNE - *Pharmaceutical Care Network Europe*

PGEU - *Pharmaceutical Group of the European Union*

PM - *Pharmacy Medicines*

POM - *Prescription Only Medicines*

PRMs - Problema Relacionados com os Medicamentos

RMMR – *Residential Medication Management Review*

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SNS - Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (1990), Lei de Bases da Saúde, refere que o sistema de saúde é formado pelo serviço nacional de saúde e por entidades públicas e privadas que desempenhem “atividades de promoção, prevenção e tratamento” no campo da saúde, no qual se inserem as farmácias. Logo, o sector farmacêutico é parte essencial no sistema de saúde Português, garantindo o acesso ao medicamento a todos os cidadãos. Assim, torna-se importante conhecer a realidade, o funcionamento e a evolução do sector farmacêutico em Portugal. Serão assim abordados e analisados os resultados obtidos no decurso de dois projetos de investigação desenvolvidos, com objetivos e metodologias distintas, mas pretendendo concorrer para o mesmo objetivo, que será o de melhor compreender o funcionamento das farmácias em Portugal e comparar com os restantes países Europeus, a prestação de serviços que assegurem a utilização segura e racional do medicamento por parte das populações. Desta forma, o primeiro projeto, pretende analisar o funcionamento das farmácias, a educação e treino dos farmacêuticos a nível Europeu, propondo-se assim a enquadrar a temática, para que no decurso do segundo projeto, melhor se compreenda a relevância da avaliação do grau de implementação do serviço de cuidados farmacêuticos em Portugal. Este segundo projeto encontra-se integrado num projeto internacional dirigido pela Universidade de Belfast que obterá resultados sobre o grau de implementação nos diversos países Europeus. No entanto, os resultados globais deste não estarão disponíveis à ocasião de apresentação da presente monografia.

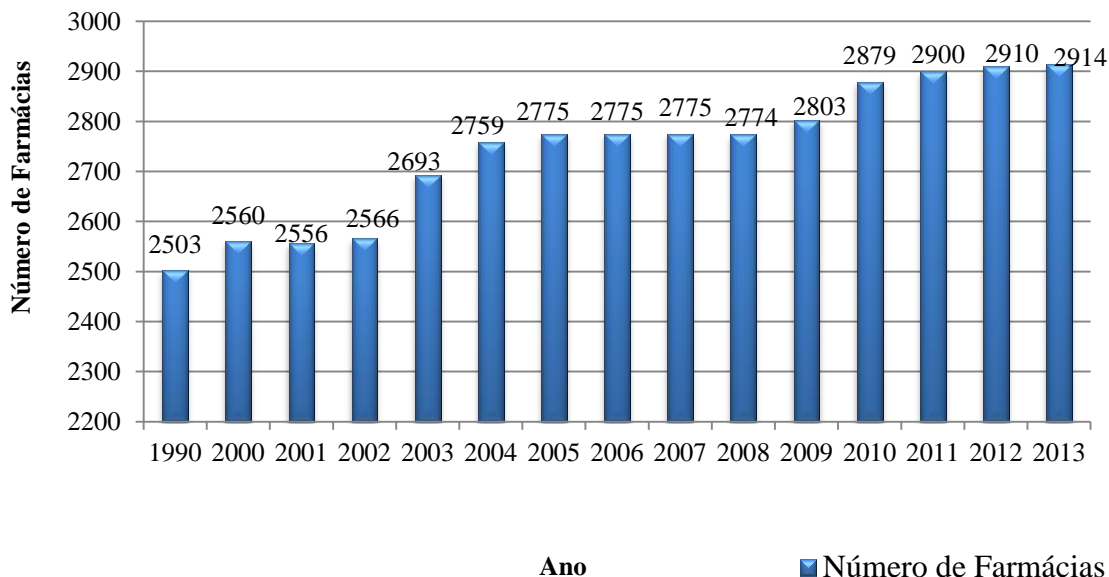
1.1 Sector das Farmácias Comunitárias em Portugal e na Europa

As farmácias comunitárias representam espaços onde os indivíduos recebem conselhos de saúde e assistência na gestão da sua medicação (Farris, Fernández-Llimós & Benrimoj, 2005). Devido à sua fácil acessibilidade, a farmácia constitui o primeiro ponto de contacto entre o farmacêutico e o utente (George, Molina, Cheah, Chan & Lim, 2010).

Dados de Abril de 2013, do Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde indicam que atualmente existem em Portugal cerca de 2914 farmácias comunitárias (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013). Através da análise da figura 1, observa-se desde 1990 até 2010 um acréscimo do número de

farmácias em Portugal, no entanto nos últimos anos não se observa um aumento considerável devido, em parte, à crise que o sector está a enfrentar.

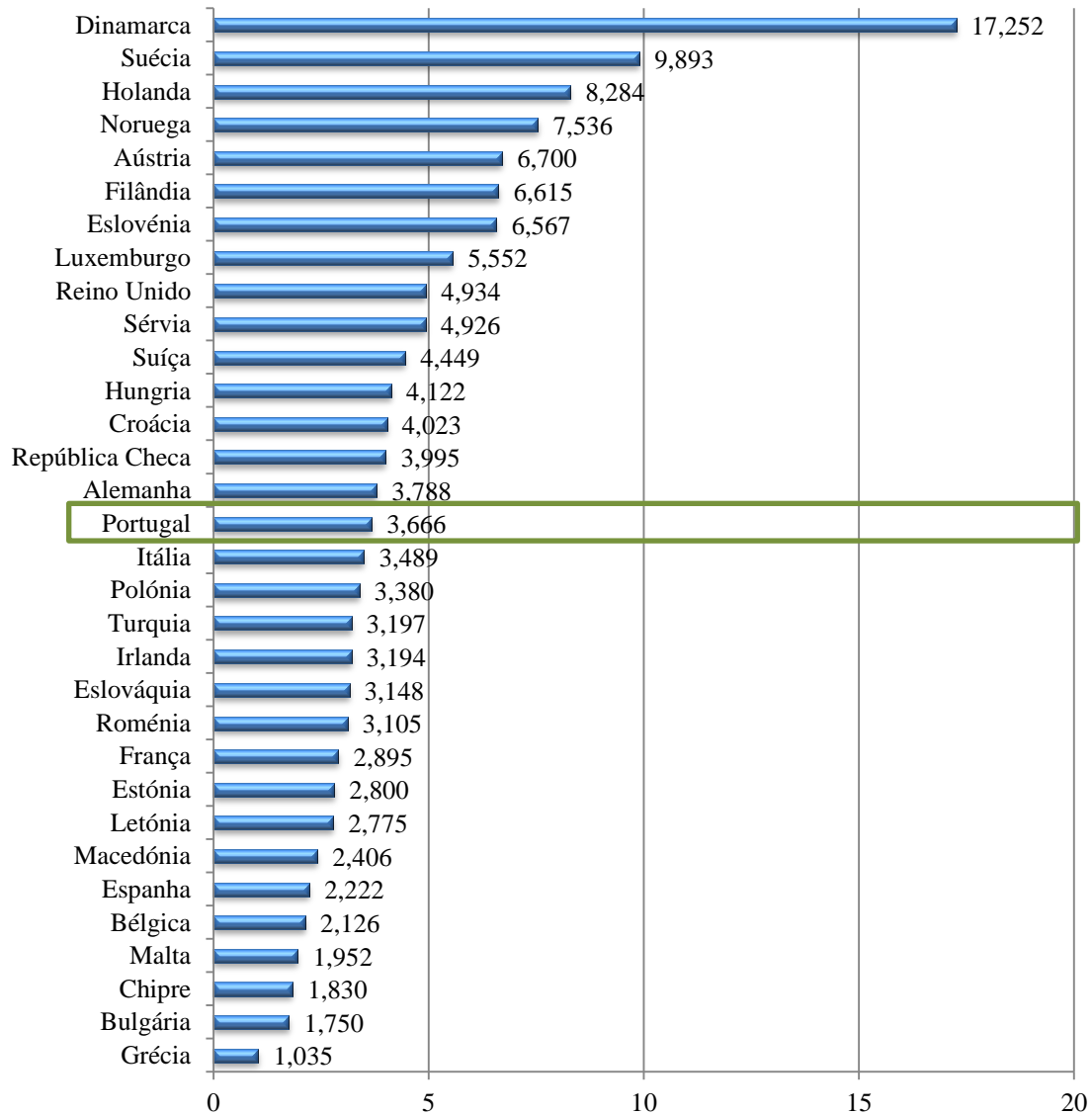
Figura 1 - Número de Farmácias em Portugal



Fontes: Dados de 1990 a 2012 (Instituto Nacional de Estatística, PORDATA); 2013 (Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde).

Em média, Portugal apresenta 3,666 habitantes por farmácia, indicando uma distribuição geográfica homogénea das farmácias Portuguesas. Comparando com os restantes 32 países Europeus referidos na figura 2, verifica-se ainda através dos dados do *Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU)* que a Dinamarca, apresenta o maior número de habitantes por farmácia e a Grécia, o menor número de habitantes por farmácia (PGEU, 2011).

Figura 2 - Número de habitantes/farmácia



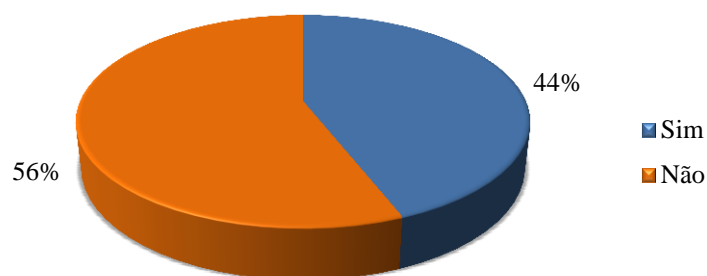
Fonte: Elaboração com base em dados PGEU, 2011.

Garantir à comunidade uma distribuição equitativa das farmácias é o objetivo da regulamentação existente na Europa, concedendo assim às populações rurais o mesmo acesso aos medicamentos que às populações urbanas (Vogler, Arts & Sandberger, 2012).

Em Portugal, o sector das farmácias é regulado pelo Estado, concretamente pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P., no que diz respeito a critérios de abertura, funcionamento e instalação de novas farmácias. Com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº307/2007, de 31 de Agosto, a propriedade das farmácias deixou de ser exclusiva dos farmacêuticos, podendo uma pessoa deter até 4 estabelecimentos

(Decreto-lei nº307/2007). Antes da entrada em vigor do Decreto-Lei nº307/2007, as farmácias eram propriedade exclusiva dos farmacêuticos e um farmacêutico não podia ser proprietário de mais do que uma farmácia. Analisando a situação Europeia, verifica-se que entre os 27 países da União Europeia, 12 países entre os quais a Alemanha, a Áustria, o Chipre, a Dinamarca, a Eslovénia, a Espanha, a Finlândia, a França, a Grécia, a Itália, a Letónia e o Luxemburgo (44%) apresentam ainda reserva da propriedade da farmácia a farmacêuticos, enquanto os restantes 56% não têm reserva de propriedade a farmacêuticos, como se pode observar na figura 3 (PGEU, 2010).

Figura 3 - Propriedade da farmácia nos países da União Europeia

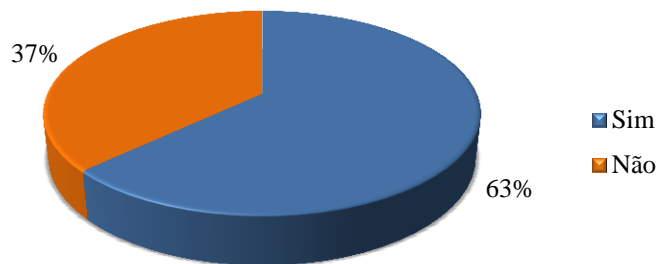


Fonte: PGEU, 2010.

Ainda de acordo com o Decreto-Lei 307/2007 de 31 de Agosto, a instalação de uma nova farmácia é determinada pela abertura de concurso público e esta só pode funcionar após a obtenção do alvará emitido pelo INFARMED. A lei determina uma capitação mínima de 3500 habitantes por farmácia, com exceção se a farmácia for instalada a mais de 2 quilómetros da farmácia que se encontra mais próxima. É ainda determinada a distância mínima de 350 metros entre farmácias, e a distância mínima de 100 metros entre a farmácia e unidades de saúde, excepto em localidades com menos de 4000 habitantes (Portaria nº1430/2007).

A nível Europeu observa-se que entre os 27 países da União Europeia, 63% apresentam critérios demográficos ou geográficos para a instalação de farmácias, são eles a Alemanha, Áustria, Bélgica, Croácia, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Itália, Letónia, Luxemburgo, Malta, Portugal, Eslovénia, Espanha e Reino Unido (Figura 4) (PGEU, 2010).

Figura 4 – Percentagem de países de União Europeia que têm critérios demográficos ou geográficos para a instalação de farmácias



Fonte: PGEU, 2010.

Tal como referido no Decreto-Lei 307/2007, de 31 de Agosto, a maioria dos trabalhadores da farmácia devem ser farmacêuticos, podendo estes ser auxiliados pelos técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente habilitado. Segundo um estudo realizado em 2006 sobre os cuidados farmacêuticos, os dados referentes a Portugal indicam que existiam em média 2,29 farmacêuticos por farmácia em comparação com o número de técnicos que era 2,39 (Hughes *et al.*, 2010).

De acordo com a lei Portuguesa as farmácias podem disponibilizar aos seus utentes medicamentos, substâncias medicamentosas, medicamentos e produtos veterinários, produtos homeopáticos e naturais, dispositivos médicos, produtos de alimentação especial e suplementos alimentares, produtos fitofarmacêuticos, produtos de higiene corporal e cosméticos e ainda produtos de conforto e artigos de puericultura (Decreto-Lei 307/2007). No entanto, com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº134/2005, de 16 de Agosto, surgiu a liberalização da venda dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) ou também designados como *over-the-counter* (OTC), que passaram assim a estar disponíveis noutros locais, como detalhado na seguinte secção.

1.2 Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das farmácias

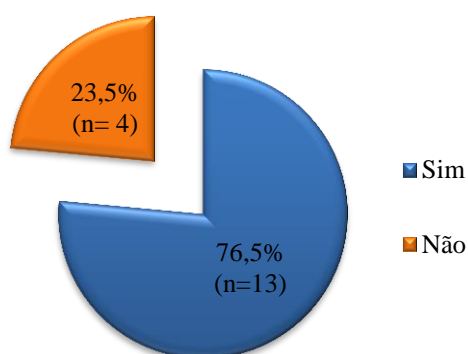
A comercialização de medicamentos até 2005, era exercida exclusivamente nas farmácias. O Decreto-Lei nº134/2005, de 16 de Agosto, veio tornar possível a venda de MNSRM fora das farmácias, em locais previamente registados no INFARMED. Segundo o INFARMED, até Setembro de 2013 existiam em Portugal 791 postos de

venda de MNSRM (Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde e Direção de Avaliação Económica e Observação do Mercado, 2012).

Dados obtidos entre Janeiro e Setembro de 2012 indicam que foram vendidos 30.383.127 MNSRM, dos quais 25.488.717 foram vendidos em farmácias (84%) e os restantes 4.894.410 fora das farmácias. O maior volume de vendas de MNSRM fora das farmácias registou-se nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, distritos nos quais se concentram mais estabelecimento de venda de MNSRM (Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde e Direção de Avaliação Económica e Observação do Mercado, 2012).

Analisando a situação europeia, verifica-se que entre 17 países analisados pelo PGEU não é permitida a venda de MNSRM fora das farmácias na Bélgica, em França, em Espanha e na Eslováquia (figura 5). É importante referir que entre todos os outros países onde a venda fora das farmácias é permitida, com exceção da Finlândia, da Itália e de Portugal, existe uma lista específica que indica quais os MNSRM que podem ser vendidos fora das farmácias (PGEU, 2010). Segundo o Jornal Público (2013), o governo Português aprovou no dia 19 de Junho a terceira lista que contempla 17 MNSRM, entre os quais o ibuprofeno de 400 miligramas. No entanto, a publicação oficial do referido diploma ainda não é conhecida.

Figura 5 - Venda de MNSRM fora das farmácias



Fonte: PGEU, 2010.

Países onde é permitida a venda de MNSRM fora das farmácias:

Alemanha, Áustria, Dinamarca, Eslovénia, Finlândia, Holanda, Irlanda, Itália, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suécia.

Países onde não é permitida a venda de MNSRM fora das farmácias:

Bélgica, França, Espanha, Eslováquia.

Segundo o artigo 2º do Decreto-Lei nº134/2005, a venda dos MNSRM fora das farmácias “só pode ser feita por farmacêutico ou por técnico de farmácia ou sob a sua supervisão” (Decreto-Lei nº134/2005). Mesmo assim, existem medicamentos

disponíveis fora das farmácias que possuem substâncias ativas que pelo seu perfil de segurança ou mesmo pelas suas indicações terapêuticas deveriam ser dispensados apenas nas farmácias acompanhados sempre de um aconselhamento e por vezes acompanhamento do farmacêutico. É exemplo disto, a contraceção de emergência, cujo acesso é livre fora das farmácias (Marques, 2012). Neste caso, o farmacêutico comunitário teria a oportunidade de prestar a informação adequada promovendo a educação para a saúde e o uso correto, efetivo e seguro da contraceção de emergência. Desde a liberalização da venda da contraceção de emergência, que a sua venda aumentou. Sugerindo o uso abusivo e incorreto deste tipo de medicamentos (Ordem dos Farmacêuticos, 2011).

Analisando o relatório do Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde e da Direção de Avaliação Económica e Observação do Mercado verifica-se que entre Janeiro e Setembro de 2012, o grupo farmacoterapêutico dos analgésicos e antipiréticos registou o maior número de vendas, sendo a substância mais vendida o paracetamol (Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde e Direção de Avaliação Económica e Observação do Mercado, 2012). Esta mesma substância é tida como a principal causa de hepatotoxicidade aguda grave no Reino Unido (Craig *et al.*, 2011). Deste modo, os farmacêuticos com a sua capacidade de fornecer informação e apoio sobre questões de saúde, fornecendo aos doentes o aconselhamento farmacoterapêutico necessário podem atuar alertando os doentes para o perigo decorrente do uso prolongado e/ou em doses excessivas de certos medicamentos, como o paracetamol (Wertheimer e Serradel, 2008).

É visível a nível da Europa uma reorientação da atividade da farmácia em que o farmacêutico passa a exercer um papel que vai para além da dispensa do medicamento. Deste modo, as funções do farmacêutico hoje em dia são a dispensa de medicamentos e de outros produtos de saúde, a par com a prestação de serviços, incluindo a monitorização do uso racional do medicamento. Podem estar igualmente envolvidos em atividades de promoção da saúde e na prevenção da doença nas populações através da realização de rastreios (OF, ANF e GFUE, 2001).

1.3 Serviços Farmacêuticos

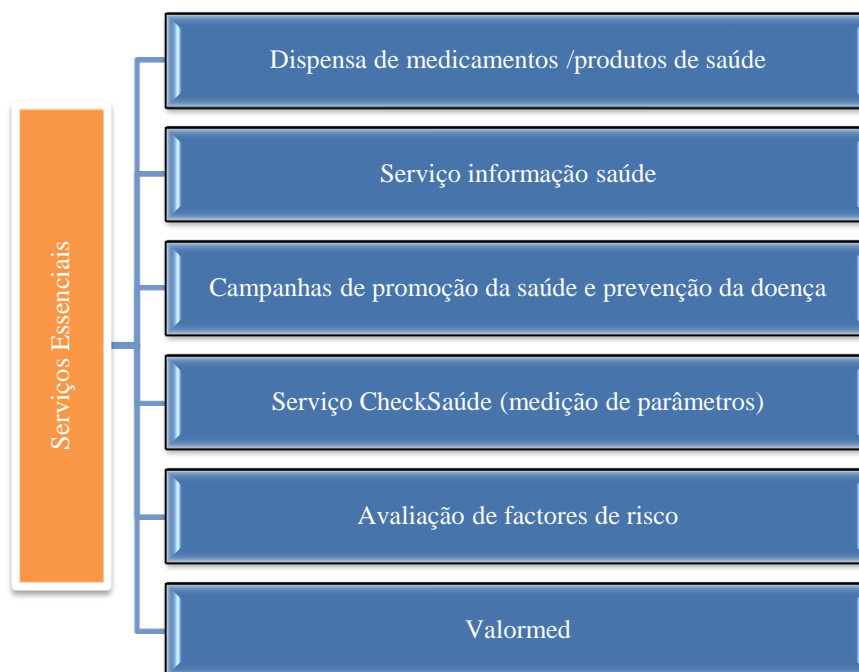
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados e usados incorretamente. Perante este quadro, o farmacêutico comunitário tem a capacidade de promover o uso racional dos

medicamentos, evidenciando os cuidados farmacêuticos como uma estratégia na diminuição da morbilidade e mortalidade associadas ao consumo de medicamentos, tornando a terapêutica mais económica (Pires, Costa, Angonesi & Borges, 2006; Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

Nos últimos anos os serviços farmacêuticos têm sido desenvolvidos em todo o mundo, apesar de o leque de serviços disponíveis e o grau de implementação dos mesmo a variar entre os países (Farris *et al.*, 2005).

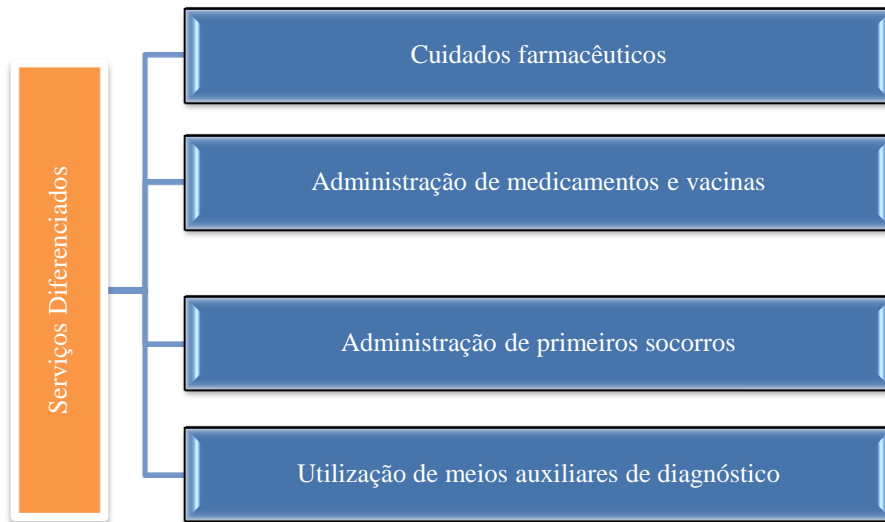
Em Portugal, os serviços farmacêuticos encontram-se organizados em serviços essenciais e serviços diferenciados, tal como representados no esquema da figura 5 e 6. Os serviços essenciais (figura 6) podem ser realizados por qualquer elemento que faz parte da equipa da farmácia, podem ter formação adicional, mas que não é obrigatória. Os serviços diferenciados (figura 7) são prestados por farmacêuticos ou por outros profissionais de saúde com uma formação específica e, no caso dos farmacêuticos, acreditada pela Ordem dos Farmacêuticos (OF) (Associação Nacional das Farmácias, 2008 e Associação Nacional das Farmácias, 2010).

Figura 6 - Serviços farmacêuticos essenciais que podem ser prestados nas farmácias



Fonte: Adaptado www.anf.pt; Costa, Santos & Silveira, 2006.

Figura 7 - Serviços farmacêuticos diferenciados que podem ser prestados nas farmácias



Fonte: Adaptado www.anf.pt; Costa *et al.*, 2006.

A portaria nº 1429/2007, de 2 de Novembro de 2007, veio consagrar novos serviços que podem ser prestados nas farmácias, como: o apoio domiciliário, a administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, a utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, a administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação, os programas de cuidados farmacêuticos, as campanhas de informação e a colaboração em programas de educação para a saúde.

