

João José da Costa Fornelos

Sistemas de saúde e a farmácia comunitária em Portugal

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2013

João José da Costa Fornelos

Sistemas de saúde e a farmácia comunitária em Portugal

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2013

João José da Costa Fornelos

Orientador: Professor Doutor Pedro Barata

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para a obtenção do

grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Resumo

Existem dois tipos principais de sistemas de saúde. Os sistemas de saúde do tipo Beveridge que são baseados em sistemas nacionais de saúde. Já os sistemas de saúde ao estilo de Bismarck consistem em seguros de saúde. Em Portugal existe um sistema de saúde misto. Segundo a Constituição da República Portuguesa “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.”.

A propriedade da farmácia foi liberalizada em Portugal em 2007. Decisão negativa para a saúde dos utentes. Portugal criou uma subcategoria de medicamentos não sujeitos a receita médica de venda exclusiva em farmácia. Os serviços farmacêuticos prestados nas farmácias comunitárias em Portugal “foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos”. Podemos verificar resultados clínicos importantes em relação a patologias como a Diabetes, Hipertensão Arterial e Asma/DPCO. Foi possível quantificar o valor dos serviços farmacêuticos produzidos no aconselhamento de medicamentos não sujeitos a receita médica, aconselhamento de medicamentos sujeitos a receita médica e aconselhamento sobre determinações fisiológicas e bioquímicas.

Conclui-se que a adesão dos farmacêuticos aos programas de cuidados farmacêuticos não é a ideal devido à ausência de remuneração destes serviços de saúde.

Palavras chave: Sistemas de saúde; farmácia comunitária; serviços farmacêuticos.

Abstract

There are two main types of health systems. The health systems of the type Beveridge which are based on national health systems. Already health systems in the style of Bismarck consist of health insurance. In Portugal there is a mixed health system. According to the Portuguese Consituição "Everyone has the right to protection of health and the duty to defend and promote."

The property was liberalized pharmacy in Portugal in 2007. It was a negative decision to the health of users. Portugal created a subcategory of products not subject to prescription sale exclusively in pharmacies. Pharmaceutical services provided in community pharmacies in Portugal "have evolved in the provision of health services and, simple places selling drugs." We can verify important clinical outcomes in relation to diseases such as Diabetes, Hypertension and Asthma / COPD. It was possible to quantify the value of pharmaceutical services produced in counseling for products not subject to medical prescription, counseling on prescription medications and counseling on physiological and biochemical determinations.

It is concluded that the inclusion of pharmacists to pharmaceutical care programs is not optimal due to the absence of remuneration of health services.

Keywords: health systems, community pharmacies, pharmaceutical services.

Agradecimentos

Quero agradecer ao Professor Doutor Pedro Barata e ao Professor Doutor Miguel Trigo pela atenção dispensada ao longo da escrita deste trabalho.

Índice

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Lista de Siglas e Abreviaturas

Índice

Introdução

I - Enquadramento histórico e sistemas de saúde	1
1.1. Modelos Bismarckiano e Beveridgeano	1
1.2. Sistemas de saúde em alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)	2
1.2.1. Inglaterra	2
1.2.2. Alemanha	3
1.2.3. Holanda	3
1.2.4. Espanha	3
1.2.5. Portugal	5
1.2.6. Estados Unidos da América (EUA)	6
1.3. Satisfação da população com sistemas de saúde. Seguros sociais <i>versos</i> sistemas nacionais de saúde	7
1.4. Perspetivas de evolução dos sistemas de saúde. Medidas adotadas	8
II - A Farmácia Comunitária	10
2.1. A propriedade da Farmácia Comunitária	10
2.2. Venda de medicamentos não sujeita a receita médica (MNSR)	12
2.3. A Farmácia Comunitária em Portugal. O novo quadro legal de 2007	12
III - Os serviços farmacêuticos	14
3.1. A evolução dos serviços farmacêuticos prestados em Portugal	14

3.2. Os cuidados Farmacêuticos	15
3.3. Programas de Cuidados Farmacêuticos de Hipertensão Arterial, Asma/ DPOC e Diabetes	16
3.4. A Farmácia Clínica	18
3.5. Apoio domiciliário	19
IV - Resultados