Kanavos, Schurer e Vogler (2011), realizaram o relatório “*The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*”, em que avaliaram entre outros pontos a prestação de serviços farmacêuticos em 17 países Europeus, onde se verificou que as farmácias Portuguesas dispõem de todos os serviços enunciados, tal como apresentando na tabela 1. Contudo, é importante salientar que os referidos serviços podem ser prestados por 5%, 50% ou até 100% das farmácias, não sendo descrito pelo investigador o grau de implementação concreto, ou se a legislação existente no país obriga todas as farmácias a prestarem o serviço. Outro ponto a salientar é facto dos termos utilizados por vezes serem diferentes consoante o país, vejamos o seguinte caso. O *Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)*, numa das suas sessões de trabalho realizada a 18 de Outubro de 2011 em Dublin, definiu revisão da medicação como a avaliação dos medicamentos do doente, com o objetivo claro de gestão do risco e de otimizar os resultados da terapêutica do doente, detectando, resolvendo ou prevenindo possíveis problemas relacionados com os medicamentos

(PRMs) (PCNE, 2011). Um PRM é o sinal ou sintoma que o doente apresenta (potencial ou realmente) e que pode estar relacionado com os medicamentos utilizados (Santos, Iglésias, Fernández-Llimós, Faus & Rodrigues, 2004). Na Austrália, a *Pharmaceutical Society of Australia* definiu revisão da medicação como uma avaliação metódica dos medicamentos que o doente utiliza e a sua gestão, com a finalidade de otimizar a terapêutica e identificar possíveis PRMs (Pharmaceutical Society of Australia, 2010). Ainda na Austrália, tem sido desenvolvido o *Residential Medication Management Review* (RMMR), mais recentemente designado por *Home Medicines Review* (HMR), em que existe uma cooperação entre o médico família, um farmacêutico e outros profissionais de saúde (Pharmaceutical Society of Australia 2011). O farmacêutico realiza uma visita à casa do doente, onde faz uma avaliação da sua medicação, elaborando um relatório para o médico de família do doente, a partir do qual este faz um plano de gestão da medicação (Pharmaceutical Society of Australia, 2013).

Tabela 1 – Serviços farmacêuticos disponíveis na Europa

País	Dispensa de medicamentos	Renovação da Prescrição	Recolha de medicamentos	Revisão da Terapêutica	Contraceção de emergência	Medição da p. arterial	Medição do colesterol	Medição da glucose	Medição do peso	Teste de gravidez	Programa de cessação tabágica	Gestão da diabetes	Gestão da asma	Gestão da Hipertensão	Vacinação	Serviços domiciliários
Alemanha	Sim ^a	Não	Sim	Sim	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Não	Sim
Áustria	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	-	-	-	-	Sim ^b
Bélgica	Sim ^a	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
Dinamarca	Sim ^a	Não	Sim	Sim ^b	Sim	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Não	Sim	Sim ^b	Sim ^a	Sim ^b	Não	Não
Eslováquia	Sim	Não	Sim ^b	Não	Sim	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Não	Sim ^b	Sim ^b	Não	Sim ^b	Não	Não
Eslovénia	Sim	Sim	Não	Sim ^b	Sim	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Sim	Não	Sim	Sim ^b	Não	Sim ^b	Não	Não
Espanha	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Finlândia	Sim ^a	Sim	Sim	Sim ^b	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim ^b	Sim	Sim	Sim	Sim ^b	Não
França	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Holanda	Sim ^a	Sim ^a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Irlanda	Sim	Não	Sim ^{a, b}	Não	Não	Sim ^{a, b}	Sim ^{a, b}	Sim ^{a, b}	Sim ^{a, b}	Sim ^{a, b}	Sim ^{a, b}	Não	Sim ^b	Não	Sim ^b	Não
Itália	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Não	Sim ^b
Polónia	Sim	Não	Sim ^b	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Não	Não
Portugal	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim ^b	Sim ^b	Sim ^b	Sim
Reino Unido	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim	Sim	Sim	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim ^a	Sim	Sim ^a	-	-	Sim	Sim
Rep. Checa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Suécia	Sim	Sim	Sim	Sim ^b	Sim	Sim ^b	Não	Não	Sim ^b	Não	Sim ^b	Não	Não	Não	Sim ^b	Não

a) Serviço remunerado

b) Serviço disponível em algumas farmácias

Fonte: Adaptado de Kanavos, Schurer & Vogler, 2011.

1.4 Cuidados Farmacêuticos

Com a necessidade de cuidados de saúde mais direcionados para o doente e com o objetivo de melhoria da sua qualidade de vida surgiram os cuidados farmacêuticos, descritos pela primeira vez por Mikeal, Brown, Lazarus e Vinson (1975) como todo o cuidado que o utente requer e recebe, assegurando o uso racional do medicamento.

Anos mais tarde, Hepler e Strand (1990) definiram os cuidados farmacêuticos como toda a prestação que envolve a dispensa de medicamentos ao utente com o principal objetivo de se obter resultados que melhorem a sua qualidade de vida. Os resultados são a cura da doença; a redução ou eliminação dos sintomas; a diminuição ou o retardamento da progressão da doença; e a prevenção da doença ou dos sintomas.

Mais recentemente surgiu uma nova definição Europeia de cuidados farmacêuticos, que é definida como a contribuição dos farmacêuticos para os cuidados dos indivíduos, com o objetivo de melhorar o uso e os resultados obtidos com os medicamentos (PCNE, 2013).

No entanto, a pouca harmonização que se encontra nos cuidados de saúde primários, as diferenças a nível dos sistemas jurídicos e as diferenças linguísticas dos países Europeus, origina que a prática farmacêutica seja bastante diversificada, contribuindo assim para que não haja uma imagem clara dos cuidados farmacêuticos na Europa (van Mil & Schulz, 2006).

Perante este panorama, foi realizado um estudo na tentativa de verificar os diferentes graus de implementação dos cuidados farmacêuticos na Europa. O instrumento utilizado para a recolha da informação foi um questionário, formado por duas secções, a secção A que pretende caracterizar a farmácia, os seus recursos (*e.g.* profissionais) e serviços prestados e a secção B formada por uma versão adaptada da escala *Behavioral Pharmaceutical Care Scale* (BPCS). Dados do estudo “*Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe*” revelaram que a Irlanda foi o país com maior distribuição dos cuidados farmacêuticos (43%), e no extremo oposto, a Dinamarca foi o país que apresentou uma menor taxa de distribuição dos cuidados farmacêuticos, com apenas 4% (Hughes *et al.*, 2010). Portugal

situou-se sensivelmente a meio da tabela, com um grau de implementação da ordem dos 17%.

Em alguns países, a implementação dos cuidados farmacêuticos tem sido reforçada por organizações profissionais e institutos científicos desses mesmos países, como é o caso do *Scientific Institute of the Dutch Pharmaceutical Association* e a *Royal Society for the Advancement of Pharmacy* (KNMP), respectivamente, ambos sedeados na Holanda. O *Scientific Institute of the Dutch Pharmaceutical Association* desenvolveu um *software* onde é armazenado uma lista de cada medicamento que o doente usa, sempre que um doente inicia um novo medicamento ele é inserido no sistema, este instituto elaborou ainda normas e protocolos de apoio à prática dos cuidados farmacêuticos. Outra ação desenvolvida por estes dois órgãos é a escolha de um tema específico para ser abordado durante um ano, recaindo geralmente a escolha sobre uma doença. A KNMP é ainda responsável por entregar um prémio às farmácias que se distinguem nos cuidados farmacêuticos (van Mil, 2005; van Mil & Schulz, 2006).

Noutros países, a legislação tem sido o principal incentivador da implementação de cuidados farmacêuticos. Em Espanha, a publicação da lei 16/1997 tornou obrigatória a prestação de serviços de aconselhamento, de acompanhamento farmacoterapêutico e a notificação de reações adversas a medicamentos (Gastelurrutia, Faus & Fernández-Llimós, 2005; van Mil & Schulz, 2006).

Portugal será um misto dos casos descritos anteriormente. Se por um lado, entidades como a ANF tiveram um papel preponderante na implementação inicial de cuidados farmacêuticos com a criação em 2001 do Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos, responsável pelo desenvolvimento de ferramentas de apoio à prática, houve outras instituições que foram alimentando a lenta implementação, com a creditação de atividades, como foi o caso da OF, com a criação de cursos de formação avançada, pelas várias universidades; devendo realçar-se a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, sobretudo pela oferta de cursos de pós-graduação e mestrados na área, e a Universidade Lusófona e a Universidade de Évora, pela criação de grupos de apoio à prática (GICUF-ULHTe GAFE, respetivamente). A publicação da Portaria 1429/2007, veio enfim conferir um carácter formal à prestação deste serviço, podendo hipotetizar-se que a conjugação de todos estes fatores tenha sido determinante para a disseminação do serviço (Portaria 1429/2007, 2007).

Em 1994 foi fundada por investigadores farmacêuticos o “*Pharmaceutical Care Network Europe*” (PCNE), com o objetivo de apoiar a desenvolver nos países Europeus os cuidados farmacêuticos. Esta associação pretende promover e desenvolver a farmácia em geral e estimular a prestação de cuidados farmacêuticos, através do incentivo à investigação, à implementação de projetos, ao desenvolvimento de atividades de suporte a esta prática e através da organização de conferências de trabalho sobre os cuidados farmacêuticos (PCNE, 2010).

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de encontrar quais as barreiras e quais os facilitadores à implementação e disseminação dos cuidados farmacêuticos. Alguns dos aspetos apontados para a sua difícil implementação são a falta de reconhecimento profissional e económico das autoridades de saúde. É ainda de salientar que segundo Martín-Calero *et al.* (2004), alguns farmacêuticos acreditam que os cuidados farmacêuticos têm um impacto limitado sobre os resultados terapêuticos dos doentes. Para Plaza e Herrera (2003), o desenvolvimento de sistemas de colaboração e comunicação com os médicos, a formação adequada às necessidades, dar a conhecer os serviços à sociedade e aos médicos e o financiamento dos serviços são alguns dos pontos que favorecem a disseminação dos serviços de cuidados farmacêuticos. Por vezes, são os próprios farmacêuticos que argumentam contra os serviços devido à falta de tempo, à educação e treino insuficientes, à falta de gabinete para atendimento privado e à relação com os médicos (Gastelurrutia *et al.*, 2009; Bernsten, Andersson, Garipey & Simoens, 2010).

Foi identificado por Cabrera, Núñez, Baena, Fajardo & Martínez-Martínez (2005) que as três principais barreiras à implementação dos cuidados farmacêuticos são a falta de tempo, a falta de formação em seguimento farmacoterapêutico e o desconhecimento acerca dos problemas relacionados com os medicamentos.

Um outro ponto importante a abordar quando se fala em cuidados farmacêuticos é relativo às infra-estruturas. Na Lituânia apenas 2% das farmácias mostraram estar preparadas para implementar este tipo de serviço, mas não foi referido pelos autores se era devido à inexistência de gabinete de utente nas farmácias ou de *software* ou qualquer outro aspeto (Morak, Vogler, Walser & Kijlstra, 2010).

Na generalidade dos países Europeus, não existe reembolso para os farmacêuticos que prestam este serviço. Assim, a manutenção destes serviços dentro de um modelo de negócios financeiramente viável seria uma opção (Hughes *et al.*, 2010).

1.5 Sistema de Remuneração das Farmácias

O modelo económico tradicional da farmácia comunitária é fundamentado na remuneração dos medicamentos e prestação de serviços. No entanto, em determinados países, alguns serviços farmacêuticos não são atrativos ao ponto de serem remunerados, como exemplo o caso da medição da glicose, da pressão arterial, e do colesterol na Dinamarca (Bernsten *et al.*, 2010).

Para a prestação de serviços que envolvem a prevenção, o rastreio, a monitorização, o aconselhamento ou a gestão da terapêutica, o farmacêutico necessita muitas das vezes de colaborar em conjunto com outros profissionais de saúde. Para este tipo de serviço, nos Países Baixos, na Alemanha e na Suíça existem incentivos para os farmacêuticos que trabalham em conjunto com os médicos (Bernsten *et al.*, 2010).

Em Inglaterra e no País de Gales, os serviços farmacêuticos das farmácias com contrato com o *National Health Service* (NHS) encontram-se divididos em serviços “*essential*”, “*advanced*”, e “*enhanced*”, sendo a diferença destas categorias dependente dos serviços abrangidos e na remuneração atribuída. Assim, as farmácias com contrato com o Serviço Nacional de Saúde têm obrigatoriamente que prestar os serviços essenciais, sendo os restantes serviços opcionais. A farmácia comunitária é paga pelo NHS por cada medicamento dispensado numa prescrição segundo: o custo do medicamento dispensado menos uma percentagem fixa; um subsídio de distribuição profissional; e uma taxa por medicamento dispensado (Noyce, 2007).

Em Portugal, o sistema de remuneração é baseado na margem do medicamento acrescida de *fee* (Decreto-Lei n.º 112/2011). No entanto, nenhum outro serviço é remunerado.

Há cada vez mais, uma maior necessidade de demonstrar o valor dos serviços farmacêuticos e o seu custo-efetividade, certificando a qualidade dos serviços prestados (Bernsten *et al.*, 2010).

1.6 Educação e Treino

Os estudos do ensino superior para a obtenção da qualificação de farmacêutico encontram-se harmonizados a nível da União Europeia. Os estudos devem ser de pelo menos cinco anos de duração, incluindo, pelo menos, quatro anos de formação teórica e prática e seis meses de estágio. Assim, a uniformidade dos estudos permite a deslocação dos farmacêuticos de país para país, permitindo também que enquanto profissional seja reconhecido em grande escala nos outros países Europeus (PGEU, 2009).

Em Portugal, os licenciados ou mestres em Ciências Farmacêuticas, devem estar inscritos na Ordem dos Farmacêuticos e serem detentores da carteira profissional.

De acordo com o artigo 83º do Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, o farmacêutico tem o dever de “manter atualizadas as suas capacidades técnicas e científicas para melhorar e aperfeiçoar constantemente a sua atividade, de forma a desempenhar conscientemente as suas obrigações profissionais perante a sociedade”. Devido à obrigatoriedade de atualização profissional contínua o farmacêutico é obrigado a participar em atividades de formação (Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, 2001).

Legalmente foram criadas as condições para uma crescente implementação dos cuidados farmacêuticos. A implementação deste serviço em Portugal, antes da publicação da portaria 1429/2007 era ainda de apenas 20% (Hughes *et al.*, 2010). Assim, com as várias mudanças legislativas que têm envolvido as farmácias será interessante investigar, não só como estão a funcionar hoje em dia, caracterizando a equipa técnica, as infra-estruturas e a evolução dos serviços desde 2006 até à presente data (2012), mas também olhar numa perspectiva Europeia para o funcionamento das farmácias, a educação e treino dos farmacêuticos.

2. Objetivos

2.1 Objetivos Gerais

Caracterizar o sistema de saúde dos vários países Europeus, com particular interesse no funcionamento da farmácia comunitária.

Avaliar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar o sistema de saúde de cada país participante;
2. Caracterizar as farmácias comunitárias de cada país participante;
3. Verificar quais os produtos que estão disponíveis nas farmácias de cada país participante;
4. Caracterizar os serviços farmacêuticos disponíveis nas farmácias de cada país participante;
5. Caracterizar a educação e o treino dos farmacêuticos de cada país participante;
6. Caracterizar o pessoal; as infra-estruturas das farmácias Portuguesas;
7. Avaliar que tipos de serviços oferecem as farmácias Portuguesas;
8. Avaliar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos, diferenciando entre atividades instrumentais, atividades de cuidados diretos ao paciente e encaminhamento e atividades de consulta.
9. Analisar a evolução destes indicadores (6 a 8) entre 2006 e 2012;

2.3 Principais Questões para Investigação

- Existirão fatores relacionados com o sistema de saúde do país que poderão determinar um maior ou menor grau de implementação de cuidados farmacêuticos?

- Será o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal diferente do observado em 2006?

- Será o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal influenciado por fatores relacionados com a infraestrutura?

- Será o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal influenciado por fatores relacionados com a equipa?

- Será o nível de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal influenciado por fatores relacionados com os serviços oferecidos?

2.4 Hipóteses em Estudo

Hipótese 1:

Os fatores relacionados com as infraestruturas são determinantes para a implementação de cuidados farmacêuticos:

- H_0 : As farmácias com gabinete de utente têm igual implementação de serviços que as farmácias sem gabinete de utente;
- H_1 : As farmácias com gabinete de utente não têm igual implementação de serviços que as farmácias sem gabinete de utente;
- H_0 : As farmácias rurais têm igual implementação de serviços que as urbanas;
- H_1 : As farmácias rurais não têm igual implementação de serviços que as urbanas;

Hipótese 2:

Os fatores relacionados com a equipa farmacêutica são determinantes para a implementação de cuidados farmacêuticos

- H_0 : As farmácias com mais farmacêuticos têm igual implementação de serviços que as farmácias com menos farmacêuticos;
- H_1 : As farmácias com mais farmacêuticos não têm igual implementação de serviços que as farmácias com menos farmacêuticos;
- H_0 : As farmácias com farmacêuticos com formação diferenciada em cuidados farmacêuticos têm igual implementação de serviços que as farmácias com farmacêuticos sem formação diferenciada;
- H_1 : As farmácias com farmacêuticos com formação diferenciada em cuidados farmacêuticos não têm igual implementação de serviços que as farmácias com farmacêuticos sem formação diferenciada;

Hipótese 3:

Os fatores relacionados com os processos são determinantes para a implementação de cuidados farmacêuticos

- H_0 : as farmácias que oferecem um maior leque de serviços aos utentes têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que oferece um leque restrito de serviços;

- H_1 : as farmácias que oferecem um maior leque de serviços aos utentes não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que oferece um leque restrito de serviços;

Hipótese 4:

- H_0 : as farmácias com um maior número itens dispensados têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que dispensam um menor número de itens;
- H_1 : as farmácias com um maior número itens dispensados não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que dispensam um menor número de itens;

Tabela 2 - Síntese dos objetivos específicos e da metodologia empregue para a sua prossecução

Objetivos	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar as farmácias comunitárias de cada país participante; • Caracterizar os serviços farmacêuticos disponíveis nas farmácias de cada país participante; • Caracterizar a educação e o treino dos farmacêuticos de cada país participante; 	Inquérito <i>online</i> dirigido a representantes de todos os países envolvidos no BPCS 2012/2013
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar o pessoal; as infra-estruturas das farmácias Portuguesas; 	BPCS 2012/2013 – secção A
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar que tipos de serviços oferecem as farmácias Portuguesas; 	BPCS 2012/2013 – secção adicional desenvolvida especificamente para este projeto
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de implementação de cuidados farmacêuticos, diferenciando entre atividades instrumentais, atividades de cuidados diretos ao paciente e encaminhamento e atividades de consulta. 	BPCS 2012/2013 – secção B
<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a evolução destes indicadores entre 2006 e 2013; 	BPCS 2006 e BPCS 2012/2013

3. Materiais e Métodos

3.1 Desenho do Estudo

Foram realizados dois estudos observacionais transversais em paralelo, o que significa que a recolha dos dados é realizada num único momento do tempo (podendo não ser a mesma para as duas amostras a constituir, adiante explicitado). Estes dois estudos têm objetivos diferentes, mas complementares e amostras também diferentes.

3.2 Amostra

Foram constituídas duas amostras:

A amostra para o estudo I corresponde a representantes chave de cada país, selecionados para participar no estudo com base na sua experiência e contribuição prévia em atividades de divulgação do país, nomeadamente através de atividades de carácter político ou científico ($n = 27$). Esta amostra pode então ser classificada como intencional, *ie*, os participantes são selecionados de acordo com o conhecimento que têm do tópico que se pretende estudar. Recorrer-se-á ainda a uma amostra bola de neve, para identificar representantes de países menos participativos em atividades político-científicas, nomeadamente os países de Leste.

No estudo II a população em análise corresponde às 2937 farmácias existentes em Portugal, ainda que tenha sido enviado um *mailing* para os farmacêuticos comunitários registados na base de dados da OF ($n = 6797$). 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%, um erro de 3% e uma prevalência do fenómeno de 17%, procurando-se assim obter 500 farmácias (Hughes *et al.*, 2010). A amostra foi auto-seleccionada, pois fazem parte dela os farmacêuticos que responderam de forma voluntária ao questionário disponibilizado de forma voluntária. Para verificar a comparabilidade da amostra com a população de onde foi extraída, compararam-se algumas características demográficas com dados de referência.

3.3 Implementação do Estudo

Estudo I: Previamente foi elaborado um documento com os endereços eletrónicos das pessoas chave que foram selecionadas de cada país participante.

Estudo II: Procedeu-se ao envio de um *mailing* para os farmacêuticos registados na base de dados da OF. Dado ter sido conseguido o apoio da OF, a unidade de análise passou a ser o farmacêutico e não a farmácia. O *mailing* foi enviado através de uma *newsletter* especial, na qual todos os farmacêuticos foram convidados a participar no estudo e onde era mencionado o *link* de acesso direto à página do questionário *online*. Foi enviado mais tarde, através da *newsletter* da ANF dois alertas com foco em aumentar a taxa de resposta. Posteriormente, um terceiro alerta foi enviado, anunciando o sorteio de um prémio.

3.4 Período de Estudo

Estudo I: a recolha dos dados decorreu entre 3 de Março e 15 de Abril de 2013.

Estudo II: 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 projeto 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.

3.5 Instrumento para Recolha da Informação

Estudo I: O instrumento para a recolha da informação foi um questionário constituído por questões de resposta fechada, semi-fechada e por questões de resposta aberta (anexo 1), que pretendia caracterizar os sistemas de saúde de vários países, observando particularmente as características de funcionamento e regulação das farmácias comunitárias de cada país participante. Este questionário foi desenvolvido especificamente para este projeto, baseando-se nas secções de uma série de artigos intitulada “*Pharmacy around the world*” publicada no *Annals of Pharmacotherapy* em 2006. Assim, as principais secções avaliadas incluem, o sistema de saúde, aspetos sobre as farmácias comunitárias de cada país, os produtos disponíveis, a educação e o treino da equipa técnica das farmácias, os serviços disponíveis na farmácia e por fim, uma

secção que pretende que os inquiridos mencionem aspetos que considerem relevantes para o estudo não abordados nas secções prévias. Este questionário foi pré-testado através da colaboração de van Mil (anexo 1).

Estudo II: O instrumento utilizado para recolha da informação foi uma versão adaptada da BPCS, questionário composto por duas secções (A e B) e que deve ser preenchido pelo farmacêutico que dedica mais tempo ao acompanhamento de doentes em cada farmácia (anexo 2) (Odedina e Segal, 1996). O questionário, foi originalmente desenvolvido por Odedina e Segal, tendo sido adaptado e validado para Portugal no estudo realizado em 2006 (Odedina e Segal, 1996; Hughes *et al.*, 2010; Costa, Guerreiro, Hughes & McElnay, 2007a; Costa, Guerreiro, Hughes & McElnay, 2007b). A secção A, constituída por quinze questões, caracteriza a farmácia, os seus recursos (*e.g.* profissionais), e serviços prestados. Foram ainda acrescentados dois novos campos de preenchimento, um destinado ao código da ANF e outro ao número da carteira profissional, o qual permitia analisar a existência de questionários correspondentes a farmacêuticos de uma mesma farmácia e/ou duplicados da mesma pessoa. A secção B, formada por 34 questões, 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 isso à descrição de diferentes situações. Nesta secção pretende-se que o farmacêutico recorde os últimos doentes que atendeu, não havendo recrutamento de doentes para o estudo, assumindo-se que esses serão representativos do tipo de cuidado habitualmente prestado nessa farmácia. De modo a garantir que os respondentes compreendem o que se pretende caracterizar, a secção B é antecedida de uma definição de cuidados farmacêuticos de Hepler e Strand (1990). No final do questionário, foi adicionada uma pergunta de resposta opcional sobre os serviços prestados pelas farmácias Portuguesas, que foi especificamente desenvolvida para responder aos objetivos do presente estudo.

O questionário é maioritariamente constituído por questões de resposta fechada, contendo algumas opções semiabertas, em que a pessoa inquirida pode referir uma opção que não esteja contemplada como uma opção de resposta fechada.

3.6 Variáveis em Estudo

Estudo I:

- Sistema de saúde dos países participantes, os seguros de saúde, número de habitantes/farmácia, legislação referente à propriedade de farmácias e critérios para a instalação de novas farmácias, organizações representativas dos farmacêuticos, as categorias de medicamentos disponíveis, a venda de medicamentos fora das farmácias, a comparticipação dos medicamentos, a formação da equipa técnica e sua remuneração, a existência de requisitos para manutenção da carteira profissional, as especialidades reconhecidas, o sistema de gestão da qualidade, os serviços farmacêuticos existentes nas farmácias dos países em estudo e a sua remuneração.

Estudo II:

- 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 (*e.g.* espaço para atendimento privado, sistema informático) e os domínios específicos da secção B do BPCS, os quais incluem, a dimensão do *Direct Patient Care Activities* (composto por 17 itens), o *Referral and Consultation Activities* (composto por 8 itens) e o *Instrumental Activities* (composto por 7 itens) (Hughes *et al.*, 2010).

3.7 Análise de Dados

Nos dois estudos (estudo I e II), os dados foram recolhidos na plataforma “Google docs”, a qual permite a sua extração para Microsoft Excel, versão 2012. Esta base de dados foi depois importada para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19, a qual permitiu efetuar a análise de dados. Os dados do estudo I foram tratados recorrendo a estatística descritiva univariada, utilizando variáveis qualitativas nominais e variáveis quantitativas contínuas. Os dados do estudo II foram tratados recorrendo a estatística descritiva univariada, recorrendo a frequências relativas e absolutas no caso das variáveis qualitativas nominais, e recorrendo a medidas de tendência central e dispersão no caso das variáveis quantitativas. Recorreu-se ainda a análise estatística bivariada, nomeadamente ao teste de qui-quadrado para variáveis categóricas e ao teste *t-Student* para associar variáveis

categóricas com variáveis contínuas e ao coeficiente de correlação de *Pearson* ou de *Spearman* para associar variáveis contínuas (respectivamente para variáveis com distribuição Normal e Não Normal), para responder às hipóteses formuladas. Considerou-se para todos os testes efetuados um IC 95%. Os domínios do BPCS foram calculados através da criação de um *score* global formado pelo somatório das respostas aos itens individuais que o compõem, de acordo com as indicações do coordenador do estudo internacional (anexo 3). A estimativa da dimensão da amostra para o estudo II foi efetuada no programa Excel recorrendo à definição de fórmulas de cálculo para estudos transversais.

3.8 Ética e Confidencialidade

Estudo I: O questionário, apesar de ser de resposta voluntária, o anonimato não foi possível de assegurar, pelo facto de haver uma variável que recolhe o país a que pertence cada questionário.

Estudo II: O questionário foi de resposta voluntária, sendo os dados confidenciais. O anonimato não foi possível de assegurar, pelo facto de haver uma variável que recolhe o código da Associação Nacional das Farmácias e o número da carteira profissional. No entanto, estes códigos eram facultativos, sendo a não resposta não impeditiva do preenchimento do questionário. Ainda assim, foi garantido aos participantes que o primeiro destes campos servia apenas para identificar vários farmacêuticos de uma mesma farmácia, visto que apenas um será incluído na análise, e o segundo destes campos serve para extrair o vencedor de um prémio a sortear atribuído pela Ordem dos Farmacêuticos. Este campo foi incluído na base de dados mas na publicação dos dados (artigo aceite na Revista Portuguesa de Farmacoterapia, Outubro 2013), as farmácias ou farmacêuticos que participaram no estudo não são mencionados. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM).

3.9 Entidades Apoiantes e Financiadoras do Estudo

No estudo I contou-se com o apoio da OF na divulgação do estudo e no financiamento do prémio sorteado (*iPad*) e com o apoio da ANF também na divulgação do estudo.

4. Resultados e Discussão

a) Resultados

Estudo I

Foram contactados diretamente representantes de 27 países Europeus (Alemanha, Bélgica, Bósnia, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Escócia, Eslovénia, Espanha, Finlândia, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Macedónia, Malta, Noruega, País de Gales, Polónia, Portugal, República Checa, Sérvia, Suécia e Suíça), dos quais 19 responderam ao questionário (Bélgica, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Espanha, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Macedónia, Malta, Noruega, Portugal, Sérvia, Suécia e Suíça), obtendo-se assim uma taxa de resposta real de 70,4%. No entanto, se for assumido que se recorreu à técnica de bola de neve na expectativa de abranger a totalidade dos países Europeus (n=50, Organização das Nações Unidas), a taxa de resposta teórica foi de 38%.

Toda a informação presente nesta secção foi recolhida e analisada a partir dos questionários, salvo algumas exceções, como a falta de resposta por parte dos inquiridos ou informação incompleta. Deste modo, alguns pontos foram enriquecidos com pesquisa bibliográfica adicional, a qual é devidamente referenciada na secção adequada.

4.1 Sistema de Saúde

Para estudar melhor o funcionamento do sector do medicamento nos países inquiridos, é interessante analisar em primeiro lugar, como funciona o sistema de saúde de cada país, olhando neste ponto em particular para a existência de obrigatoriedade ou não de um seguro de saúde, pretendendo-se consequentemente analisar o acesso das populações aos cuidados de saúde e os custos cobertos pelos seguros.

4.1.1 Estrutura do Sistema de Saúde dos Países Europeus

A tabela descrita em baixo pretende resumir algumas características do sistema de saúde dos países Europeus, nomeadamente:

- 1) Predominância do sector público ou privado;
- 2) Financiamento;

3) Cobertura e acessibilidade dos cidadãos

Os resultados provêm do questionário, mas também foram enriquecidos com a consulta de outras fontes, que são mencionadas devidamente junto da informação.

Tabela 3 – Funcionamento do sistema de saúde em 19 países Europeus

Bélgica	<ol style="list-style-type: none"> 1) O seguro de saúde do estado é obrigatório. 2) A cobertura básica é fornecida pelo sistema de segurança social, conhecido como o <i>mutualité</i> ou <i>Ziekenfonds</i>. Os utentes pagam uma determinada quantia da conta médica. Muitos belgas optam por fazer um seguro de saúde suplementar de modo a cobrir a parcela da conta que não é reembolsada. Por outro lado, muitos empregadores fornecem a cobertura de seguro suplementar como um benefício. As contribuições para os seguros de saúde são pagas por empregadores e empregados e que equivalem a 7,35% do salário bruto de cada pessoa. O empregado deve pagar 3,55% diretamente do seu salário e os empregadores têm de pagar os restantes 3,8%. Relativamente, aos trabalhadores independentes, estes têm de pagar 7,35% numa base trimestral. 3) A cobertura é fornecida para os membros do agregado familiar que estão desempregados e para as crianças até aos 18 anos de idade. Os desempregados, pensionistas e os doentes crónicos ou em licença de maternidade não têm que pagar as contribuições de saúde.
Bulgária	<ol style="list-style-type: none"> 1) Existe um seguro de saúde do estado obrigatório.¹ 2) Sistema de saúde é financiado através das contribuições e através dos impostos.¹ 3) O <i>National Health Insurance Fund</i> é a entidade responsável pela cobrança das contribuições dos seguros de saúde, pagamentos aos prestadores dos cuidados de saúde e é ainda responsável por assegurar à população o acesso aos cuidados de saúde.²
Croácia	<ol style="list-style-type: none"> 1) O sistema de saúde é da competência do Ministério da Saúde. O seguro nacional de saúde público é regulado pelo <i>Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje</i>, ou Instituto Croata dos Seguros de Saúde. 2) As contribuições para o seguro de saúde são obrigatórias para todos os cidadãos que se encontram no mercado de trabalho. Pensionistas e indivíduos com uma renda baixa estão isentos de pagamento. Alguns cidadãos complementam o seu serviço de saúde com um seguro de saúde privado adicional. 3) O acesso aos cuidados de saúde é definido pela <i>Health Care Act</i> e Lei do Seguro de Saúde e todos os cidadãos têm igual acesso.

¹ Informação obtida através: Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D., van Ginneken, E. (2012). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(3), 1–186.

² Informação obtida através: Rechel, B., Blackburn, C., Spencer, N., Rechel, B. (2011). Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. *BMC Health Service Research*, 11, 219.

Dinamarca	<ol style="list-style-type: none"> 1) O serviço nacional de saúde é público. Para os serviços odontológicos e para as despesas com os medicamentos os cidadãos podem optar por um seguro privado. 2) Financiado pelos impostos. 3) Todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde.
Espanha	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistema de saúde público. 2) Funciona através de um modelo em que as despesas são suportadas pelo orçamento nacional, provenientes dos impostos 3) Todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde (unidades de emergência, médicos, hospitais).
Holanda	<ol style="list-style-type: none"> 1) Seguro de saúde privado é obrigatório para todos os cidadãos, mas cada cidadão escolhe a sua própria seguradora. 2) Os cidadãos com mais de 18 anos pagam uma quantia fixa que varia de acordo com a companhia de seguros. Crianças até aos 18 anos não pagam o seguro de saúde, sendo o estado o responsável por pagar uma contribuição à companhia de seguros.³ 3) Existe um pacote mínimo, designado de seguro padrão que deve contemplar: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuidados médicos (clínica geral, médicos especialistas e obstetras); <input type="checkbox"/> Tratamento hospitalar; <input type="checkbox"/> Medicação; <input type="checkbox"/> Atendimento odontológico (até aos 18 anos); <input type="checkbox"/> Cuidados pós-parto; <input type="checkbox"/> Fisioterapia limitada; <input type="checkbox"/> Programas de cessação tabágica.³ <p>Todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde.</p> <p>Em 2006 terminou o <i>sick fund</i> que era o seguro de saúde holandês que cobria todos os empregados e os seus dependentes.⁴</p>
Hungria	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tem um serviço nacional de saúde público. 2) É financiado através das contribuições e de transferências de receitas fiscais do regime de seguro de saúde.⁵ 3) A prestação de cuidados de saúde é baseada no dever constitucional do Estado de tornar os serviços de saúde disponíveis a todos os residentes.

³ Informação obtida através: Government of the Netherlands. (2013). *Health insurance*. Disponível em: <http://www.government.nl/>

⁴ Informação obtida através: Okma, K. (2009). *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?* New York University.

⁵ Informação obtida através: Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(5), 1–266.

<p>Inglaterra</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) O NHS é o serviço nacional de saúde público Inglês. Existem também os seguros de saúde privados.⁶ 2) Financiado pelos impostos com um orçamento fixo disponível.⁶ 3) Todos os cidadãos têm acesso gratuito aos cuidados de saúde. Cobre os custos hospitalares, com médicos especialistas, com os médicos de família e com a medicação.
<p>Irlanda</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) O serviço nacional de saúde Irlandês é público. 2) Financiado através dos impostos. 3) Todos têm direito ao serviço nacional de saúde. Os cidadãos que assim entenderem podem optar também por um seguro privado.
<p>Irlanda do Norte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Na Irlanda do Norte, o serviço nacional de saúde público trata todos os cidadãos sem pagamento. 2) Financiamento público, principalmente através dos impostos⁷ 3) Todos os cidadãos têm igual acesso aos cuidados de saúde, sem pagamento no ponto de atendimento.
<p>Itália</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Em Itália o serviço nacional de saúde é público e proporciona cuidados de saúde baratos a todos os cidadãos. 2) O financiamento é feito através dos impostos. 3) Todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde.
<p>Islândia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Não há um sector privado de saúde na Islândia.⁸ 2) Financiado publicamente, através de impostos. 3) Acesso aos cuidados de saúde de um modo geral é bom.
<p>Macedónia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Seguro de saúde público universal (<i>Health Insurance Fund Macedonia</i>), prestado por uma instituição pertencente ao estado, sendo o seguro obrigatório para todos os cidadãos. 2) O financiamento dos cuidados de saúde é gerido pelo <i>Health Insurance Fund Macedonia</i> e é feito através de co-pagamentos, dos salários dos trabalhadores e no caso dos desempregados e beneficiários de previdência social é feita através do orçamento do Estado.⁹ 3) Cada trabalhador, cidadão registado como desempregado, reformados e deficientes tem um seguro de saúde do Estado e tem acesso a todas as instituições de saúde que têm um contrato com o <i>Health Insurance Fund Macedonia</i>. Caso contrário, é

⁶ Informação obtida através: National Health Service. (2013). *Guide to the Healthcare System in England*. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF

⁷ Informação obtida através: O'Neill, C., McGregor, P., Merkur, S. (2012). United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(10), 1–91.

⁸ Informação obtida através: Ólafsson, S. (2010). Pensions, Health and Long-term Care. Annual National Report 2010.

⁹ Informação obtida através: Apostolska, Z., Tozija, F. (2010). Pensions, Health and Long-term Care, Former Yugoslav Republic of Macedonia, *Annual National Report 2010*.

	necessário pagar o preço total do serviço médico.
Malta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Existe um sistema público e privado que trabalham em paralelo. 2) O financiamento do sistema de saúde público é feito através dos impostos e do seguro nacional.¹⁰ No sistema público todos os cuidados de saúde são gratuitos. Indivíduos com baixa renda ou com uma doença crónica têm os medicamentos gratuitos. No sistema privado, cada um paga do seu próprio bolso, a não ser que possua um seguro de saúde que cubra essas despesas. 3) Todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde.
Noruega	<ol style="list-style-type: none"> 1) O serviço nacional de saúde é público e os seguros privados são raros. 2) Serviço nacional de saúde é financiado pelos impostos e o sistema privado é suportado pelo doente. 3) Todos os cidadãos têm acesso gratuito aos cuidados de saúde.
Portugal	<ol style="list-style-type: none"> 1) O sistema de saúde Português é caracterizado pela coexistência de três sistemas, o serviço nacional de saúde (público), os subsistemas de saúde (especiais para determinadas profissões, os quais podem ser públicos ou privados) e os seguros de saúde privados voluntários. Próximo de 25% da população Portuguesa é coberta por subsistemas de saúde e 10% por seguros privados. 2) O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é financiado pelos impostos (e.g. IRS, IVA). 3) O SNS oferece uma cobertura universal, embora existam algumas medidas para garantir a sustentabilidade do sistema (por exemplo, a aplicação de taxas de utilização que são pagos no final dos tratamentos, tanto em hospitais como nos cuidados primários). Na verdade as taxas moderadoras já existem desde 1990, mas com a mais recente atualização dos valores, estes aumentaram. Alguns cidadãos, porque tem determinadas doenças ou porque auferem menos que o salário mínimo obrigatório estão isentos de pagar estas taxas e pagam menos por medicamentos.¹¹
Sérvia	<ol style="list-style-type: none"> 1) O seguro de saúde do estado é obrigatório. 2) Financiado através de um fundo de seguro de saúde, o <i>Health Insurance Fund</i>, que é financiado em parte pelos empregadores e empregados e que cobre a maioria dos serviços médicos. O valor da contribuição depende do valor salarial do empregado. 3) Todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde.
Suécia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tem um serviço nacional de saúde público. 2) O serviço nacional de saúde é financiado por impostos, incluindo os centros de saúde e os hospitais operados pelos concelhos municipais. No entanto, existem hospitais e centros de saúde de propriedade privada. 3) Todos os residentes do país têm acesso aos cuidados de saúde.

¹⁰ Informação obtida através: Restall, B., Giest, S., Dumortier, J., Artmann J. (2010). *Country Brief: Malta*. European Commission, DG Information Society and Media. Disponível em: http://ehealth-strategies.eu/database/documents/malta_countrybrief_ehstrategies.pdf

¹¹ Informação obtida através: Barros, P. P. (2013). *Pela sua Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

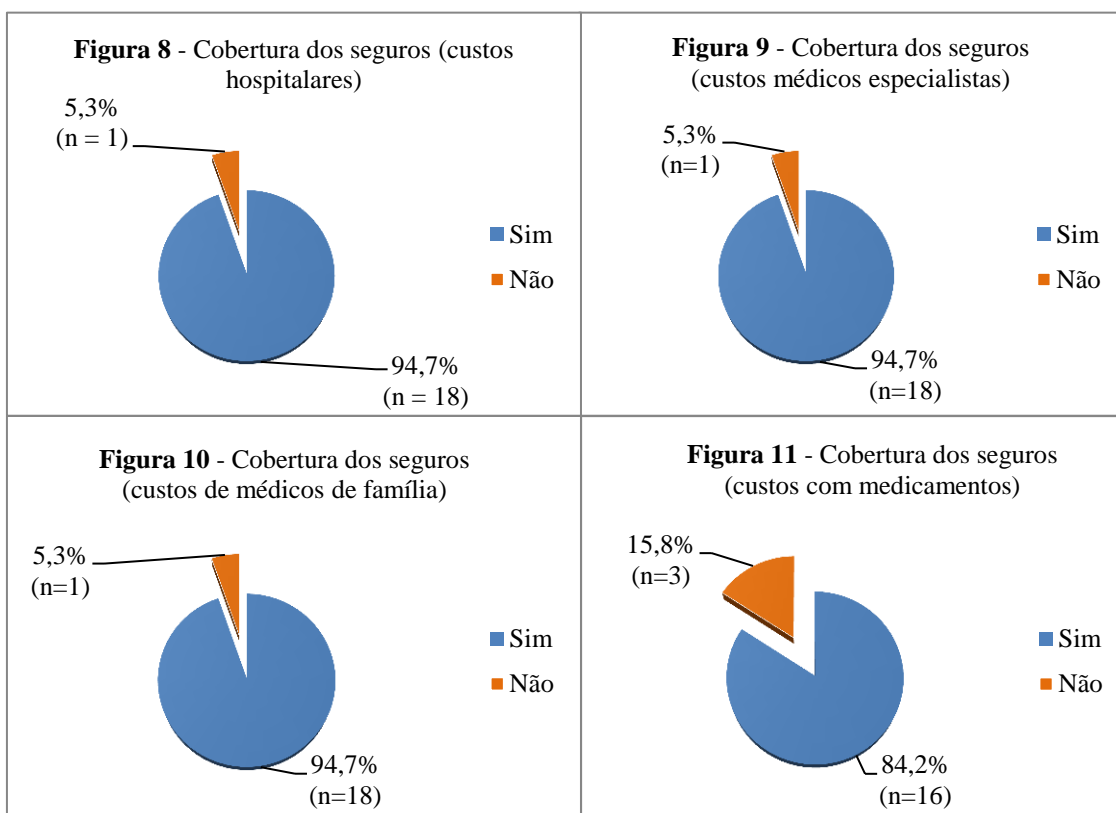
Suíça	<ol style="list-style-type: none"> 1) Os cidadãos devem obter um seguro de saúde e, por sua vez, as seguradoras devem oferecer cobertura a todos os cidadãos. O seguro privado é obrigatório. 2) O seguro é pago pelo cidadão, mas estes têm ainda de pagar 10% dos seus custos de saúde, até um valor máximo de co-pagamento por ano. 3) Na Suíça, os cuidados de saúde são garantidos a todos os cidadãos.
-------	---

4.1.2 Seguros de Saúde (Seguros de saúde do estado e seguros de saúde privados)

Procurou-se analisar como funcionam os seguros de saúde nos países Europeus, mas convém clarificar que quando se refere seguros de saúde do estado, é o que comumente se designa no caso de Portugal de SNS. Assim sendo, verificou-se que em 16 dos 19 países inquiridos, nomeadamente, Bélgica, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Espanha, Hungria, Inglaterra, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Macedónia, Malta, Noruega, Portugal, Sérvia e Suécia, o seguro de saúde do estado é obrigatório. Os inquiridos da Holanda, Irlanda e Suíça não responderam a esta questão. No entanto, como mencionado na secção 4.1 referente aos sistemas de saúde é possível concluir que na Holanda não existe um seguro de saúde do estado dado que é obrigatório para todos os cidadãos um seguro de saúde privado, à semelhança do que ocorre na Suíça. No caso da Irlanda, analisando a secção 4.1.1 o seguro de saúde do estado é obrigatório, passando neste caso a ser 17 dos 19 países a ter seguro de saúde do estado obrigatório.

Dos aspetos cobertos pelos seguros de saúde obrigatórios é possível verificar que em apenas um país, a Bulgária, o seguro de saúde não cobre os custos hospitalares, nem os custos com médicos especialistas e com o médico de família (figura 8, 9, 10 e tabela 4). Em relação aos custos com os medicamentos estes não são cobertos na Bulgária, Dinamarca e Irlanda (figura 11 e tabela 4).

Aspetos cobertos pelos seguros de saúde obrigatórios:



A tabela apresentada de seguida pretende resumir quais os aspetos cobertos pelos seguros de saúde obrigatórios em cada país. Observa-se que os seguros de saúde da Holanda, Inglaterra, Macedónia, Espanha, Croácia, Malta, Suíça, Itália e Portugal cobrem os custos hospitalares, de médicos especialistas, com médicos de família e com os medicamentos. A Bulgária é o país em que o seguro de saúde tem uma cobertura menor.

Tabela 4 – Custos cobertos pelos seguros de saúde obrigatórios em cada país (considerando os seguros de saúde obrigatórios do estado e os privados)

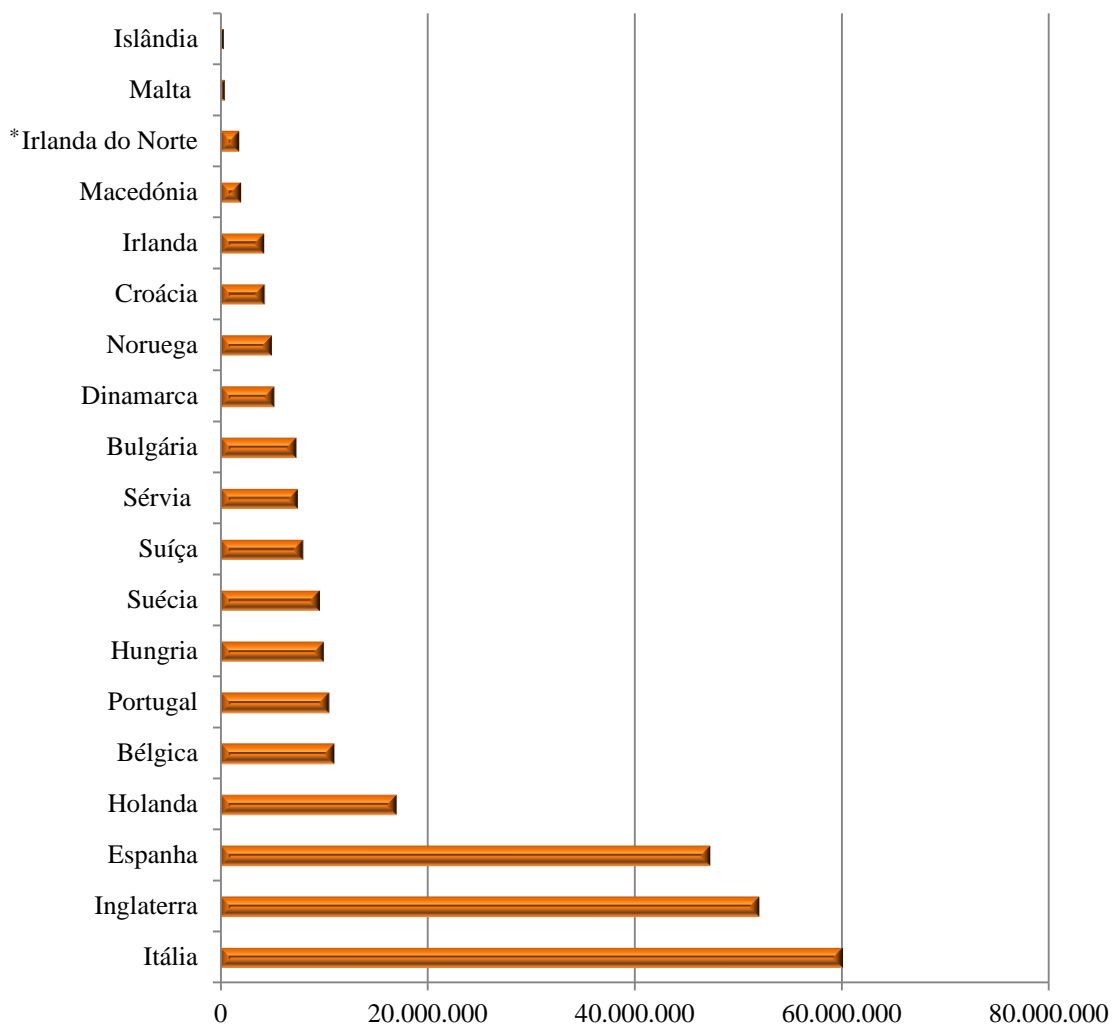
País	Custos hospitalares	Custos médicos especialistas	Custos médicos de família	Custos com medicamentos
Bélgica	✓	✓	✓	✓
Bulgária	x	x	✓	x
Croácia	✓	✓	✓	✓
Dinamarca	✓	✓	✓	x
Espanha	✓	✓	✓	✓
Holanda	✓	✓	✓	✓
Hungria	✓	✓	✓	✓
Inglaterra	✓	✓	✓	✓
Irlanda	✓	✓	x	x
Irlanda do Norte	✓	✓	✓	✓
Islândia	✓	✓	✓	✓
Itália	✓	✓	✓	✓
Macedónia	✓	✓	✓	✓
Malta	✓	✓	✓	✓
Noruega	✓	✓	✓	✓
Portugal	✓	✓	✓	✓
Suécia	✓	✓	✓	✓
Suíça	✓	✓	✓	✓

4.2 Farmácia Comunitária

4.2.1 Número de Habitantes por País

O número de habitantes de cada país Europeu varia muitíssimo, como demonstrado na figura 12. Verifica-se que os países com um maior número de habitantes são a Itália, a Inglaterra e a Espanha. No extremo oposto, está a Islândia e a Malta. De notar que Portugal se situa no quartil inferior da figura com cerca de 10.500.000 de habitantes.

Figura 12 - Número médio de habitantes por país

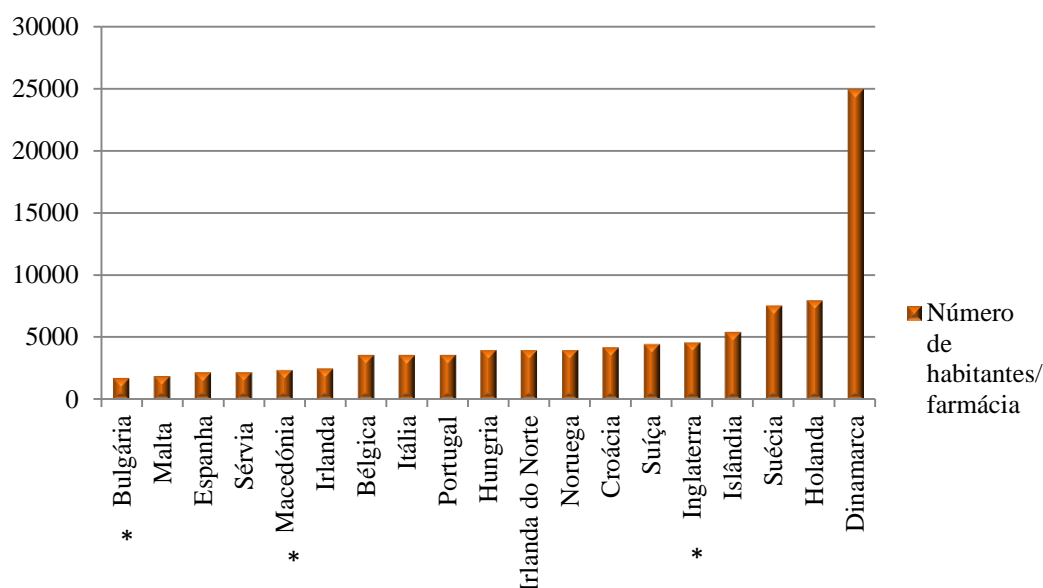


* Dados segundo o PGEU, 2011.

4.2.2 Número Médio de Habitantes/Farmácia

A Dinamarca é dos países participantes no estudo o que tem o maior número de habitantes por farmácia, cerca de 25 mil habitantes por farmácia. O país com menor número de habitantes por farmácia é a Bulgária com 1750, de referir que este valor foi um dado obtido do PGEU 2011. Em relação a Portugal observa-se que apresenta cerca de 3600 habitantes por farmácia (figura13), situando-se assim ligeiramente abaixo do ponto médio da figura, podendo dizer-se que o país tem uma boa cobertura farmacêutica.

Figura 13 - Número de habitantes/farmácia



* Dados segundo o PGEU, 2011.

4.2.3 Propriedade das Farmácias

A tabela 5 permite ter uma visão geral acerca do regulamento da propriedade das farmácias comunitárias dos países inquiridos. A salientar o caso excepcional da Suíça, em que os médicos podem ser proprietários de uma farmácia.

Tabela 5 – Propriedade das farmácias comunitária em 19 países Europeus

Propriedade das farmácias	País
Um farmacêutico (uma farmácia)	Espanha; Malta; Irlanda do Norte; Dinamarca; Sérvia;
Um farmacêutico (várias farmácias)	Holanda; Inglaterra ¹² ; Croácia; Irlanda; Malta; Suíça ¹³ ; Itália; Irlanda do Norte; Hungria; Dinamarca; Noruega; Suécia;
Pessoal não farmacêutico (uma farmácia)	Holanda; Inglaterra; Malta; Suíça ¹³ ; Irlanda do Norte; Hungria; Suécia;
Pessoal não farmacêutico (várias farmácias)	Holanda; Inglaterra; Portugal; Macedónia; Croácia; Irlanda; Bulgária; Malta; Suíça; Bélgica; Irlanda do Norte; Hungria; Sérvia; Islândia; Noruega; Suécia;

¹² Informação obtida através: Vogler, S., Arts, D., Sandberger, K. (2012). Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. *Summary Report*.

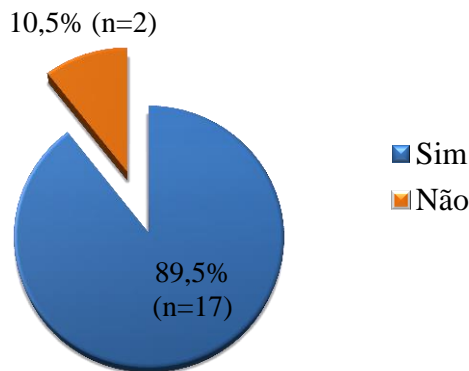
¹³ Inclusive médicos.

À semelhança de Portugal, existem outros países, que apesar de permitirem pessoal não farmacêutico como proprietário, têm restrições à propriedade. Esta informação não foi recolhida no estudo, apenas se sabe que em Portugal, a propriedade das farmácias restringe-se aos médicos, grossistas, indústria farmacêutica, associações representativas das farmácias, empresas privadas de prestação de cuidados de saúde e subsistemas que participem no preço dos medicamentos (Decreto-lei nº307/2007).

4.2.4 Critérios Demográficos para a Instalação de Novas Farmácias

A existência de critérios demográficos para a instalação de novas farmácias é comum em praticamente todos os países Europeus. Dos países inquiridos 17 apresentam critérios demográficos para a instalação de novas farmácias (89,5%), ao contrário, apenas 2 países (Suíça e Holanda) não apresentam critérios (10,5%) (figura 14).

Figura 14 - Critérios demográficos para a instalação de novas farmácias



Países onde existem critérios demográficos para a instalação de novas farmácias: Inglaterra; Portugal; Macedónia; Espanha; Croácia; Irlanda; Bulgária; Malta; Itália; Bélgica; Irlanda do Norte; Hungria; Dinamarca; Sérvia; Islândia; Noruega; Suécia.

De mencionar que em Portugal, estes critérios estão definidos por lei (Portaria n.º 1430/2007, de 2 de Novembro, artigo 2º), estando a abertura de novas farmácias condicionada ao preenchimento cumulativo de 3 requisitos:

- Capitação mínima de 3500 hab. por farmácia aberta ao público no município, salvo quando a farmácia é instalada a mais de 2 km da farmácia mais próxima;
- Distância mínima de 350 m entre farmácias, contados, em linha reta, dos limites exteriores das farmácias;

c) Distância mínima de 100 m entre a farmácia e uma extensão de saúde, um centro de saúde ou um estabelecimento hospitalar, contados, em linha recta, dos respectivos limites exteriores, salvo em localidades com menos de 4000 hab. (Portaria nº1420/2007, artigo 2º).

4.2.5 Organizações Representativas dos Farmacêuticos e das Farmácias de cada País

Pretendeu-se avaliar dentro de cada país quais as organizações mais representativas dos farmacêuticos e das farmácias e quais as suas funções. Deste modo, o texto abaixo resume as organizações mais importantes dentro de cada país participante.

Na Holanda, a KNMP é uma associação que representa todos os farmacêuticos comunitários, hospitalares e da indústria.

Em Inglaterra existe a *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* (RPSGB), que é o órgão que representa as farmácias e os farmacêuticos em Inglaterra, Escócia e País de Gales.¹⁴

Em Portugal, a Ordem dos Farmacêuticos, é a organização reguladora que representa os farmacêuticos. Por sua vez, a Associação Nacional das Farmácias representa os proprietários das farmácias comunitárias, da qual são associadas cerca de 97% das farmácias portuguesas e a sua missão é defender os interesses morais, profissionais e económicos dos proprietários de farmácia. A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED) é uma agência com o objetivo de monitorar, avaliar e regular todas as atividades relacionadas com os medicamentos humanos e produtos de saúde para a proteção da saúde pública.

Na Macedónia, o *Pharmaceutical chambers* tem por objetivo a organização de exames estaduais e ainda é responsável pelo processo de licenciamento dos farmacêuticos. O *Bureau of drugs* é o responsável pela abertura de novas farmácias, pela implementação e controlo da execução de leis e regulamentos relativos à dispensa de medicamentos.

¹⁴ Informação obtida através: Royal Pharmaceutical Society. (2013). *About the Royal Pharmaceutical Society*. Disponível em: <http://www.rpharms.com/home/home.asp>

Em Espanha, o *Consejo General de Colegios* é o órgão que representa os farmacêuticos. Para os farmacêuticos poderem exercer profissionalmente, têm que se inscrever no *Consejo General de Colegios* da província a que pertencem. A *Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles* (FEFE) é uma empresa direcionada para os proprietários de farmácias comunitárias cuja adesão é voluntária e que tem por objetivo defender os interesses gerais dos seus membros e lidar com a parte económica das farmácias. A *Sociedad Española de Farmacia Comunitaria* (SEFAC) é uma associação científico-profissional, dirigida essencialmente para os farmacêuticos que trabalham em farmácias comunitárias, cujo objetivo é a mudança na gestão da medicação nas farmácias comunitárias.

Na Croácia, o *Croatian Chamber of Pharmacists* é a associação na qual todos os farmacêuticos devem estar registados. Por sua vez, o *Croatian Pharmaceutical Society* é uma sociedade profissional que representa os farmacêuticos e à qual a sua adesão é voluntária. Tem por objetivo promover o trabalho profissional e científico no campo da farmácia, proteção dos princípios éticos dos farmacêuticos e promover a sua educação contínua.

Na Irlanda, a *Irish Pharmacy Union* (IPU) é a entidade representativa dos farmacêuticos. Tem por objectivo promover os interesses profissionais e económicos dos seus membros. A *Hospital Pharmacists Association of Ireland* representa os seus membros em questões relevantes do âmbito dos farmacêuticos hospitalares. A *Pharmaceutical Society of Ireland* é o órgão responsável pela regulamentação da profissão farmacêutica e das farmácias, assumindo a responsabilidade de supervisão do cumprimento da lei.

Na Bulgária, a *Bulgarian Pharmaceutical Union* é a entidade que representa os farmacêuticos¹⁵ e a *Bulgarian Association of Hospital Pharmacists* (BAHP), é a associação que tem como um dos objetivos defender os interesses dos farmacêuticos hospitalares.

Em Malta, o *Malta College of Pharmacy Practice* (MCP) é uma instituição académica que tem por objetivo promover a educação contínua através da organização

¹⁵ Informação obtida através: PGEU. (2013). *Members*. Disponível em: <http://www.pgeu.eu/pgeu/members.html>

de cursos. A *Malta Chamber of Pharmacists* é a associação profissional dos farmacêuticos de Malta e trata de todos os problemas relativos à profissão farmacêutica.

Na Suíça, a *Swiss Association of Pharmacists* é a associação profissional dos farmacêuticos que apoia o desenvolvimento profissional e garante os padrões éticos na prática farmacêutica.

Em Itália existe a *Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia* (Federfarma) que é uma associação nacional que representa as farmácias privadas filiadas com o Serviço Nacional de Saúde de Itália. Por sua vez, a *Association of Rural Pharmacists* (SUNIFAR) representa as farmácias comunitárias rurais. A *Federazione Ordine Farmacisti Italiani* é a associação profissional dos farmacêuticos.

Na Bélgica, a *Association of Pharmacies in Belgium* defende e promove a profissão entre todos os intervenientes no sector da saúde. Esta associação apoia os seus membros na prática diária da sua profissão.

Na Irlanda do Norte, a *Pharmaceutical Society North of Ireland* é o órgão que representa os farmacêuticos em todos os aspetos da profissão. Por sua vez, a *Community Pharmacy North of Ireland* tem como objetivo representar todos os contratos efetuados pelas farmácias comunitárias e a *Ulster Chemists Association* é a organização que promove os interesses profissionais e de negócios dos farmacêuticos.

Na Hungria, a *Hungarian Private Pharmacists' Association* representa os proprietários das farmácias, enquanto que a *Hungarian Chamber of Pharmacists* é a entidade representante dos farmacêuticos. A *Hungarian Society for Pharmaceutical Sciences* promove o desenvolvimento das ciências farmacêuticas ao mesmo tempo que tenta fortalecer uma relação entre a prática farmacêutica e a ciência.

Na Dinamarca, a *Association of Danish Pharmacies*, cuida de todos os interesses políticos das farmácias. A *Danish Medicines Agency* é a entidade responsável por regular o preço dos medicamentos, a localização e número de farmácias na Dinamarca.

Na Sérvia, a organização mais representativa dos farmacêuticos é a *Pharmaceutical Chamber*, uma das suas funções é coordenar a formação contínua dos farmacêuticos, através da organização de cursos. Esta organização é ainda responsável

pela adaptação de atos relevantes para a profissão farmacêutica, como exemplos, o código de ética e as boas práticas farmacêuticas.

Na Islândia, são funções da *Pharmaceutical Society* a formação contínua dos farmacêuticos e a defesa dos seus interesses.

Na Noruega, a *Norwegian Pharmacy Association* (Apotek foreningen) é uma organização que representa as farmácias e os seus proprietários. A *Norwegian Pharmacy Union*, é a organização que representa todos os farmacêuticos, independentemente do ramo em que trabalham.

A *Swedish Pharmacists Association* é uma associação que representa praticamente todas as farmácias da Suécia, bem como os seus proprietários. *The Union of Chemist's Employees* é o sindicato que representa principalmente os técnicos de farmácia, mas também os farmacêuticos e os prescritores. A *Swedish Academy of Pharmaceutical Sciences* (SAPS), é uma organização independente para as pessoas que trabalham na área dos medicamentos e encontra-se focada em questões do âmbito profissional. O objetivo desta organização é promover a pesquisa farmacêutica. Qualquer pessoa interessada em medicamentos pode-se tornar membro da SAPS, mas a maioria são farmacêuticos e prescritores.

Em suma, apesar de existirem particularidades em alguns países, é possível verificar que na maioria dos países, existem essencialmente três grandes organizações a ressaltar, a que é responsável por todos os farmacêuticos, sua acreditação e na maioria dos casos sua atualização na carreira, a que é responsável pelas farmácias comunitárias e a que é responsável pela legislação relativa a medicamentos e a farmácias. Existem obviamente fronteiras entre as responsabilidades de umas e outras entidades que não são estanques ao comparar países e como tal tornam este exercício difícil. No entanto, considera-se que a seguinte tabela sumariza os dados supramencionados, sendo prudente considerar a impossibilidade de comparação direta referida.

Tabela 6 – Entidades relevantes na prática farmacêutica

País	Entidade que representa os farmacêuticos	Entidade que representa as farmácias	Responsável pela legislação do medicamento e da farmácia	Outras entidades importantes
Bélgica	<i>Ordre des Pharmaciens</i>	<i>Association of Pharmacies in Belgium</i>	A.I.	<i>Federal Agency for Medicines and Health Products</i>
Bulgária	<i>Bulgarian Pharmaceutical Union</i>	A.I.	A.I.	<i>Bulgarian Association of Hospital Pharmacists</i>
Croácia	<i>Croatian Pharmaceutical Society</i>	A.I.	A.I.	A.I.
Dinamarca	<i>Danish Pharmaceutical Association</i>	<i>Association of Danish Pharmacies</i>	A.I.	<i>Danish Medicines Agency</i>
Espanha	<i>Consejo General de Colegios</i>	<i>Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles</i>	A.I.	<i>Sociedad Española de Farmacia Comunitaria</i>
Holanda	<i>Royal Society for the Advancement of Pharmacy</i>	A.I.	A.I.	<i>The Netherlands Association of Hospital Pharmacists</i>
Hungria	<i>Hungarian Chamber of Pharmacists</i>	<i>Hungarian Private Pharmacists' Association</i>	A.I.	<i>Hungarian Society for Pharmaceutical Sciences</i>
Inglaterra	<i>Royal Pharmaceutical Society of Great Britain</i>	<i>National Pharmacy Association; Company Chemists' Association</i>	<i>Regulating Medicines and Medical Devices</i>	<i>General Pharmaceutical Council</i>
Irlanda	<i>Irish Pharmacy Union</i>	A.I.	<i>Pharmaceutical Society of Ireland</i>	<i>Hospital Pharmacists Association of Ireland</i>
Irlanda do Norte	<i>Pharmaceutical Society North of Ireland</i>	<i>Community Pharmacy North of Ireland</i>	<i>Ulster Chemists Association</i>	A.I.
Islândia	<i>Pharmaceutical Society of Island</i>	A.I.	A.I.	A.I.
Itália	<i>Federazione Ordine Farmacisti Italiani</i>	<i>Federazione Nazionale Unitaria Titolaridi Farmácia; Association of Rural Pharmacists</i>	A.I.	A.I.
Macedónia	<i>Pharmaceutical chambers</i>	<i>Bureau of drugs</i>	A.I.	A.I.
Malta	<i>Malta Chamber of Pharmacists</i>	A.I.	A.I.	<i>Malta Association of Hospital Pharmacists</i>
Noruega	<i>Norwegian Pharmacy Union</i>	<i>Norwegian Pharmacy Association</i>	A.I.	A.I.
Portugal	Ordem dos Farmacêuticos	Associação Nacional das Farmácias	INFARMED	Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares
Sérvia	<i>Pharmaceutical Chamber</i>	A.I.	A.I.	A.I.
Suécia	<i>Swedish Pharmacists Association</i>	<i>Apoteket AB</i>	A.I.	<i>Swedish Academy of Pharmaceutical Sciences</i>
Suíça	<i>Swiss Association of Pharmacists</i>	A.I.	A.I.	A.I.

A.I.= Ausência de Informação

4.3 Produtos Disponíveis na Farmácia

Neste ponto, são descritos os resultados obtidos acerca das categorias de medicamentos existentes nos países participantes no estudo, quais os outros produtos que podem ser vendidos nas farmácias, se os medicamentos podem ser adquiridos fora das farmácias, como por exemplo em parafarmácias ou postos de gasolina, e qual a comparticipação dos medicamentos sujeitos a receita médica.

4.3.1 Categorias de Medicamentos

Das categorias de medicamentos disponíveis verificou-se que existem *Pharmacy medicines* (PM) em 94,7% dos países inquiridos, à exceção da Irlanda. Os medicamentos de venda livre (OTC) estão acessíveis em todos os países (100%, n = 19). Relativamente à categoria dos *Prescription Only Medicines* (POM) existem em 78,9% dos países (n = 15), com exceção de Espanha, Malta, Hungria e Portugal. A categoria de *General Sales List* (GSL) encontra-se em 42,1% (n = 8), (tabela 7).

Tabela 7 – Tipo/categorias de medicamentos disponíveis nos países inquiridos

Categorias de medicamentos	Sim % (n)	Países onde estão disponíveis
OTC ¹⁶ (<i>missing</i> = 0)	100 % (n = 19)	Todos
PM ¹⁷ (<i>missing</i> = 0)	94,7 % (n = 18)	Bélgica, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Espanha, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Macedónia, Malta, Noruega, Portugal, Sérvia, Suécia e Suíça
POM ¹⁸ (<i>missing</i> = 0)	78,9 % (n = 15)	Bélgica, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Macedónia, Noruega, Sérvia, Suécia e Suíça
GSL ¹⁹ (<i>missing</i> = 0)	42,1 % (n = 8)	Dinamarca, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Itália, Suécia e Suíça

¹⁶ OTC = *Over-The-Counter*, medicamentos que tratam situações menores, em que não é necessário a consulta com um médico (NHS, 2012).

¹⁷ PM = *Pharmacy Medicines*, medicamentos disponíveis nas farmácias sem receita médica, mas que têm de ser fornecidos com a supervisão de um farmacêutico (NHS, 2012).

¹⁸ POM = *Prescription Only Medicines*, medicamento para o qual é necessário uma prescrição (NHS, 2012).

¹⁹ GSL = *General Sales List*, medicamentos que podem ser comprados em farmácias, supermercados e outros locais de venda e que podem ser fornecidos por pessoal não farmacêutico, sem a sua supervisão (NHS, 2012).

De referir que em Portugal, até à data em que foi efetuado o inquérito existia para os medicamentos apenas a dicotomia MSRM e MNSRM. Em Setembro de 2013, foi finalmente publicada a muito esperada terceira lista, que diz respeito a MNSRM, mas que pelo seu perfil de segurança, poderão apenas estar disponíveis em farmácias. De referir que esta lista incide apenas sobre medicamentos que passaram agora a MNSRM (e.g. *ibuprofeno* 400 mg), não incidindo sobre os anteriormente já classificados como MNSRM (e.g. *levornogestrel*). A este propósito, o Bastonário da Ordem dos farmacêuticos referiu recentemente em comunicado que considera essencial serem revistos os referidos medicamentos já considerados MNSRM de forma a dicotomizar em medicamentos P (*pharmacy medicines*) e GSL em função do seu perfil de segurança (Barbosa, 2013).

4.3.2 Outros Produtos Vendidos nas Farmácias

Verifica-se através da tabela 8, que estão disponíveis em 19 países (100%), cosméticos, suplementos, como vitaminas ou produtos de fitoterapia e dispositivos médicos. Relativamente aos produtos homeopáticos não podem ser encontrados à venda na Suécia e em Malta. Por último, pode-se encontrar à venda em 31,6% (n = 7) das farmácias europeias brinquedos, nomeadamente em Inglaterra, Malta, Itália, Irlanda do Norte, Sérvia, Portugal e Islândia.

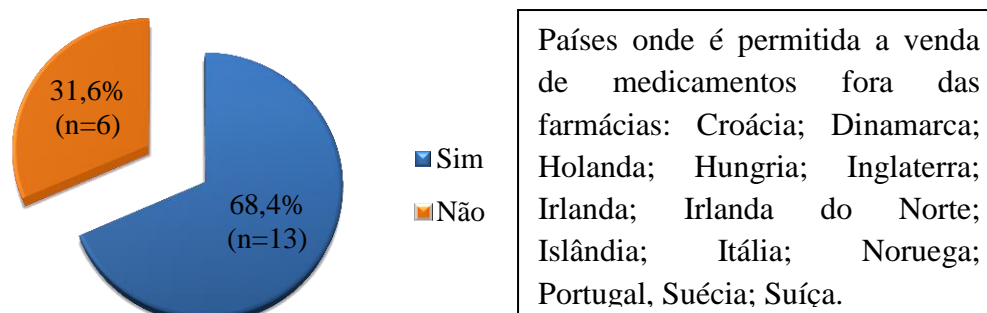
Tabela 8 – Produtos que podem estar disponíveis nas farmácias dos países inquiridos

Outros produtos disponíveis nas farmácias	Sim % (n)
Cosméticos (<i>missing</i> = 0)	100 % (n = 19)
Suplementos (<i>missing</i> = 0)	100 % (n = 19)
<i>Medical devices</i> (<i>missing</i> = 0)	100 % (n = 19)
Produtos homeopáticos (<i>missing</i> = 0)	89,5 % (n = 17)
Óculos de ver (<i>missing</i> = 0)	73,7 % (n = 14)
Brinquedos (<i>missing</i> = 0)	31,6 % (n = 7)

4.3.3 Medicamentos Adquiridos Fora das Farmácias

Na Macedónia, Espanha, Bulgária, Malta, Bélgica e Sérvia os medicamentos não podem ser adquiridos noutros locais para além da farmácia, representando 31,6% dos países respondentes (figura 15). Em todos os outros países não mencionados os medicamentos podem ser adquiridos noutros espaços sem ser a farmácia.

Figura 15 - Venda de medicamentos fora das farmácias



Com isto, a tabela abaixo descrita, permite verificar quais os produtos de saúde que podem ser adquiridos fora das farmácias, e em que locais.

Tabela 9 – Categorias de medicamentos que podem ser adquiridos fora das farmácias

País	Categoria de Medicamento (s)	Locais
Croácia	OTC	Estabelecimentos especializados
Dinamarca	OTC *	Supermercados e postos de gasolina
Holanda	OTC *	Supermercados, postos de gasolina e <i>drugstores</i>
Hungria	OTC	Supermercados
Inglaterra	GSL *	<i>Drugstores</i>
Irlanda	OTC *	Supermercados, postos de gasolina e <i>drugstores</i>
Irlanda do Norte	GSL	Qualquer sítio
Islândia	Comprimidos de flúor e terapia de reposição de nicotina	Estabelecimentos com certas exigências
Itália	OTC	Parafarmácias
Noruega	OTC	Supermercados e postos de gasolina
Portugal	OTC	Parafarmácias
Suécia	OTC *	Supermercados e postos de gasolina
Suíça	OTC	Parafarmácias

* De salientar que nos países assinalados, existe uma lista dos MNSRM que podem ser vendidos fora das farmácias e outros que são de venda exclusiva na farmácia. O que determina a inclusão numa ou noutra lista é o perfil de segurança do fármaco, podendo um mesmo princípio ativo estar presente nas duas listas mas em doses diferentes e/ou em embalagens de diferentes dimensões, considerando-se aqui nomeadamente o potencial para abuso e toxicidade dose-dependente (é o caso do *ibuprofeno* e.g. em Portugal).

4.3.4 Comparticipação de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Na Holanda praticamente todos os medicamentos são reembolsados pelo seguro, existindo uma taxa fixa por item de prescrição.

Em Inglaterra a taxa de reembolso de medicamentos de marca é baseada no preço fixado pelo fabricante e pelo distribuidor. O *British National Formulary* inclui a lista de todos os medicamentos reembolsados pelo NHS. No entanto, praticamente todos os OTC, em especial os GSL, e os medicamentos prescritos por médicos do privado não são reembolsados pelo NHS. No caso dos medicamentos genéricos o valor reembolsado é determinado pelo Departamento de Saúde Inglês. Os farmacêuticos por cada item que é dispensado numa prescrição do NHS, a farmácia é paga também pelo NHS através de uma taxa fixa por prescrição (em 2006 o valor da taxa rondava os 0,06\$).²⁰

Em Portugal o reembolso dos medicamentos é fixado através de níveis, nível A: 90%; nível B: 69%; nível C: 37%; nível D: 15% (Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, alterada pela Portaria n.º 994-A/2010, de 29 de Setembro e pela Portaria n.º 1056-B/2010, de 14 de Outubro). Estes níveis de reembolso variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e se o medicamento está indicado para algum grupo específico de indivíduos que sofrem de uma certa patologia. Neste contexto, é de referir que se encontram previstas por lei uma série de condições crónicas que determinam a comparticipação a 100% dos medicamentos, nomeadamente a paramiloidose (aplicável a todos os medicamentos (Despacho 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001)), lúpus, hemofilia e hemoglobinopatias (estas 3 aplicáveis aos medicamentos comparticipados) (Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5), psicose maníaco-depressiva (aplicável apenas ao carbonato de lítio (Despacho 21 094/99, de 14/9)). O caso da doença inflamatória intestinal (Despacho n.º 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Despacho n.º 19734/2008, de 15/07, Despacho n.º 15442/2009, de 01/07, Despacho n.º 19696/2009, de 20/08, Despacho n.º 5822/2011, de 25/03 e Despacho n.º 8344/2012, de 12/06), dor oncológica moderada a forte (Despacho n.º 10279/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22186/2008, de 19/08, Despacho n.º 30995/2008, de 21/11, Despacho n.º 3285/2009, de 19/01, Despacho n.º 6229/2009 de 17/02, Despacho n.º 12221/2009

²⁰ Informação obtida através: Noyce, P. (2005). Providing Patient Care Through Community Pharmacies in the UK: Policy, Practice, and Research. *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 861-866.

de 14/05, Declaração de Rectificação n.º 1856/2009, de 23/07, Despacho n.º 5725/2010 de 18/03, Despacho n.º 12457/2010 de 22/07 e Despacho n.º 5824/2011 de 25/03), dor crónica não oncológica moderada a forte (Despacho n.º 10280/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22187/2008, de 19/08, Despacho n.º 30993/2008, de 21/11, Despacho n.º 3286/2009, de 19/01 e Despacho n.º 6230/2009, de 17/02, Despacho n.º 12220/2009, de 14/05, Despacho n.º 5726/2010 de 18/03, Despacho n.º 12458/2010 de 22/07 e Despacho n.º 5825/2011 de 25/03) e psoríase (Lei n.º 6/2010, de 07/05), todas elas beneficiando de comparticipação a 90% para uma lista de medicamentos disponível no próprio decreto, ou a procriação medicamente assistida (Despacho n.º 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Rectificação n.º 1227/2009, de 30/04, Despacho n.º 15443/2009, de 01/07, Despacho n.º 5643/2010, de 23/03, Despacho n.º 8905/2010, de 18/05 e Despacho n.º 13796/2012, de 12/10). Para a artrite reumatóide e espondilite anquilosante (Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12/06, alterado pelo Despacho n.º 12650/2012, de 20/09) existe uma lista de medicamentos em despacho comparticipados a 69%) e por último a doença de Alzheimer, a qual beneficia de comparticipação a 37% para medicamentos constantes no despacho desde que prescritos por psiquiatras ou neurologistas (Despacho n.º 13020/2011, de 20 de Setembro). Existe ainda, um regime especial de reembolso que acontece em duas situações, uma delas é em função dos beneficiários, ou seja, para os indivíduos que auferem abaixo do ordenado mínimo nacional (comumente e erradamente designados por pensionistas), a outra é dependente de alguma incapacidade que tenham. Nestas situações há um reembolso adicional de 5% para o nível A do medicamentos e para os restantes níveis um reembolso adicional de 15% (Decreto-Lei n.º48-A/2010, de 13 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro). O reembolso do Estado sobre o preço dos medicamentos para os beneficiários do regime especial é de 95% para todos os níveis, para os medicamentos cujos preços são iguais ou inferiores ao preço do quinto medicamento mais baixo do grupo homogéneo.

Em Espanha, existem três níveis de reembolso. Para os aposentados, estes pagam entre 0% e 10% sobre o preço de venda ao público. No caso dos indivíduos em idade ativa (empregados ou desempregados) pagam entre 40 a 60% sobre o preço de venda ao público, excepto as pessoas que tenham alguma doença crónica, que pagam 10%. O último nível de reembolso a abordar engloba as pessoas que sofrem de síndrome tóxica; pessoas que recebem rendimentos de integração social; pessoas que

recebem pensão não contributiva; desempregados que perderam o direito ao subsídio de desemprego; pessoas que receberam tratamentos decorrentes de acidentes de trabalho ou doenças profissionais; pessoas com deficiência nos casos previstos na legislação específica (Lei13/1982,de 7 de abril), todos os indivíduos que se encontrem numa destas situações estão isentos do pagamento de medicamentos.

Na Macedónia, o sistema de reembolso varia de acordo com o preço do medicamento.

Na Croácia, os medicamentos incluídos na lista A, que contempla os principais medicamentos, são reembolsados pelo *Hrvatski zavod za zdravstveno Osiguranje*. Existe uma outra lista, a lista B em que existem um reembolso de 20 a 75% dependendo do medicamento.

Por outro lado, na Irlanda existem quatro sistemas que determinam o reembolso. O *General Medical Services Scheme* (GMS - cartões médicos),no qual o doente recebe os medicamentos sendo cobrada uma taxa de 1,50 euro por item de prescrição (até um valor máximo de 19,50 euros por família num mês). O *Drug Payment Scheme* (DPS),o doente paga a quantia máxima de 144 euros por mês com os medicamentos. O *Long Term Illness Scheme* (LTI), o doente recebe medicamentos para condições específicas, como por exemplo para a diabetes, epilepsia e esclerose múltipla gratuitamente. Por fim, o *Hi-Tech Scheme*, onde o custo do medicamento é formado através do preço à saída da fábrica, o custo do grossista que é cerca de 10% e uma taxa de atendimento que é cerca de 62,03 euros pagos ao farmacêutico no mês em que o item é dispensado e 30,26 euros pagos nos meses em que nenhum item é dispensado. Quando o doente tem um seguro de saúde ou o medicamento é para uma condição específica coberta pelo LTI, o doente não paga nada, caso contrário, paga 130 euros por mês de acordo com as regras dos DPS.²¹

Em Malta não existe um sistema de reembolso.

Na Suíça existe uma lista de medicamentos com reembolso, geralmente essa percentagem é de 10%.

²¹ Informação obtida através: Irish Pharmaceutical Health care Association. (2013). *Supply and Reimbursement*. Disponível em: www.ipha.ie

Em Itália, os medicamentos são agrupados em três classes de reembolso. A classe A inclui os medicamentos essenciais e aqueles destinados a doenças crónicas e são totalmente reembolsados pelo Serviço Sanitário Nacional. A classe H inclui os medicamentos que só são totalmente reembolsados no hospital e a classe C inclui outros medicamentos que não têm as características da classe A e não são reembolsados.

Na Bélgica, o sistema de reembolso é um pouco complexo. Este está dividido nas seguintes categoriais, A, B, C, Cs, Cx e D. A categoria A inclui medicamentos essenciais, como por exemplo para a diabetes ou para o cancro, existindo um reembolso de 100%. A categoria B inclui os antibióticos, onde o reembolso varia entre os 75% e os 85%. A categoria C inclui medicamentos indicados para o tratamento sintomático de alguma patologia (reembolso de 50%). Para as categorias Cs e Cx existe um reembolso máximo de 20% e 40%, respectivamente. A categoria D engloba os medicamentos não comparticipados.

Na Irlanda do Norte o estado reembolsa 100% dos POM.

Na Hungria existem dois tipos de reembolso. Na primeira categoria, a indicação de um farmacêutico deve ser confirmada por um especialista. Alguns medicamentos para doenças crónicas menos graves são cobertos até 90%, 70% ou 50% do preço de venda ao público, enquanto os medicamentos para as doenças mais graves, com risco de vida têm uma cobertura de 100% (no entanto, na maioria dos casos o doente ainda paga cerca de 1 euro). Na segunda categoria, todas as indicações determinadas no resumo de características do medicamento são cobertas, até uma qualquer quantia fixa (através do sistema de preços de referência) ou através de uma base percentual (80%, 55% ou 25% do preço de venda ao público). O sistema de preços de referência é usado para produtos com princípios ativos idênticos ou efeitos terapêuticos semelhantes. No caso de um medicamento com o princípio ativo idêntico, a base para o reembolso é o custo do tratamento diário do medicamento de referência.

Na Dinamarca o reembolso depende das despesas com os medicamentos durante 12 meses, em que quanto maior o custo, maior a taxa de reembolso. Se considerarmos despesas abaixo de 120 euros, a taxa de reembolso é de 0%, as despesas entre 120 euros e 197 euros, a taxa de reembolso é de 50%. Despesas entre 197 euros e 426 euros, a taxa é de 75% e nas despesas acima dos 426 euros a taxa de reembolso é de 85%. Caso o

doente ultrapasse os 497 euros, pode nas próximas despesas ter um reembolso de 100% durante o resto do ano.

Na Sérvia, o *Republic Fund of Health Insurance* criou uma lista que inclui os medicamentos que são prescritos e dispensados ao abrigo do regime de seguro de saúde obrigatório, bem como em que circunstâncias esses mesmos medicamentos estão disponíveis para os doentes. A lista inclui quatro categorias de medicamentos (lista A, lista A1, lista B, lista C e lista D). Se o medicamento está incluído numa lista, e se o doente preenche todos os requisitos para a isenção de participação (idade, população especial e a indicação de tratamento), o doente não vai pagar nada. Se o doente não preenche os requisitos de isenção de participação, paga cerca de 0,4€ por medicamento. Se o medicamento está na lista A1, o doente paga entre 10-90% do preço de medicamento. As listas B e C dizem respeito a medicamentos que são prescritos e utilizados principalmente em hospitais. Por fim, a lista D engloba os medicamentos não registados na lista criada pelo *Republic Fund of Health Insurance*, que são encomendados apenas em casos excepcionais e na quantidade que é necessária para o tratamento.

Na Islândia um novo sistema de reembolso foi aprovado no dia 4 de Maio de 2013, para o qual não foi possível obter informação detalhada atempadamente.

Na Noruega, para os medicamentos de prescrição há um sistema de reembolso, mas que não engloba todos os medicamentos. Para a maioria das doenças crónicas, há uma taxa para cada medicamento. A prescrição de medicamentos para crianças é gratuita.

Na Suécia o sistema de reembolso também não engloba todos os medicamentos, onde alguns são totalmente livres de pagamento como a insulina. O sistema sueco baseia-se no seguinte, se um doente comprar um medicamento e pagar por ele 1100 SEK (coroas suecas), vai receber um reembolso de 50%, seguido de 75% e 90% nas próximas prescrições, até um total de 2200 SEK pagos pelo doente. Este tem depois assim direito a um “passe livre” durante o restante período (período de doze meses), significando assim que o doente não vai pagar mais pelos medicamentos durante o restante tempo.

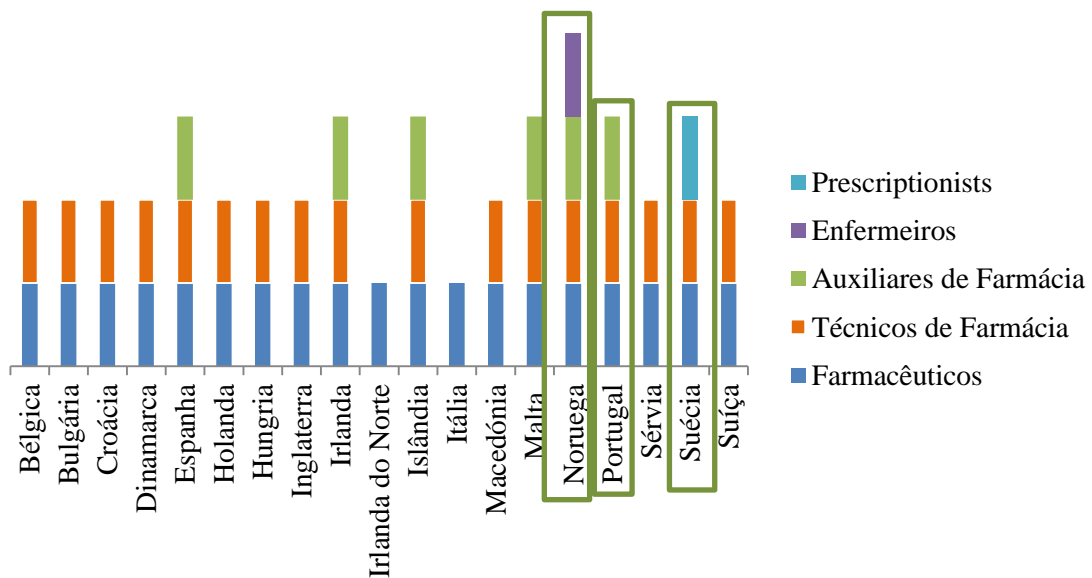
4.4 Educação e Treino

Nesta secção pretendeu-se analisar a equipa técnica das farmácias europeias, qual a formação e a remuneração de cada elemento da equipa, a obrigatoriedade de requisitos para que a licença do profissional seja mantida. Se existem especialidades reconhecidas nas diferentes áreas de actuação do farmacêutico e a presença do sistema de gestão e qualidade nas farmácias europeias.

4.4.1 Equipa Técnica das Farmácias

Através das respostas dos inquiridos, relativamente à tipologia da equipa técnica das farmácias na Europa é possível verificar através da figura 16, que na maioria dos países inquiridos a equipa é formada por farmacêuticos e técnicos de farmácia. É de referir que na Irlanda do Norte e na Itália fazem parte da equipa técnica apenas farmacêuticos. Na Noruega a equipa é formada por farmacêuticos, técnicos, auxiliares e por enfermeiros. Na Suécia a equipa é formada por farmacêuticos, técnicos e por prescritores, tal como se verifica na figura 16.

Figura 16 - Tipologia da equipa técnica das farmácias europeias



4.4.2 Formação da Equipa Técnica

Será de seguida descrita a qualificação necessária para cada elemento da equipa técnica, de acordo com o país (tabela 10).

Tabela 10 – Qualificação necessária para cada elemento da equipa técnica

País	Farmacêutico	Técnico	Auxiliar	Prescriptionists
Bélgica	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Ensino secundário ou pós-secundário	N.A.	N.A.
Bulgária	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 3 anos	N.A.	N.A.
Croácia	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso universitário de 5 anos	N.A.	N.A.
Dinamarca	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 3 anos	N.A.	N.A.
Espanha	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 2 anos, com 3 meses de estágio	Formação dentro da farmácia	N.A.
Holanda	Curso universitário de 6 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 3 anos, mas a dispensa de medicamentos tem de ter a supervisão do farmacêutico	N.A.	N.A.
Hungria	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 2 anos	N.A.	N.A.
Inglaterra	Curso universitário de 4 anos, com mestrado, mais 1 ano de estágio	Pós-secundário de educação – <i>National Vocational Qualification</i> , level 3	N.A.	N.A.
Irlanda	Curso universitário de 4 anos, mais 1 ano de estágio	Curso de 2 anos no Instituto de Tecnologia	Curso de dias realizado pela <i>Irish Pharmacy Union</i>	N.A.
Irlanda do Norte	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	N.A.	N.A.	N.A.
Islândia	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 4 anos	Treino na farmácia	N.A.
Itália	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	N.A.	N.A.	N.A.
Macedónia	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio (é necessário um exame para receber a licença)	Curso de 4 anos, mais 3 meses de estágio numa farmácia comunitária, têm de realizar um exame para obter licença	N.A.	N.A.
Malta	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	N.R.	N.R.	N.A.
Noruega	Curso universitário de 5 anos, com mestrado, mais 6 meses de estágio	Escola secundária (curso de 3 anos)	N.R.	N.A.
Portugal	Curso universitário de 5 anos, com mestrado, mais 6 meses de estágio	Curso de 3 anos (há técnicos formados pela via profissionalizante, i.e., registo de prática, deixou de ser possível em 1999)	Curso de 3 meses a 2 anos (dependendo da instituição)	N.A.
Sérvia	Curso universitário de 5 anos, mais estágio. Têm de realizar um exame	Ensino médio para os farmacêuticos e um programa de pré-inscrição. Realizam também um exame	N.A.	N.A.
Suécia	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso pós-secundário de um ano e meio	N.A.	Licenciatura em farmácia (3 anos)
Suíça	Curso universitário de 5 anos, mais 6 meses de estágio	Curso de 3 anos	N.A.	N.A.

N.A.= Não aplicável

N.R. = Não Respondido

4.4.3 Remuneração dos Profissionais

Como representado na tabela 11 procurou-se analisar o salário médio estipulado para cada profissional que exerce em farmácia comunitária.

Tabela 11 - Salário médio estipulado para cada categoria profissional

País	Farmacêutico	Técnico	Auxiliar	Prescriptionists
Bélgica	Farmacêutico 1º grau (s/experiência): 2562 €/mês Farmacêutico 2º grau (c/experiência): 2837 €/mês	1700 €/mês	N.A.	N.A.
Bulgária	265 €/mês	200 €/mês	N.A.	N.A.
Croácia	925 €/mês	N.R.	N.A.	N.A.
Dinamarca	N.R.	N.R.	N.R.	N.A.
Espanha	1577.54 €/mês	1186.60 €/mês	1034.74 €/mês	N.A.
Holanda	2900 €/mês ²²	1500 €/mês ²²	N.A.	N.A.
Hungria	700 €/mês	350 €/mês	N.A.	N.A.
Inglaterra	3000 €/mês	N.A.	N.A.	N.A.
Irlanda	N.R.	N.R.	N.R.	N.A.
Irlanda do Norte	N.R.	N.R.	N.R.	N.A.
Islândia	N.R.	N.R.	N.R.	N.A.
Itália	1300 €/mês	N.A.	N.A.	N.A.
Macedónia	300-400 €/mês	200-300 €/mês	N.R.	N.A.
Malta	N.R.	N.R.	N.R.	N.A.
Noruega	N.R.	N.R.	N.R.	N.A.
Portugal	1000 €/mês	725 €/mês	605 €/mês	N.A.
Sérvia	450 €/mês	250 €/mês	N.A.	N.A.
Suécia	6000 €/mês	320 €/mês	N.A.	400 €/mês
Suíça	5000 €/mês	2900 €/mês	N.A.	N.A.

N.A. = Não Aplicável

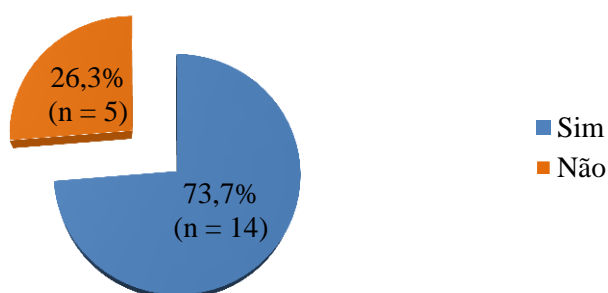
N.R. = Não Respondido

²² Informação obtida através: van Mil, J.F. (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in the Netherlands. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(10), 1720-1725.

4.4.4 Existência de Requisitos para Manter a Licença

Em 73,7% (n = 14) dos países existem requisitos para que a licença seja mantida (figura 17). Os países em que não existem requisitos para continuidade da licença são Malta, Suíça, Dinamarca, Islândia e Noruega. Entre os requisitos estão o registo na sociedade (para o caso de Portugal a OF), o desenvolvimento profissional contínuo exigido por lei e o desenvolvimento profissional contínuo definido pelo órgão regulador da profissão.

Figura 17 - Existência de critérios para continuidade da licença

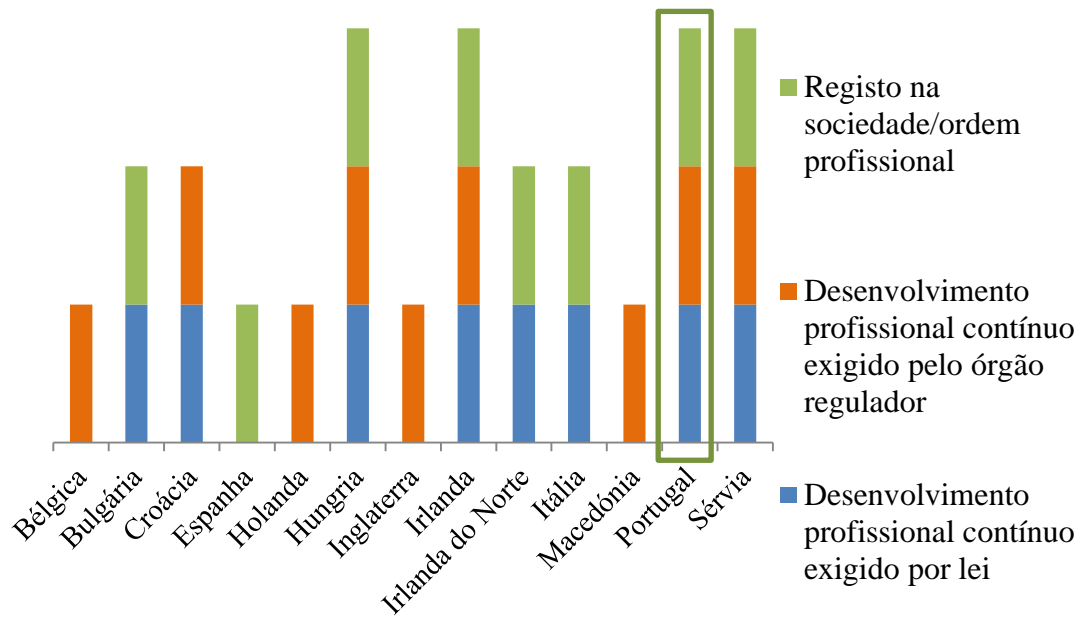


No caso da OF em Portugal existe um modelo definido em que as entidades formadoras submetem os seus cursos à OF para atribuição de créditos (CPD). O número de créditos é definido de acordo com o número de horas de formação (1 CPD equivale a 10 horas de formação assistida ou 5 horas de formação ministrada). A revalidação da carteira profissional é realizada a cada 5 anos, devendo o farmacêutico obter um número mínimo de 15 CPD. Os CDP podem ainda ser obtidos através da prova do exercício profissional no âmbito do Ato Farmacêutico (2 CDP por cada ano de exercício profissional contínuo). A confirmação do exercício profissional poderá ser feita através de declaração da entidade patronal segundo minuta própria, disponível pela OF e acessível no site ou declaração da Segurança Social. No entanto, existem casos particulares de atribuição de CPD, relativos à obtenção de graus académicos pós graduados (Especialidade, Doutoramento ou pós-doutoramento com o valor de 15 CPD, mestrado académico/MBA com o valor de 10 CPD, sendo a pós-graduação que não origina título creditada com 0,1 CPD por cada hora de formação, até um máximo de 5 CPD). Considera-se ainda como possível via de obtenção de CPD, a formação (1 hora = 0,2 CPD, desde que a formação seja prestada em âmbito de formação contínua que contemple o ato farmacêutico) e a participação em atividades e intervenções profissionais, como por exemplo a participação em estudos de investigação ou o

acompanhamento de doentes (sendo nestes casos a atribuição de CPD sujeita a avaliação) (Ordem dos Farmacêuticos, 2008).

A figura 18 descreve quais os requisitos que são exigidos para manter a licença de acordo com o país.

Figura 18 - Requisitos exigidos para manter a licença



4.4.5 Especialidades Reconhecidas

A partir da seguinte tabela é possível analisar de acordo com o país, qual ou quais as especialidades reconhecidas dentro do sector da farmácia.

Tabela 12 – Especialidades reconhecidas nos países Europeus

País	Farmácia hospitalar	Análises clínicas	Indústria farmacêutica	Farmácia comunitária	Assuntos regulamentares
Bélgica	✓	x	✓	x	x
Bulgária	x	✓	✓	x	x
Croácia ²³	x	x	x	✓	x
Dinamarca	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
Espanha	✓	✓	✓	x	x
Holanda	✓	x	x	✓	x
Hungria	✓	✓	✓	✓	✓
Inglaterra	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
Irlanda	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
Irlanda do Norte ²⁴	✓	✓	✓	✓	✓
Islândia ²⁵	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
Itália	✓	x	x	x	x
Macedónia	✓	x	x	x	✓
Malta	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Noruega	✓	x	x	✓	x
Portugal	✓	✓	✓	x	✓
Sérvia	✓	x	✓	✓	x
Suécia	x	x	x	✓	x
Suíça ²⁶	✓	x	x	✓	x

N.A. = Não Aplicável

N.R. = Não Respondido

É curioso verificar que Portugal encontra-se no paradigma oposto da Croácia e Suécia, no sentido em que em Portugal, apenas não existe reconhecimento da especialidade de Farmácia Comunitária, e na Croácia e Suécia, esta é a única especialidade reconhecida. Assim, parece pertinente ainda ressaltar que a especialidade

²³ Na Croácia há ainda especialistas no desenvolvimento de medicamento, em dermofarmácia e cosmetologia, em fitofarmácia e em farmacogenómica;

²⁴ Na Irlanda do Norte há especialistas em prescrição;

²⁵ Na Islândia existe a possibilidade de especialidades, mas na prática não são usadas;

²⁶ Na Suíça há ainda especialistas em homeopatia;

de farmácia comunitária é reconhecida em 8 dos 19 países participantes (42%). No entanto, apesar de não reconhecida pela OF em Portugal, é curioso verificar que ao pesquisar por farmacêutico no seu site, surgem designações como “Especialista em Farmácia Comunitária”, tendo estes títulos sido atribuídos pela anterior Ordem em funções (Bastonária: Elisabete Faria) (Ordem dos Farmacêuticos, 2009).

4.4.6 Sistema de Gestão da Qualidade nas Farmácias Comunitárias Europeias

Verifica-se através dos dados recolhidos que o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) está disponível em 78,9% (n = 15) dos países europeus analisados no estudo (tabela 13). Os países que ainda não apresentam um SGQ são a Inglaterra, a Macedónia, a Irlanda e Malta.

Tabela 13 – Existência de um Sistema de gestão da qualidade nas farmácias comunitárias da Europa

	Sim % (n)	Não % (n)
SGQ	78,9 (15)	21,1% (4)

(missing = 0)

Procurou-se analisar se o SGQ era obrigatório ou se era opcional em cada país e, observou-se que é opcional em 40% (n = 6) e obrigatório em 60% dos países (n = 9) (missing = 4).

Pretendeu-se ainda analisar de forma breve, como funciona o SGQ dentro de país. Verificou-se que na Holanda este sistema é opcional, mas na verdade acaba por ser obrigatório porque é imposto pelos seguros e necessita de renovação semestral. Em Portugal, as farmácias decidem se são certificadas de acordo com as Boas Práticas de Farmácia ou com as *guidelines* da ISO 9000. A ANF iniciou este processo em parceria com a OF, mas atualmente o departamento responsável pelo SGQ na OF encontra-se desativado. A ANF tem prosseguido este trabalho, disponibilizando no seu site aos associados (zona restrita) para download uma série de documentos úteis à implementação do sistema, nomeadamente o Manual de Gestão da Qualidade, impressos e instruções de trabalho diversas. Na Croácia o SGQ é da responsabilidade da *Croatian Chamber of Pharmacists* e do Ministério da Saúde. Estas entidades não verificam a prestação de serviços na farmácia, mas as condições e requisitos de trabalho, como por exemplo as condições do laboratório da farmácia. Na Bulgária além

do SGQ, as Boas Práticas de Farmácia são obrigatórias e está a cargo da *Bulgarian Pharmaceutical Union* controlar o seu processo de implementação. Em Itália os sistemas de qualidade, baseado nas ISO é opcional. A partir do dia 1 Janeiro de 2012, as farmácias comunitárias belgas foram obrigadas por lei a ter um Manual da Qualidade (QM). Com este QM vem também a obrigação de realizar avaliações ao SGQ. Estas avaliações são realizadas a fim de verificar a conformidade com os diferentes aspectos das Boas Práticas de Farmácia e deverá conduzir a uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Na Irlanda do Norte cada farmácia mantém *standard operating procedures* (SOPs) para áreas de trabalho definidas. Na Islândia as farmácias devem desenvolver um protocolo de qualidade e registarem cada vez que esse protocolo for quebrado.

4.5 Serviços Disponíveis nas Farmácias Comunitárias

4.5.1 Serviços Disponíveis nas Farmácias

De entre os serviços mais disponíveis nas farmácias europeias estão os programas de cessação tabágica (93,8%; n = 15), seguido dos programas de recolha de medicamentos (81,3%; n = 13) e dos programas de cuidados farmacêuticos (77,8%; n = 14). Entre os dois serviços menos disponíveis estão a administração de medicamentos (26,3%; n = 5) e a prescrição (26,3%; n = 5).

Tabela 14 – Serviços disponíveis nas farmácias comunitárias europeias nos 19 países respondentes

	Sim % (n)	Não % (n)
Programa de cessação tabágica (missing = 3)	93,8% (15)	6,3% (1)
Programa de recolha de medicamentos (missing = 3)	81,3% (13)	18,8% (3)
Programa de cuidados farmacêuticos (missing = 1)	77,8% (14)	22,2% (4)
Medição de parâmetros biológicos e bioquímicos (missing = 2)	76,5% (13)	23,5% (4)
Revisão da medicação (missing = 2)	70,6% (12)	29,4% (5)
Consultas médicas (missing = 3)	62,5% (10)	37,5% (6)
Programa de troca de seringas (missing = 4)	60% (9)	40% (6)
Prestação de informação escrita personalizada (missing = 1)	55,6% (10)	44,4% (8)
Apoio domiciliário (missing = 2)	47,1% (8)	52,9% (9)
Administração de vacinas (missing = 1)	27,8% (5)	72,2% (13)
Administração de medicamentos (missing = 0)	26,3% (5)	73,7% (14)
Prescrição (missing = 0)	15,8% (3)	84,2% (16)

De seguida é apresentada uma tabela que pretende resumir os resultados obtidos para os serviços disponíveis nas farmácias comunitárias Europeias indicando o profissional que presta esse serviço. A Inglaterra é o país que oferece um mais vasto leque de serviços à comunidade, visto ser o único país que presta todos os serviços enunciados. Logo a seguir, surge Portugal, o único país em que apenas um dos serviços não está disponível, o serviço de prescrição.

No entanto, convém referir que desde a recolha da informação à presente data, foram lamentavelmente suspensos em Portugal os serviços de Troca de seringas e de toma assistida de metadona nas farmácias (não sendo este último enunciado na seguinte tabela) (Associação Nacional das Farmácias, 2013).

Tabela 15 – Serviços disponíveis nas farmácias comunitárias Europeias

País	Apoio domiciliário	Administração de medicamentos	Administração de vacinas	Consultas médicas	Medição de parâmetros biológicos e bioquímicos	Programa de cuidados farmacêuticos	Programa de cessação tabágica	Programa de troca de seringas	Revisão da medicação	Programa de recolha de medicamentos	Prescrição	Prestação de informação escrita personalizada
Bélgica	Sim ^(a)	Não	Não	Não	Não	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^{(a),(c)}	Não	Sim ^{(a),(c)}	Não	Sim ^{(a),(c)}
Bulgária	Não	Não	Não	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	N.R.	Sim ^(a)	N.R.	Não	Sim ^{(a),(f)}
Croácia	Não	Não	Não	Sim ^(a)	N.R.	Não	Sim ^(a)	N.R.	Não	Sim ^(a)	Não	Não
Dinamarca	Sim ^(a)	Não	Não	Não	Sim ^(c)	Sim ^{(a),(c)}	Sim ^{(a),(c)}	Não	Sim ^(a)	Sim ^{(a),(c)}	Não	Não
Espanha	Sim ^(a)	Não	Não	Sim ^(e)	Sim	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)
Holanda	Sim ^(a)	Não	Não	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim	Não	Sim
Hungria	Não	Não	Não	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)	Sim ^{(a),(c)}	Não	Não
Inglaterra	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Irlanda	Não		Sim ^(a)	-	Sim ^{(a),(c)}	Não	N.R.	Sim ^(a)	Não	Sim	Sim	Não
Irlanda do Norte	Não	Não	Sim ^(a)	Não	Não	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Não
Islândia	N.R.	Não	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	Não	Não
Itália	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim ^(a)	N.R.	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)
Macedónia	Não	Sim ^{(a),(c)}	Não	Não	Sim ^(c)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Malta	Não	Sim ^(a)	Não	Não	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Não	Não	Não	Não
Noruega	Não	Não	Não	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim	Não	Sim
Portugal	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^{(a),(d)}	Sim ^(e)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Sim ^{(a),(c)}	Sim ^(a)	Sim ^{(a),(c)}	Não	Sim ^{(a),(c)}
Sérvia	Não	Não	Não	Sim ^(a)	Sim	Sim ^(a)	Sim ^(a)	Não	Sim ^(a)	Não	Não	Sim
Suécia	Sim ^{(a),(b)}	Não	Não	Não	Não	Sim ^{(a),(b)}	Sim ^{(a),(b)}	Não	Sim ^{(a),(b)}	Sim ^{(a),(b)}	Não	Sim ^{(a),(c)}
Suíça	N.R.	Sim ^(a)	Não	N.R.	Sim ^(a)	Sim ^(a)	N.R.	Não	Sim ^(a)	N.R.	Não	N.R.

^(a) Serviço realizado por farmacêuticos;^(d) Serviço realizado por enfermeiros;

N.R. = Não Respondeu

^(b) Serviço realizado por prescritores;^(e) Serviço realizado por nutricionistas;^(c) Serviço realizado por técnicos de farmácia;^(f) Serviço realizado por outro profissional;

Programa de Cuidados Farmacêuticos:

Pretendeu-se analisar a nível dos programas dos cuidados farmacêuticos se estes eram dirigidos a um grupo de doentes com alguma doença específica. Observou-se que na Holanda existe o programa de cuidados farmacêuticos na asma e na diabetes, em que os doentes recebem indicações sobre o uso de inaladores e instruções sobre a patologia em causa. As normas profissionais são estabelecidas pela KNMP. Em Inglaterra há o programa de cuidados farmacêuticos na diabetes, asma e hipertensão à semelhança do que ocorre também em Portugal. No entanto, em Portugal o programa original para a asma foi alargado à DPOC e o programa original para a hipertensão foi igualmente alargado para passar a incluir doentes com dislipidémia. Em Espanha, Itália e Bélgica os cuidados farmacêuticos estão indicados para a população em geral que usa medicamentos. Na Suíça estão indicados para a diabetes e para indivíduos com risco cardiovascular acrescido. Na Irlanda do Norte estão indicados para a diabetes e para a asma. Na Hungria existem programas de gestão da diabetes, gestão da hipertensão e gestão do peso. Na Sérvia são prestados conselhos sobre o uso adequado de medicamentos e dispositivos médicos e aconselhamento sobre o tratamento adequado para algumas doenças crónicas como a asma ou a diabetes. Na Noruega, está indicado para todos os doentes que expressem necessidade, mas é mais comum em casos de polimedicação, asma, diabetes e nos idosos. Na Islândia a implementação dos programas de cuidados farmacêuticos foi tentada há alguns anos, no entanto foi abandonada devido à falta de interesse por parte dos doentes. De referir que nas farmácias da Macedónia, Malta, Irlanda e Croácia não estão implementados programas de cuidados farmacêuticos.

É ainda importante salientar que esta revisão indica se os países analisados disponibilizam este tipo de serviços à sua população, mas não analisa o grau de implementação dos mesmos. Assim, para os países que referem ter o serviço, este poderá estar disponível às comunidades em 1%, 10% ou 100% das farmácias. Esse aspeto será detalhado no estudo II da presente monografia.

Revisão da Medicação

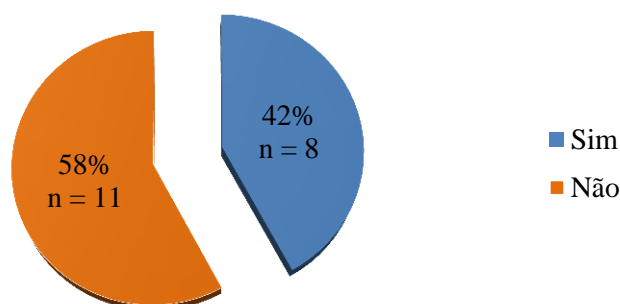
Neste ponto, pretendeu-se identificar onde o serviço de revisão da medicação era efetuado e verificou-se que em Inglaterra este serviço é realizado quer nas farmácias, quer na casa dos doentes, à semelhança do que acontece também em Portugal e Itália. Em Espanha, na Holanda, na Bulgária e Suíça este serviço é em geral realizado na

farmácia. Na Dinamarca, este serviço é normalmente realizado nos lares de idosos e na Suécia na farmácia, hospitais ou também nos lares de idosos. Nos restantes países, este serviço não está disponível.

4.5.2 Formação para a Prestação de Serviços

Em 42% (n = 8) dos países participantes no estudo é necessária formação para a prestação de serviços, tal como é possível observar pela figura 19.

Figura 19 - Formação para a prestação de serviços



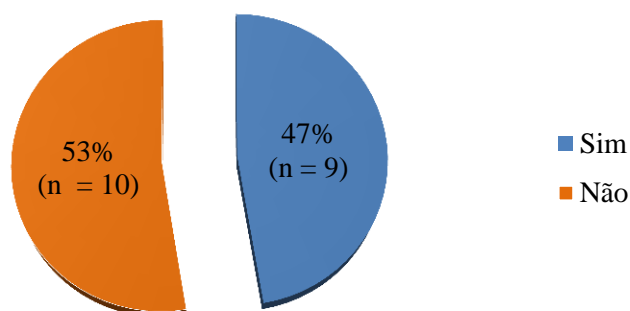
Países em que é necessário formação: Holanda, Inglaterra, Portugal, Irlanda, Irlanda do Norte, Hungria, Dinamarca e Suécia.

Na Holanda é apenas necessária formação para os programas de revisão da medicação, sendo opcional para os outros serviços. No caso de Inglaterra é necessária formação para a maioria dos serviços. Em Portugal, os farmacêuticos têm que tirar frequentar cursos que permitam adquirir competências para a administração de vacinas e de medicamentos. Além destes serviços e de acordo com Costa *et al.*, 2006, é ainda necessária formação para a prestação de cuidados farmacêuticos, para a administração de primeiros socorros e para a utilização de meios auxiliares de diagnóstico. Na Irlanda é necessária formação para a administração de vacinas. Na Irlanda do Norte é necessária formação para a maioria dos serviços. No caso da Dinamarca é necessária formação para a prestação de cuidados farmacêuticos. Na Hungria é necessária formação para os programas de cuidados farmacêuticos da diabetes, hipertensão, dislipidemia e controlo do peso. Na Suécia é necessária formação para a prestação do serviço de revisão da medicação.

4.5.3 Remuneração dos Serviços

Em 47% (n = 9) dos países participantes existe remuneração para os serviços prestados, tal como é visível na figura 20.

Figura 20 - Remuneração dos serviços farmacêuticos



Países em que existe remuneração dos serviços prestados: Holanda, Inglaterra, Portugal, Irlanda, Suíça, Bélgica, Irlanda do Norte, Hungria, Dinamarca.

No caso da Holanda, alguns seguros pagam 65 € para uma revisão da medicação. Relativamente à Inglaterra, os serviços remunerados são a revisão da medicação, a dispensa de prescrições do NHS, a participação em campanhas de saúde, a supervisão da administração de medicamentos, os programas de cessação tabágica e de troca de seringas.²⁷ Na Suíça a revisão da medicação tem como remuneração um valor aproximado de 35 € e o apoio de adesão à medicação um valor aproximado de 15 € (neste serviço o farmacêutico “enche” a caixa ou blister com os comprimidos). Na Bélgica existe uma taxa para o farmacêutico de cerca de 4 € (valor que está previsto dentro de um sistema de seguro de saúde obrigatório para os cuidados farmacêuticos) que engloba cada dispensa de um medicamento que seja reembolsado. Para o caso dos medicamentos não reembolsados, não existe esta taxa, mas o pagamento dos cuidados farmacêuticos está incluindo na margem de lucro dos farmacêuticos. Na Irlanda do Norte o governo é que paga os serviços, cerca de 50 £ por hora (cerca de 63 €). Todos os serviços acima mencionados são remunerados por parte de alguma entidade, que não o doente. No entanto, através da análise das respostas dos correspondentes

²⁷ Noyce, P (2005) Providing Patient Care Through Community Pharmacies in the UK: Policy, Practice, and Research, *Ann Pharmacother*, 41, pp.861-866.

verificou-se que em alguns países os serviços são cobrados aos próprios doentes, como os casos mencionados de seguida.

Na Hungria o programa de cuidados farmacêuticos é remunerado entre 1 a 3 € que são pagos pelos doentes. Na Dinamarca é cobrado cerca de 10 € para verificação da técnica do uso de dispositivos inalatórios. Em Portugal o valor da remuneração dos serviços varia de farmácia para farmácia, ou seja, não existe um valor fixo, dado que em Portugal não existe nenhum serviço que seja remunerado pelo estado ou por parte dos seguros de saúde, o serviço é pago a 100% pelo doente, pelo que não se tratar de remuneração no sentido mais estreito do termo. Na Irlanda a administração de vacinas é remunerada e como tal o valor cobrado é variável. Um utente sem seguro de saúde paga do seu bolso, ao passo que no caso dos utentes com menor possibilidade monetária é o estado que paga.

De seguida, serão apresentados os resultados referentes ao segundo estudo desenvolvido (estudo II).

Estudo II

Participaram no questionário farmacêuticos provenientes de 686 farmácias, o que resultou numa taxa de resposta de 23,4%. O valor obtido foi superior ao obtido na edição anterior ($n = 564$, 20,1%) e superior à amostra estimada ($n = 500$).

Secção A

4.6 Caracterização da Equipa Técnica

Na generalidade os farmacêuticos que responderam ao questionário eram do sexo feminino (72,8%, $n = 491$) e, apenas, 27,2% ($n = 183$) eram do sexo masculino e apresentavam uma média de 10,6 anos de experiência em farmácia comunitária (desvio-padrão (DP) = 8,5).

Em relação à equipa técnica da farmácia, verifica-se que esta era formada maioritariamente por farmacêuticos, com uma média de 3 farmacêuticos por farmácia ($DP = 1,6$). Por outro lado, no que se refere ao número de técnicos verificou-se uma média de 2 técnicos por farmácia ($DP = 1,5$). Ainda na altura em que o estudo foi realizado 24,7% das farmácias tinham alunos a realizar estágio de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Dos farmacêuticos participantes, 20,4% confirmou ter uma pós-graduação na área da farmácia clínica/farmácia prática. Apenas 16,6% afirmou participar em reuniões multidisciplinares, ou seja, reuniões com médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde (tabela 16). Ao analisar a relação com os médicos, verificou-se que 37,4% dos farmacêuticos inquiridos ($n = 251$), conseguem obter facilmente, caso necessitem, a informação clínica de um doente que seguem. Ao comparar com o valor de 2006, em que 32,7% dos farmacêuticos afirmou obter essa informação com facilidade.

Tabela 16 - Características dos farmacêuticos, comparação com o estudo de 2006

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

4.7 Caracterização da Farmácia

A maioria dos farmacêuticos que participaram no estudo trabalha em farmácias independentes, seguido de 15,3% (n = 103) que trabalha em farmácias pertencentes a um grupo, mas com o mesmo proprietário e por último 6,4% (n = 43) que afirmam trabalhar em farmácias pertencentes a um grupo, mas com diferentes proprietários, tal como representado na tabela 17.

No que diz respeito às infra-estruturas, observou-se, que a maioria das farmácias (92,6%, n = 624) possui um espaço para atendimento privado e, ainda foi possível analisar, que todas as farmácias respondentes estão equipadas com um *software* e que 94,6% (n = 629) o usa para verificar interações, 92,3% (n = 611) para verificar contra-indicações e 44,6% (n = 296) para verificar dados clínicos (tabela 17). Não é possível comparar estes dados com os de 2006 porque foram recolhidos de forma diferente.

Em média as farmácias dispensam 254,5 itens por dia, em comparação com o estudo de 2006 em que eram dispensados 217,3 por dia (tabela 17).

Tabela 17 - Características das farmácias, comparação com o estudo de 2006

Características	Dados de 2006 n (%)	Dados de 2013 n (%)
Tipo de farmácia		
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)
Localização da farmácia		
Rural	157 (28,2)	155 (23,0)
Suburbana	96 (17,3)	173 (25,7)
Urbana	303 (54,5)	345 (51,3)
Espaço para atendimento privado		
Sim	484 (86,0)	624 (92,6)
Não	79 (14,0)	62 (7,4)
Sistema informático		
Interações	-	629 (94,6)
Contra-indicações	-	611 (92,3)
Dados clínicos	-	296 (44,6)
Consumo de medicamentos	Dados de 2006 Média (DP)	Dados de 2013 Média (DP)
Itens dispensados por dia	217,3 (205,9)	264,5 (192,7)

4.8 Caracterização dos Serviços Farmacêuticos

De entre as atividades em que os farmacêuticos referiram participar mais encontram-se os rastreios (81,6%), seguido das atividades de promoção da saúde (69,4%), como os programas de cessação tabágica ou de controlo do peso. Relativamente aos programas de monitorização dos doentes, onde se incluem os programas de cuidados farmacêuticos ou o seguimento farmacoterapêutico, apenas 28,9% das farmácias realizam de forma frequente esta atividade, tal representado na tabela 18.

Relativamente aos serviços disponíveis na farmácia e tal como visível na tabela 18, a medição da tensão arterial, da glicémia, do colesterol e do peso são os serviços mais amplamente disseminados pelas farmácias portuguesas. Sobre o programa de cuidados farmacêuticos da diabetes sabe-se apenas, no que se refere a programas da

ANF, que em 2006 houve 240 farmácias (45,7%) que referiram participar. De referir, que a informação referente aos serviços disponíveis nas farmácias não foi objeto de estudo em 2006.

Tabela 18 – 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 (99,0)
Medição do colesterol total	-	665 (97,5)
Medição do peso/altura	-	653 (96,0)
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)

Secção B

Na secção B do questionário avaliou-se o tipo de serviços prestados aos últimos doentes que entraram na farmácia, referindo-se para isso a um período temporal específico e recorrendo a descrições de situações variadas.

No estudo atual a pontuação total do BPCS variou entre 38 e 146 (média = 86,3 e $DP = 20,5$), no estudo de 2006 obteve-se uma média de 76,5 e a pontuação variou entre 27 e 130. Relativamente ao domínio de atividades de cuidados diretos ao doente a pontuação variou entre 4 e 80, para as atividades de consulta e referenciação ao médico entre 8 e 37 e por último para o domínio de atividades instrumentais a pontuação variou entre 10 e 35 (estudo 2013). Deste modo, e como pode ser analisado a partir da tabela 19, as atividades de documentação são ainda pouco praticadas pelos farmacêuticos, tal como as atividades realizadas para avaliar o estado de um doente. Por outro lado, as 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, somaram uma média mais elevada.

Tabela 19 – Pontuações dos inquiridos do *Behavioral Pharmaceutical Care Scale*, comparação com o estudo de 2006

Domínio e Dimensão	Nº 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 referenciação 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)

4.9 Análise Bivariada e Testes de Hipóteses

Análise Bivariada

Através do teste de correlação de *Spearman* (considerando um intervalo de confiança de 90%), verificou-se existir correlação, apesar de ser 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* ($p = 0,09$).

Testes de Hipóteses

Hipótese 1:

H_0 : As farmácias com gabinete de utente têm igual implementação de cuidados farmacêuticos que as farmácias sem gabinete de utente;

H_1 : As farmácias com gabinete de utente não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos que as farmácias sem gabinete de utente;

A tabela 20 compara o grau de implementação entre as farmácias com e sem gabinete de utente, apresentando o *score* médio da escala BPCS para cada grupo.

Tabela 20 – Grau de implementação de cuidados farmacêuticos nas farmácias com e sem gabinete

	Mean Rank	p
Com Gabinete de Utente (n=287)	153,7	0,580
Sem Gabinete de Utente (n=18)	141,8	

Esta tabela indica que as farmácias com gabinete de utente têm uma mediana do score BPCS ligeiramente superior às farmácias sem gabinete de utente, não sendo essas diferenças estatisticamente significativas. Assim, não se rejeita a hipótese nula (H_0), podendo concluir-se que a implementação de cuidados farmacêuticos é independente da presença ou ausência de gabinete de utente.

H_0 : As farmácias rurais têm igual implementação de cuidados farmacêuticos que as farmácias urbanas;

H_1 : As farmácias rurais não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos que as farmácias urbanas;

A tabela seguinte indica que as farmácias rurais têm um valor mediano para o Score BPCS superior às farmácias urbanas. Não se rejeita a hipótese nula (H_0) e como o valor de $p = 0,103$ ($>0,05$) pode-se concluir que as farmácias rurais e urbanas têm igual implementação de cuidados farmacêuticos.

Tabela 21 – Grau de implementação de cuidados farmacêuticos entre as farmácias rurais e urbanas

	Mean Rank	P
Farmácias Rurais (n=67)	127,2	0,103
Farmácias Urbanas (n=164)	111,4	

Hipótese 2:

H₀: As farmácias com mais farmacêuticos têm igual implementação de cuidados farmacêuticos que as farmácias com menos farmacêuticos;

H₁: As farmácias com mais farmacêuticos não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos que as farmácias com menos farmacêuticos;

Como o valor de $p = 0,296$ e $r = - 0,060$ (teste de *Spearman*), significa que a correlação entre estas duas variáveis é negativa e muito fraca e não significativa, logo o número de farmacêuticos não está associado ao grau de implementação de cuidados farmacêuticos, ie, as farmácias com mais farmacêuticos têm igual grau de implementação que as farmácias com menos farmacêuticos.

H₀: As farmácias com farmacêuticos com formação diferenciada em cuidados farmacêuticos têm igual implementação de serviços que as farmácias com farmacêuticos sem formação diferenciada;

H₁: As farmácias com farmacêuticos com formação diferenciada em cuidados farmacêuticos não têm igual implementação de serviços que as farmácias com farmacêuticos sem formação diferenciada;

A tabela 22 mostra uma média superior para os farmacêuticos com formação diferenciada em cuidados farmacêuticos, em comparação com os que não têm essa formação. Assim, não se rejeita a hipótese nula (H₀), indicando assim que as farmácias com farmacêuticos com formação diferenciada nessa área, apesar de obterem um score BPCS mais elevado, a diferença não é significativa, ie, a implementação de cuidados farmacêuticos é semelhante nas farmácias com farmacêuticos diferenciados e sem farmacêuticos diferenciados ($p = 0,296$).

Tabela 22 - Grau de implementação de cuidados farmacêuticos tendo em conta a formação diferenciada dos farmacêuticos

	Mean Rank	P
Com Formação (n=62)	162,4	0,296
Sem Formação (n=241)	149,3	

Hipótese 3:

H₀: as farmácias que oferecem um maior leque de serviços aos utentes têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que oferece um leque restrito de serviços;

H₁: as farmácias que oferecem um maior leque de serviços aos utentes não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que oferece um leque restrito de serviços;

Como o valor de p é 0,152 e $r = 0,082$ (teste de *Spearman*), indica a inexistência de correlação significativa entre estas duas variáveis, ou seja, as farmácias que oferecem um maior leque de serviços aos utentes têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que oferece um leque restrito de serviços.

Hipótese 4:

H₀: as farmácias com um maior número itens dispensados têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que dispensam um menor número de itens.

H₁: as farmácias com um maior número itens dispensados não têm igual implementação de cuidados farmacêuticos (medido pelo BPCS) que as farmácias que dispensam um menor número de itens.

Sendo o valor de $p = 0,963$ e $r = 0,003$ (teste de *Spearman*), verifica-se a inexistência de uma correlação significativa. Assim, as farmácias que têm um maior número de itens dispensados têm igual implementação de cuidados farmacêuticos quando comparadas com as que dispensam um menor número de itens.

Foi ainda verificado que todos os subdomínios (*Direct Patient Care Activities*, *Referral and Consultation Activities* e *Instrumental Activities*) estão fortemente correlacionados ($r > 0,49$) entre eles e de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), bem como cada um deles com o score BPCS ($r > 0,68$). Este dado demonstra a validade interna desta escala, indicando que não foram alteradas as propriedades psicométricas da mesma no processo de tradução e adaptação cultural para Portugal.

b) Discussão

A investigação desenvolvida centra-se na compreensão do funcionamento das farmácias em Portugal, comparando com o que se passa nos restantes países Europeus, tendo como foco principal a prestação de serviços nas farmácias de modo a assegurar o uso seguro e racional dos medicamentos.

De um modo geral, é possível afirmar que em praticamente todos os países em estudo o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde é equitativo. Mas na verdade, existem ainda alguns grupos mais vulneráveis que têm maiores barreiras no acesso aos cuidados de saúde, tal como foi mencionado pelos correspondentes da Bulgária e Irlanda. Ainda de acordo com o *European Observatory on Health Systems and Policies* é mencionado que indivíduos com alguma desvantagem social, desempregados ou com alguma deficiência têm maiores barreiras no acesso aos serviços (Dimova *et al.*, 2012). A partir da análise do documento sobre o Perfil de Saúde em Portugal e do documento sobre os Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é possível ainda salientar que existe desigualdades por sexo, estrato sócio-económico e por regiões (NUTS) (Ministério da Saúde 2011a, 2011b).

O seguro de saúde do estado é um seguro obrigatório em todos os países analisados, com exceção da Holanda e Suíça, onde é obrigatório um seguro de saúde, mas neste caso privado. A maior parte dos seguros de saúde cobrem os custos hospitalares, custos com médicos especialistas ou com médicos de família. Pela análise efetuada é possível afirmar que a Bulgária é o país onde o seguro de saúde apresenta uma menor cobertura, dado que este cobre apenas os custos com médicos de família.

No que diz respeito ao regulamento existente sobre a propriedade das farmácias comunitárias nos países estudados verifica-se que um farmacêutico só pode possuir uma farmácia em 26,3% dos países, um farmacêutico pode possuir várias farmácias em 63,2%, pessoal não farmacêutico pode ter uma farmácia em 36,8% e pessoal não farmacêutico pode ter várias farmácias em 84,2% dos países.

É visível através da análise dos resultados do estudo II que em Portugal, e em comparação com o estudo realizado em 2006 que cerca de 20% das farmácias deixaram de ser independentes. Aproximadamente 15% passaram a ser farmácias pertencentes a um mesmo proprietário (não podendo o proprietário deter mais de 4 farmácias) e 6,4%

farmácias pertencentes a um grupo, mas com diferentes proprietários. Antes da entrada em vigo do Decreto-Lei 307/2007 todas as farmácias eram independentes (Decreto-lei nº307/2007).

Em 89,5% dos países estudados existem critérios para a instalação de novas farmácias, sendo os que não têm a Suíça e a Holanda, informação coincidente com um documento produzido pelo PGEU (PGEU, 2010)

Em relação aos produtos vendidos nas farmácias, os cosméticos, os suplementos alimentares, como as vitaminas ou produtos de fitoterapia e os dispositivos médicos encontram-se acessíveis em todos os países inquiridos.

À luz do decreto-lei nº134/2005, de 16 de Agosto, em Portugal passou a ser possível a venda de MNSRM fora das farmácias (decreto-lei nº134/2005). À semelhança do que acontece em Portugal, a venda dos MNSRM fora das farmácias é também permitida em 68,4% dos países em estudo, nomeadamente, a Croácia, a Dinamarca, a Holanda, a Hungria, a Inglaterra, a Irlanda, a Irlanda do Norte, a Islândia, a Itália, a Noruega, a Suécia e a Suíça. Os locais onde esta categoria de medicamentos pode ser adquirida são muito diversificados conforme o país. Analisando em pormenor, eles podem ser adquiridos em postos de gasolina, nas *drugstores*, nos supermercados ou em parafarmácias e espaços saúde.

A equipa técnica das farmácias europeias é constituída essencialmente por farmacêuticos e técnicos de farmácia. Apenas em Itália e na Irlanda do Norte fazem parte da equipa somente farmacêuticos. Na Noruega a equipa é formada por farmacêuticos, técnicos, auxiliares e enfermeiros. Na Suécia fazem parte da equipa para além dos farmacêuticos e técnicos, os *prescriptionists* que têm a função da dispensa de medicamentos, tal como os farmacêuticos (Westerlund e Björk, 2006). No caso de Portugal, o Decreto-Lei 307/2007 refere que a maioria dos trabalhadores da farmácia devem ser farmacêuticos que podem ser auxiliados por técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente habilitado, como os auxiliares de farmácia. Analisando os resultados obtidos no estudo II, verifica-se em relação ao estudo realizado em 2006, um aumento da média do número de farmacêuticos de 2 para 3 farmacêuticos por farmácia em relação ao número de técnicos em que se observa uma diminuição de 2,39 para uma média de 2 técnicos por farmácia (Hughes *et al.*, 2010). Esta situação é explicada não só

pelo Decreto-Lei 307/2007, mas também devido à diminuição salarial entre as duas classes (Decreto-lei 307/2007; Boletim do Trabalho e Emprego 2011, Boletim do Trabalho e Emprego, 2012).

Como descrito na Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, a formação do farmacêutico é de pelo menos 5 anos, com o mínimo de 4 anos de ensino teórico e prático e seis meses de estágio em farmácia comunitária ou numa farmácia hospitalar, tal como a informação recolhida no estudo (Parlamento Europeu e do Conselho, 2005).

Em 73,7% (n = 14) dos países participantes no estudo existem requisitos para que a licença seja mantida e em 78,9% (n = 15) dos países existe um SGQ aplicável às farmácias comunitárias.

Os programas de cessação tabágica estão disponíveis em 93,8% (n = 15) dos países participantes, seguido dos programas de recolha de medicamentos (81,3%; n = 13). Os dados obtidos no estudo de Kanavos *et al.* (2011), indicam que entre 17 países analisados (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Holanda, Irlanda, Itália, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa e Suécia) em todos eles há o serviço de cessação tabágica e o de recolha de medicamentos, mostrando a disseminação destes serviços nas farmácias comunitárias europeias (Kanavos *et al.*, 2011). No caso concreto de Portugal, verifica-se que no estudo II os serviços mais disponíveis nas farmácias são a medição da tensão arterial, da glicémia, do colesterol e do peso. Não foi avaliado individualmente o grau de implementação dos programas de cessação tabágica e da recolha de medicamentos, mas de acordo com a Valormed, o serviço de recolha de medicamentos conta com a adesão de 99% das farmácias existentes em Portugal (Valormed, 2013). Foi apenas avaliado que, de entre as atividades em que os farmacêuticos mais participaram estão os rastreios (81,6%), seguido das atividades de promoção da saúde (69,4%), como os programas de cessação tabágica ou o controlo do peso.

Relativamente aos programas de cuidados farmacêuticos, estes podem-se encontrar em 77,8% dos países em estudo (n = 14). Em Portugal, foi referido por apenas 28,9% dos farmacêuticos participar regularmente em atividades de monitorização dos

doentes, como os programas de cuidados farmacêuticos ou o seguimento farmacoterapêutico.

Para a prestação dos serviços farmacêuticos verificou-se que apenas 7,40% das farmácias comunitárias não apresentam um espaço para atendimento privado. Existindo um acréscimo de quase 7% em relação ao estudo de 2006, que pode ser resultado da nova legislação em vigor aplicável à instalação de novas farmácias (Deliberação nº2473/2007).

É necessária formação para a prestação de serviços farmacêuticos em 8 dos 19 países inquiridos. Em Portugal, os serviços para os quais é necessária formação são a administração de medicamentos e vacinas, os programas de revisão da medicação e os programas de cuidados farmacêuticos.

Em 47% dos países participantes existe remuneração para os serviços farmacêuticos, nomeadamente na Holanda, Inglaterra, Portugal, Irlanda, Suíça, Bélgica, Irlanda do Norte, Hungria e Dinamarca. Por vezes, a implementação de certos serviços numa escala maior torna-se limitada devido à falta de remuneração (Chan *et al.*, 2008). Como exemplo, são os cuidados farmacêuticos em que a falta de remuneração é uma barreira à sua disseminação (Chan *et al.*, 2008; Plaza e Herrera, 2003).

Em relação à escala BPCS, verificou-se que no estudo realizado em 1998 na Irlanda do Norte, os resultados obtidos para o domínio *Direct Patient Care Activities* ($M = 33,5$; $DP = 14,2$) são semelhantes ao obtido no atual estudo ($M = 34,68$; $DP = 14,4$). Este resultado pode ser ainda comparado com o resultado obtido para Portugal no estudo de 2006 ($M = 29$; $DP = 14,8$), valor próximo do atual estudo.

Verificou-se que as infraestruturas parecem não ter influência sobre o grau de implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal ($p = 0,580$), bem como a localização da farmácia ($p = 0,103$). O mesmo se verificou em relação às características da equipa ($p = 0,296$) e à formação diferenciada dos farmacêuticos ($p = 0,296$) que parece não ter influência na implementação dos cuidados farmacêuticos.

Este estudo apresenta vários pontos fortes, adiante detalhados, mas não é neutro de limitações. Uma das limitações do estudo I prende-se com o próprio instrumento de notação utilizado. Dado este estudo ser direcionado a uma amostra intencional,

considerou-se adequado utilizar maioritariamente perguntas abertas para poder explorar em maior detalhe as perspectivas dos respondentes. No entanto, esta técnica requer frequentemente clarificações posteriores e pedidos de informação adicional, técnica à qual não foi possível recolher pelo tempo limitado disponível para a realização deste estudo. Desta forma, constatou-se ao analisar as respostas que muitas delas se encontravam incompletas ou que não respondiam exatamente ao que havia sido solicitado. Outra das limitações do estudo I, prende-se com a amostra utilizada, na medida em que sendo uma amostra intencional, poder-se-á dizer que a taxa de adesão ficou muito aquém do desejável, resultando assim na omissão de informação relativa a países que seriam particularmente úteis para um conhecimento mais aprofundado da realidade Europeia, nomeadamente a Alemanha (pelo facto de ter das mais altas percentagens do PIB investidas na saúde) ou a Grécia (pela presente crise económica).

Relativamente ao estudo II, a opção metodológica seguida ao colocar o questionário *online* poderá ter condicionado a comparabilidade da amostra com a população de referência. O uso da internet em Portugal tem vindo a aumentar, atingindo os 57% em 2011, situando-se a nível mundial na décima quarta posição (OberCom, 2012). Sabe-se que a maioria dos indivíduos utilizadores da internet, são homens solteiros, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, seguidos dos 25 aos 34 anos (Alves, 2008). Desta forma, é possível prever que a amostra poderá não ser representativa dos farmacêuticos portugueses. Contudo, observou-se que a dimensão obtida foi superior à estimada, considerando a prevalência do fenómeno de 2006 e os respectivos erros associados (Hughes *et al.*, 2010). Quanto a outras características da amostra analisada, verificou-se que os farmacêuticos que responderam ao questionário eram maioritariamente do sexo feminino (72,8%), valor bastante sobreponível ao descrito em 2010 (78,2%) e à distribuição nacional (79,4%) (Ordem dos Farmacêuticos, 2008; Hughes *et al.*, 2010). Uma limitação importante prende-se com a incapacidade de obter atempadamente os resultados dos restantes países que participaram no estudo para se produzir uma análise mais detalhada sobre a evolução da implementação de cuidados farmacêuticos na Europa. No caso concreto de Portugal, a análise dos dados poderia ser mais detalhada se fosse possível comparar as duas bases de dados, ou seja, a base de 2006 e a de 2013 atempadamente. Estas análises adicionais serão alvo de estudos futuros, sendo apenas possíveis após publicação dos dados internacionais por imposição do coordenador do estudo.

Não obstante as limitações referidas, este estudo é meritório por uma série de razões, nomeadamente pela riqueza da informação recolhida e pela pertinência do tema para a diferenciação do papel do farmacêutico. O tema é bastante atual e alvo de interesse internacional e nacional, nomeadamente pela aposta progressiva na prestação de serviços diferenciados em detrimento dos serviços essenciais. O estudo I permitiu observar vários aspetos do sector farmacêutico, constituindo uma atualização que se identificava como necessária à série publicada no *Annals of Pharmacotherapy* em 2006. O estudo II por ser um estudo multicêntrico, vai permitir comparar os dados obtidos nos países participantes. Neste estudo obteve-se uma amostra representativa, resultante de uma taxa de adesão de 23,4% (n = 686), superior ao estimado e superior ao obtido na edição anterior do estudo. O sucesso do atual estudo pensa-se que poderá estar relacionado, pelo menos em parte, com o sorteio de um *iPad* financiado pela Ordem dos Farmacêuticos.

Num futuro próximo seria interessante analisar esquemas de remuneração para a prestação de cuidados farmacêuticos, visto que a falta de financiamento para estes serviços é muito apontada como uma barreira para a sua disseminação e como falta de incentivo para muitos farmacêuticos. Observou-se no início de 2000 uma aposta na diferenciação dos *softwares* presentes na farmácia comunitária, que com a criação do *Sifarma 2000*, passaram a permitir a criação de fichas de acompanhamento farmacoterapêutico com registo individualizado e exaustivo da medicação utilizada e dos estados fisiopatológicos, permitindo assim acesso a alertas sobre interações medicamentosas. No entanto, esta aplicação não sofreu grandes diferenciações desde então, existindo ainda algumas lacunas que deveriam ser colmatadas para facilitar a prática de cuidados farmacêuticos, nomeadamente a emissão de alertas para contra-indicações e um espaço próprio para documentar intervenções realizadas pelo farmacêutico. Por fim, seria curioso avaliar o conhecimento da população Portuguesa em relação à existência e conhecimento sobre em que consistem os programas de cuidados farmacêuticos.

5. Conclusão

No geral, todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde nos países Europeus. Existe uma variedade dos produtos disponíveis nas farmácias Europeias, incluindo MSRM e MNSRM. Relativamente aos serviços mais disponíveis nas farmácias Europeias estão os programas de cessação tabágica, os programas de recolha de medicamentos e os programas de cuidados farmacêuticos. De um modo geral, os cursos universitários dos farmacêuticos são de 5 anos.

Em relação a Portugal, verificou-se que existe em média 3 farmacêuticos por farmácia, enquanto que o número médio de técnicos autorizados a dispensar medicamentos e outros produtos de saúde é de 2. Praticamente todas as farmácias hoje em dia possuem um gabinete para atendimento privado, e todas elas encontram-se equipadas com um sistema informático. Atualmente as farmácias prestam um considerável número de serviços farmacêuticos. De entre os mais disponíveis estão a medição da tensão arterial, da glicémia, do colesterol e do peso. Verificou-se que o score BPCS aumentou, indicando uma maior oferta do serviço de cuidados farmacêuticos aos portugueses. Foram detectadas diferenças entre os dados de 2006 e os do atual estudo (estudo II), concluindo-se assim que estas pequenas diferenças se podem dever à entrada em vigor do Decreto-Lei 307/2007 e da Portaria 1429/2007.

6. Bibliografia

- A Sociedade em Rede (2012). A internet em Portugal, 2012. Publicações OberCom.
- Alves, N. A. (2008). Perfis dos utilizadores da internet em Portugal. *Análise Social*, 3, 603-625.
- Apostolska, Z., Tozija, F. (2010). Pensions, Health and Long-term Care, Former Yugoslav Republic of Macedonia, *Annual National Report 2010*.
- Associação Nacional das Farmácias (2008). *Farmácia e Comunidade*. Disponível em: <http://www.anf.pt>
- Associação Nacional das Farmácias (2010). *O papel dos farmacêuticos nas farmácias comunitárias*. Disponível em: <http://www.nedai.org/items/24.pdf>
- Associação Nacional das Farmácias (2013). Programa de Troca de Seringas. *Newsletter ANF*, 128. Disponível em: <http://www.anf.pt>
- Barbosa, C. M. (2013). MNSRM de dispensa exclusiva nas farmácias. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 107, 6-7.
- Barros, P. P. (2013). *Pela sua Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bell, S. J., Whitehead, P., Aslani, P., Sacker, S., Chen, T. F. (2006). Design and Implementation of an Educational Partnership Between Community Pharmacists and Consumer Educators in Mental Health Care. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(2), 1-4.
- Bernsten, C., Andersson, K., Gariépy, Y., Simoens, S. (2010). A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services – Review. *Health Policy*, 95, 1-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.11.008
- Boletim do Trabalho e Emprego (2011). Remunerações mínimas. Disponível em: <http://bte.gep.mtss.gov.pt/documentos/2011/1/00670077.pdf>
- Boletim do Trabalho e Emprego (2012). Remunerações mínimas. Disponível em: http://bte.gep.mtss.gov.pt/completos/2012/bte23_2012.pdf

- Cabrera, J. H., Núñez, D. C., Baena, M. I., Fajardo, P. C., Martínez-Martínez, F. (2005). Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmácias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 3(3), 144-149.
- Chan, P., Grindrod, K., Bougher, D., Pasutto, F., Wilgosh, C., Eberhart, G., Tsuyuki, R. (2008). A systematic review of remuneration systems for clinical pharmacy care services - Clinical Review. *Canadian Pharmacists Journal*, 141(2), 102-110. doi: 10.3821/1913-701X(2008)141[102:ASRORS]2.0.CO;2
- Craig, D. G., Bates, C. M., Davidson, J. S., Martin, K. G., Hayes, P. C., Simpson, K. J. (2011). Overdose pattern and outcome in paracetamol-induced acute severe hepatotoxicity. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(2), 273-82. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03819.x
- Costa, S., Santos, C., Silveira, J. (2006). Community pharmacy services in Portugal. *Annals of Pharmacotherapy*, 40(12), 2228-2234.
- Costa, F. A., Guerreiro, M. P., Hughes, C., McElnay, J. (2007a). A snapshot of community pharmacy resources and services in Portugal: Results from the European “Behavioral Pharmaceutical Care Scale” study. *Congresso Nacional dos Farmacêuticos, Lisboa*.
- Costa, F. A., Guerreiro, M. P., Hughes, C., McElnay, J. (2007b). Applying the Behavioural Pharmaceutical Care Scale (BPCS) in Portugal. *Proceedings of the PCNE Conference, Gotteborg*.
- Decreto-Lei nº 112/2011 de 29 de Novembro, Diário da República, nº229 – I Série, Ministério da Saúde.
- Decreto-lei nº134/2005 de 16 de Agosto de 2005, “Estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias”, Diário da República, N. 156 – I Série, Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de Agosto, Diário da República, nº168 - I Série, Ministério da Saúde.

- Deliberação nº2473/2007 de 24 Dezembro, Diário da República, nº 247 – II Série, Ministério da Saúde.
- Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D., van Ginneken, E. (2012). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(3), 1–186.
- Directiva 2005/36/CE de 7 de Setembro de 2005, Parlamento Europeu e do Conselho.
- Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, decreto-lei nº288/2001, de 10 de Novembro (2001).
- Farris, K. B., Fernández-Llimós, F., Benrimoj, S. I. (2005). Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(9), 1539-1541.
- Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(5), 1–266.
- Gastelurrutia, M. A., Faus, M. J., Fernández-Llimós, F. (2005). Providing Patient Care in Community Pharmacies in Spain. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(12), 2105-2110. doi: 10.1345/aph.1G121
- Gastelurrutia, M. A., Benrimoj, S. I., Castrillon, C. C., de Amezua, M. J., Fernandez-Llimos, F., Faus, M. J. (2009). Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharmacy World and Science*, 31, 32-9. doi: 10.1007/s11096-008-9261-0
- George, P. P., Molina, A. D., Cheah, J., Chan, S. C., Lim, B. P. (2010). The Evolving Role of the Community Pharmacist in Chronic Disease Management - A Literature Review. *Clinical Update*, 39(11), 862-867.
- Government of the Netherlands (2013). *Health insurance*. Disponível em: <http://www.government.nl/>
- Hepler, C. D., Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533-534.
- Hersberger, K. (2011). Status of medication review in PCNE. *Symposium 2011, Dublin, Ireland*.

- Hughes, C. M., Hawwa, A. F., Scullin, C., Anderson, C., Bernsten, C. B., Björnsdóttir, I., ...McElnay, J. C. (2010). Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharmacy World and Science*, 32(4), 472-487. doi: 10.1007/s11096-010-9393-x
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Dados Estatísticos 2012*. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- Irish Pharmaceutical Health care Association (2013). *Supply and Reimbursement*. Disponível em: www.ipha.ie
- Jornal Público (2013). *Governo aprova lista com 17 medicamentos sem receita para venda só nas farmácias*. Disponível em: www.publico.pt
- Kanavos, P., Schurer, W., Vogler, S. (2011). The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices. *London/Vienna*.
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, “Lei de Bases da Saúde”, Diário da República, nº195 - I Série, Ministério da Saúde.
- Marques, F. (2012). Automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 102, 1-2.
- Martin-Calero, M., Machuca, M., Murillo, M., Cansino, J., Gastelurrutia, M., Faus, M. (2004). Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Current Pharmaceutical Design*, 10(31), 3969-3985.
- Mikeal, R. L., Brown T. R., Lazarus H. L., Vinson M. C. (1975). Quality of pharmaceutical care in hospitals, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 32(6), 567-574.
- Ministério da Saúde (2011a). *Perfil de Saúde em Portugal*. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016.
- Ministério da Saúde (2011b). *Eixos Estratégicos – Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde*. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016.

- Morak, S., Vogler, S., Walser, S., Kijlstra, N. (2010). *Understanding the Pharmaceutical Care Concept and Applying it in Practice*. Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Health.
- National Health Service (2012). *Medicines information*. Disponível em: <http://www.nhs.uk>
- National Health Service (2013). *Guide to the Healthcare System in England*. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF
- Noyce, P. (2005). Providing Patient Care Through Community Pharmacies in the UK: Policy, Practice, and Research. *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 861-866.
- OberCom (2012). *A internet em Portugal, 2012*. Disponível em: <http://www.obercom.pt/client/?newsId=548&fileName=sociedadeRede2012.pdf>
- Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde e Direcção de Avaliação Económica e Observação do Mercado (2012). *Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM)*. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2012/MNSRM_201203.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Relatório de Primavera, duas faces da saúde*.
- Okma, K. (2009). *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?* New York University.
- Ólafsson, S. (2010). Pensions, Health and Long-term Care. Annual National Report 2010.
- O'Neill, C., McGregor, P., Merkur, S. (2012). United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(10), 1–91.
- Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias e Grupo Farmacêutico da União Europeia (2001). *Boas Práticas de Farmácia, Ordem dos Farmacêuticos*,

Associação Nacional das Farmácias, Grupo Farmacêutico da União Europeia, 2ª Edição. Disponível em: <https://woc.uc.pt/ffuc/getFile.do?tipo=2&id=2309>

Ordem dos Farmacêuticos (2008). *Distribuição por género.* Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt>

Ordem dos Farmacêuticos (2008). *Regulamento Interno de Qualificação.* Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt>

Ordem dos Farmacêuticos (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária, 3ª Edição.* Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt>

Ordem dos Farmacêuticos (2009). *Circular 9/2009.* Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile104.pdf

Ordem dos Farmacêuticos (2011). *Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência.* Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt>

Organização Mundial de Saúde (2010). *Medicines: rational use of medicines.* Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>

PGEU (2009). *Why Pharmacies Need Fully Qualified Pharmacists.* Disponível em: http://www.epha.org/IMG/pdf/09.01.08EPGEU_Statement_Why_Pharmacies_need_fully_qualified_Pharmacists-Approved_GA_10_March_2009.pdf

PGEU (2010). PGEU database 2010.

PGEU (2011). PGEU database 2011.

PGEU (2013). *Members.* Disponível em: <http://www.pgeu.eu/pgeu/members.html>

Pharmaceutical Care Network Europe (2013). The new European definition of pharmaceutical care. *PCNE Newsletter*. 8(2), 1-4.

Pharmaceutical Care Network Europe (2010). Disponível em: <http://www.pcne.org>

Pharmaceutical Society of Australia (2010). *Professional Practice Standards.* Disponível em: <http://www.psa.org.au/download/standards/professional-practice-standards-v4.pdf>

- Pharmaceutical Society of Australia (2011). *Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services*. Disponível em: <http://www.psa.org.au/download/practice-guidelines/home-medicines-review-services.pdf>
- Pharmaceutical Society of Australia (2013). Disponível em: <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fifth-agreement/home-medicines-review.jsp>
- Pires, C., Costa, M., Angonesi D., Borges F. (2006). Request of pharmaceutical care services in a private owned community pharmacy. *Pharmacy Practice*, 4(1), 34-37.
- Plaza, L., Herrera, J. (2003). El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharmaceutical Care España*, 5, 160-165.
- PORDATA (2012). Base de dados, 2012.
- Portaria n.º1429/2007 de 2 de Novembro, Diário da República, nº 211 – I Série, Ministério da Saúde.
- Rechel, B., Blackburn, C., Spencer, N., Rechel, B. (2011). Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. *BMC Health Service Research*, 11, 219.
- Restall, B., Giest, S., Dumortier, J., Artmann J. (2010). *Country Brief: Malta*. European Commission, DG Information Society and Media. Disponível em: http://ehealth-strategies.eu/database/documents/malta_countrybrief_ehstrategies.pdf
- Royal Pharmaceutical Society (2013). *About the Royal Pharmaceutical Society*. Disponível em: <http://www.rpharms.com/home/home.asp>
- Santos, H., Iglésias, P., Fernández-Llimós, F., Faus, M., Rodrigues, M. (2004). Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Acta Médica Portuguesa*. 17, 59-66.
- Valormed (2013). *Remédio para os medicamentos*. Disponível em: http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=381:remedio-para-os-medicamentos&catid=68:homepage&Itemid=139

- van Mil, J. F. (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in the Netherlands. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(10), 1720-1725.
- van Mil, J. F., Schulz, M. (2006). A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Health Highlights*, 7(1), 155-68.
- Vogler, S., Arts, D., Sandberger, K. (2012). Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. *Summary Report*.
- Wertheimer, A.I, Serradel, J. (2008). A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharmacy World and Science*, 30, 309 –315. doi: 10.1007/s11096-007-9187-y
- Westerlund, T., Björk, H. T. (2006). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Sweden. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40(6), 1162-1169.

Anexos

Anexo 1 – Questionário correspondente ao estudo I

Survey on Health Care Systems’ and Community Pharmacies’ Functioning

This Project aims to characterize health care systems around the world, with a particular focus on the functioning and regulation of community pharmacies. Key people from each country have been selected to provide such information. As such, your detailed answer is much appreciated. In an effort to simplify replies, we have, whenever possible, used closed questions. However, as stated, we strongly encourage you to use the available space to provide additional information you consider relevant. We are particularly interested in recent changes that have occurred, which you consider important to the profession or controversial. Whenever possible, please provide us with a reference to what you are saying (e.g. Law 307).

Please state your country: _____

A – HEALTH CARE SYSTEM

1. Please briefly describe the structure of the health care system in your country.
2. Please refer to citizens’ access to health care, if possible elaborating on equity.
3. Health insurance
 - 3.1 What health insurance exist in your country?

Health insurance	Tick this box if Compulsory	Tick this box if Optional
State insurance		
Private insurance		

4. Check what is the coverage under compulsory insurances in your country:

Hospital costs	<input type="checkbox"/>
Specialist doctors’ costs	<input type="checkbox"/>
GP costs	<input type="checkbox"/>
Drug costs	<input type="checkbox"/>

B – COMMUNITY PHARMACY

5. What is the number of inhabitants in your country?
6. What is the average number of inhabitant per pharmacy?
7. Please describe the ownership situation in your country (*i.e., e.g.* can community pharmacies be owned only by pharmacists?)

One pharmacist can only own one pharmacy	<input type="checkbox"/>
One pharmacist can own multiple pharmacies (small chain)	<input type="checkbox"/>
If yes, how many? _____	
Non-pharmacists can own one pharmacy	<input type="checkbox"/>
Non-pharmacists can own multiple pharmacies (small or large chain)	<input type="checkbox"/>
If yes, how many? _____	
8. Are there criteria for the opening of pharmacies? Yes No

9. What are the most representative organizations of your country related to the pharmacist and the pharmacy and what are the functions of each them?

C – PRODUCTS AVAILABLE IN THE PHARMACY

10. What types/categories of medicines exist in your country?

Pharmacy medicines	<input type="checkbox"/>
OTC (over-the-counter)	<input type="checkbox"/>
GSL (general sales list)	<input type="checkbox"/>
POM (prescription only medication)	<input type="checkbox"/>

11. What other types of products can be sold in pharmacies in your country?

Cosmetics	<input type="checkbox"/>
Reading glasses	<input type="checkbox"/>
Supplements (e.g. phytotherapy, vitamins, etc)	<input type="checkbox"/>
Medical devices	<input type="checkbox"/>
Childrens' toys	<input type="checkbox"/>
Homeopathic medicines	<input type="checkbox"/>
Other. (Which?): _____	

12. Can any type of medicines be purchased elsewhere? Yes No

12.1 If yes, which ones and where?

13. For prescription medications, please refer to the reimbursement system. Indicate the different categories and any existing exceptions (e.g. medicines are reimbursed by state in 90% of their price for citizens earning less than the minimum wage and reimbursed in 60% for all other citizens; exceptions: diabetes drugs are reimbursed in 100%; patients with lupus have full reimbursement, ie, 100%).

D- EDUCATION AND TRAINING

14. What are the professionals that can legally practice in pharmacy?

Pharmacists	<input type="checkbox"/>
Pharmacy technicians	<input type="checkbox"/>
Pharmacy auxiliary staff	<input type="checkbox"/>
Other. Which: _____	

15. Please indicate in the table below which the necessary training for each of them:

Health professional	Training required

16. Please indicate in the table below which the minimum salary (stipulated by unions) for each of the professionals aforementioned.

Health professional	Remuneration

17. Are there any requirements that professionals must meet in order to keep their license to practice? Yes No

17.1 If yes, which?

Registration in the society	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

- Continuous professional development required by law
- Continuous professional development defined by the regulatory body
- Other. (Which?): _____

18. Are there any specialities recognized in your country?

- Specialist in hospital pharmacy
- Specialist in clinical analysis
- Specialist in pharmaceutical industry
- Specialist in community pharmacy
- Specialist in regulatory affairs
- Other specialities. Indicate which: _____

19. Is there any Quality Management System for community pharmacies in your country? Yes No

- 19.1** Check if the system is compulsory or optional:
- Compulsory
- Optional

19.2 Please explain briefly how the system works.

E – SERVICES AVAILABLE IN COMMUNITY PHARMACY

20. What are the services that community pharmacies can provide in your country?
Please indicate which professionals may provide each of the services mentioned.

Service	Yes	No	Pharmacist	Other health care professionals. Which
Homecare support				
Administration of medicines e.g. injectable drugs)				
Administration of vaccines				
Medical appointments (e.g. Nutrition) consultations				
Measurement of biological and biochemical parameters				
Pharmaceutical care programmes*				
Smoking cessation programme				
Needle exchange programme				
Medication Review **				
Drug waste management programme				
Prescribing				
Provision of Written Standardized Information				

Other. (Which?): _____

*If you marked, please indicate whether they are specific to a particular group of patients or if directed to the general population. Indicating, in the case of being specific for a disease, which one (s).

** If you marked this option, please indicate whether it is a service provided at the pharmacy, at home or in the homes of patients.

21. Is specific training mandatory for any of the aforementioned services?

Yes No

21.1 If yes, for which?

Service	Reimbursement

22. Are any of these services reimbursed? Yes No

22.1 If yes, what is the amount charged and who are the possible payers?

Service	Reimbursement

F – OTHER RELEVANT ASPECTS

Please indicate any additional topics not addressed in this questionnaire, which you find relevant in the context of the health care functioning of your country, and specifically applicable to community pharmacy.

Thank you for your cooperation and availability!

Anexo 2 – Questionário correspondente ao estudo II

Questionário de Cuidados Farmacêuticos

Este questionário deve ser preenchido pelo farmacêutico que mais contacto tem com os doentes, e não pelo farmacêutico responsável pela gestão da farmácia.

Secção A – Informações Gerais

Solicitamos-lhe a seguinte informação sobre si e a farmácia onde trabalha:

1. Código ANF: _____ (este código serve unicamente para verificar se obtemos respostas de vários farmacêuticos da mesma farmácia, mas não serão utilizados para identificar a farmácia)

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Ano em que iniciou funções em farmácia comunitária/farmácia de oficina: _____

4. Tipo de farmácia:

Farmácia Independente

Farmácia pertencente a grupo com o mesmo proprietário (≤ 4 farmácias)

Farmácia pertencente a grupo com diferentes proprietários (> 4 farmácias)

5. Localização da farmácia:

- Rural (<100hab/Km²) Suburbana (100-500 hab/Km²)
 Urbana (> 500 hab/Km²)

6. Número total de farmacêuticos a 100%: _____(FTE=full time equivalent)
 (eg. 1 farmacêutico 100% + 1 farmacêutico 80% = 1.8 full time equivalent)

7. Número de técnicos não farmacêuticos autorizados a dispensar medicamentos e outros produtos de saúde a 100% (excluindo estagiários): _____ (FTE - Explicado na questão anterior)

8. Tem actualmente alunos a realizar estágio de mestrado integrado:

- Sim Não

9. Número médio de receitas dispensadas na farmácia por dia: _____

10. Possui alguma pós graduação em farmácia prática/farmácia clínica?

- Sim Não

11. Participa regularmente em reuniões locais multidisciplinares (e.g. com médicos e/ou enfermeiros)?

- Sim Não

12. A farmácia possui algum espaço para atendimento privado? Sim Não

13. Ao atender doentes utiliza regularmente o sistema informático para verificar:

- Interações medicamentosas Contraindicações Dados clínicos

14. Se precisar de informação clínica de um doente que segue, consegue obtê-la facilmente através do médico assistente ou hospitalar? Sim Não

15. Assinale por favor entre as seguintes actividades/projectos, aqueles em que participa: (responda “Sim” ou “Não” para cada opção)

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1) Rastreios ^[1] | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2) Monitorização de doentes ^[2] | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3) Programas de revisão da medicação ^[3] | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4) Actividades de promoção da saúde ^[4] | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

^[1] Avaliação sistemática ao nível da população;

^[2] Monitorização periódica dos resultados dos medicamentos (eg. Programas de Cuidados Farmacêuticos, Seguimento Farmacoterapêutico – Método de Dáder);

^[3] Na farmácia, no centro de saúde, na casa do doente ou em lares;

^[4] Programas de cessação tabágica ou controlo do peso.

No âmbito do presente estudo, considera-se a definição de Cuidados Farmacêuticos de Hepler e Strand: “*A dispensa adequada de medicamentos com o objectivo de atingir resultados que melhorem a qualidade de vida do doente.*”

Os Cuidados farmacêuticos envolvem não só a dispensa de medicamentos, mas também o aconselhamento de doentes crónicos sobre o seu estado de saúde e a terapêutica

farmacológica utilizada para controlar a sua doença. A prestação de cuidados farmacêuticos implica ainda a implementação de um plano de seguimento periódico com a intenção de avaliar, ao longo do tempo, se o doente atinge os objectivos terapêuticos estabelecidos *e.g.* redução ou eliminação de sintomas da doença.

Um programa de cuidados farmacêuticos deve então incluir:

- Diálogo com o doente, por forma a avaliar a sua compreensão da terapêutica e identificar as suas necessidades relacionadas com os medicamentos que toma;
- Avaliação da terapêutica que o doente faz para identificar possíveis problemas relacionados com medicamentos (PRMs);
- Planeamento de um esquema de visitas periódicas para assegurar que os objectivos terapêuticos estão a ser atingidos;
- Educação do doente sobre aspectos relacionados com a sua doença (incluindo promoção de estilos de vida saudáveis);
- Colaboração com outros profissionais da saúde para prevenir, identificar e resolver PRMs.

Na prática, portanto, significa que **a actividade farmacêutica deixa de se centrar na dispensa de medicamentos para passar a centrar-se nos cuidados ao doente.**

Desta forma, os farmacêuticos tornam-se mais responsáveis pelos resultados terapêuticos dos doentes.

Secção B – Questões sobre Cuidados Farmacêuticos

Pense nos **últimos 5 doentes** que lhe apresentaram uma receita médica com medicamentos que vão iniciar pela primeira vez destinados a doenças crónicas (*e.g.* asma ou diabetes). Por favor, indique em quantos destes 5 doentes efectuou as seguintes actividades:

Em cada opção dos doentes que atendeu coloque no quadrado, o número que corresponde às situações descritas (de 0 a 5).

1. Pediu ao doente para descrever a sua situação clínica, incluindo os seus problemas de saúde e sintomas.
2. Registou a informação sobre a situação clínica do doente em formulário/ficha em suporte escrito, informático ou outro, de modo a que possa ser lida ou interpretada por outro profissional de saúde na sua ausência
3. Registou todos os medicamentos que o doente toma actualmente em suporte escrito, informático ou outro, de modo a ser possível ler ou interpretar por outro profissional de saúde na sua ausência.
4. Perguntou ao doente o que desejava alcançar com a medicação.
5. Registou os objectivos terapêuticos desejados para o doente.
6. Verificou os registos para detectar potenciais PRMs (*e.g.* interacções, efeitos adversos, fraca adesão à terapêutica)

7. Falou com o doente sobre a medicação que faz.

8. Certificou-se que o doente compreendeu a informação que lhe deu.

Agora, gostaríamos que pensasse nos **últimos 5 doentes crónicos** que lhe apresentaram uma receita com medicamentos que utilizam regularmente para o tratamento da sua doença (e.g. asma, diabetes). Por favor, indique em quantos destes 5 doentes efectuou as seguintes actividades:

Em cada opção coloque um número (0 a 5 doentes) no quadrado.

9. Fez perguntas ao doente para avaliar o padrão de utilização dos medicamentos que realmente toma.

10. Fez perguntas ao doente para saber se estava a ter algum PRM.

11. Fez perguntas ao doente para saber qual a sua percepção sobre a efectividade dos medicamentos.

12. Fez perguntas ao doente para ter a certeza que os objectivos terapêuticos estavam a ser atingidos.

Se foi identificado um PRM num destes 5 doentes (ver questão 6 e 10), por favor passa à questão 13.

Se não foi detectado um PRM nestes 5 doentes, por favor responda às seguintes questões assinalando a resposta apropriada. Não foi identificado um PRM porque:

Não costumo avaliar se há PRMs nos doentes (passa à questão 18)

Avalio regularmente se há PRMs, mas estes 5 doentes não apresentaram nenhum. (passa à questão 13 e responda às questões baseando-se nos últimos 5 doentes em que identificou um PRM)

Agora, pense nos **últimos 5 doentes** ou utentes a quem identificou um PRM.

Por favor, indique em quantos deles efectuou as seguintes actividades:

Em cada opção coloque um número (de 0-5 doentes) no quadrado.

13. Registou o(s) PRM(s) potencial(is) ou real(is) em notas escritas ou registos da medicação do doente.

14. Registou o(s) objectivo(s) terapêutico(s) desejado(s) para cada PRM identificado.

15. Implementou um plano para resolver (ou prevenir) o(s) PRM(s).

16. Realizou as visitas de seguimento programadas com o doente para monitorizar a sua evolução de acordo com os objectivos terapêuticos.

17. Registou na “ficha/formulário do doente” qualquer tipo de intervenção efectuada de modo a que possa ser lida e interpretada por outro profissional de saúde.

De um modo geral, considere **todos os doentes crónicos** que viu **nas últimas 6 semanas.**

Coloque o número apropriado, de modo que:

- 1 Sempre (80-100% das vezes)
- 2 Muitas vezes (60-80% das vezes)
- 3 As vezes (40-60% das vezes)
- 4 Raramente (20-40% das vezes)
- 5 Nunca (0-20% das vezes)

18. Com que frequência tentou prestar cuidados farmacêuticos a estes doentes?

19. Com que frequência é que, de facto, fez esforço para prestar cuidados farmacêuticos a estes doentes?

Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões sobre o relacionamento com os colegas e outros profissionais de saúde que prestam serviços aos seus doentes.

Em geral, considerando todos os doentes que viu nas últimas duas semanas, por favor indique com que frequência realizou as seguintes actividades. Nas questões onde se refere “comunicação”, considere esta como sendo “comunicação iniciada / desencadeada pelo farmacêutico”.

Use a mesma numeração das questões anteriores:

- 1 Sempre (80-100% das vezes)
- 2 Muitas vezes (60-80% das vezes)
- 3 As vezes (40-60% das vezes)
- 4 Raramente (20-40% das vezes)
- 5 Nunca (0-20% das vezes)

20. Pediu opinião a outros farmacêuticos do seu grupo de actividade sobre problemas difíceis ou pouco habituais de um doente.

21. Encaminhou o doente para outros farmacêuticos quando era no seu melhor interesse.

22. Encaminhou o doente para o médico quando necessário.

23. Comunicou ao médico os progressos do doente, bons ou maus, sobre a terapêutica instituída.

24. Entrou em contacto com o médico sempre que suspeitou que um doente apresentava um PRM.

25. Quando encaminhou um doente para o médico, enviou uma carta com o histórico da sua terapêutica e os problemas detectados.

26. Enviou os doentes com problemas sociais para grupos de ajuda adequados ou para entidades similares.

Considerando ainda todos os doentes que viu nas últimas duas semanas, por favor indique com que frequência efectuou as seguintes actividades:

Use a mesma numeração das questões anteriores:

- 1 Sempre (80-100% das vezes)
- 2 Muitas vezes (60-80% das vezes)
- 3 As vezes (40-60% das vezes)

- 4 Raramente (20-40% das vezes)
5 Nunca (0-20% das vezes)

27. Utilizou um local reservado para o aconselhamento ao doente.
28. Conferiu cada receita trazida ou preparada por outra pessoa antes de dispensar a medicação ao doente.
29. Utilizou serviços de informação adequados para apoio à prática (e.g. Biblioteca da farmácia, CIM, CEDIME, ou outros)
30. Questionou os doentes sobre a satisfação com os serviços prestados de modo a avaliar o seu desempenho pessoal.
31. Participou em acções de formação contínua para manter e melhorar as suas competências técnicas:
- Nas últimas duas semanas
- Nos últimos 3 meses
32. Utilizou os resultados clínicos dos doentes para avaliar o seu desempenho.
33. Disponibilizou cópias com informação relevante do doente a colegas autorizados a ter acesso a essa informação com o objectivo de resolver ou prevenir PRMs específicos.
34. Prestou aos doentes informação geral sobre saúde.

Pergunta de resposta opcional:

Assinale se os serviços são prestados na farmácia onde trabalha.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Medição da Tensão Arterial | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição da Glicémia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição do Colesterol Total | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição do Perfil Lipídico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição da Hemoglobina glicada | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição do INR (<i>International Normalized Ratio</i>) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição do Ácido Úrico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição do Peso | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Medição da Altura | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Programas de Cuidados Farmacêutico Asma/DPOC | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Programas de Cuidados Farmacêutico Diabetes | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Programas de Cuidados Farmacêutico Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Consultas de Nutrição Sim Não

Consultas de Podologia Sim Não

Outros. (Quais): _____

Anexo 3 – Somatório das respostas de acordo com o coordenador do estudo internacional

Domain	Items
Direct Patient Care	B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 B11 B12 B14 B15 B16 B17 B18
Referral and Consultation	B21 B22 B23 B24 B25 B26 B27 B33
Instrumental	B28 B29 B30 B31 B32 B34 B35
B1	Asked patient to describe medical condition
B2	Documented information on patient's medical condition
B3	Documented all medications currently taken by patient
B4	Asked patient what they want to achieve from therapy
B5	Documented therapeutic objectives
B6	Checked patient's records for drug-related problems
B7	Discussed patient's drug therapy with them
B8	Verified the patient understood the information
B9	Asked patient questions to assess actual medication use
B10	Asked patient questions to find drug-related problems
B11	Asked patient questions to find perceived effectiveness of drugs
B12	Asked patient questions to ascertain therapeutic goals reached
B13	Have you detected a drug-related problem for any of these patients?
B14	Documented potential/actual drug-related problems
B15	Documented therapeutic goals for each drug-related problem identified
B16	Implemented strategy to resolve/prevent drug-related problem
B17	Carried out follow-up plans for therapeutic objectives
B18	Documented any intervention made in patient's medication records
B19	How often did you try to provide pharmaceutical care?
B20	How often did you make the effort to provide pharmaceutical care?
B21	Consulted with other pharmacists about patient problems
B22	Made referrals to other pharmacists when in best interest of patient
B23	Made referrals to GP when necessary
B24	Communicated patient's progress on their drug therapy to GP
B25	Initiated discussion with GP when patients had/ might have a drug-related problem
B26	Provided GP with summary of medication history when referring a patient
B27	Referred patients with social problems to appropriate help groups
B28	Used quiet location for counselling
B29	Doubled checked each prescription prepared by another person
B30	Used appropriate information services
B31	Enquired of patients about their satisfaction with my services
B32	Used the clinical outcomes of patients to evaluate my work
B33	Provided patient information to professional colleagues to solve/prevent drug-related problems
B34	Provided general medical information to patients
B35	Participated regularly in continuing education programmes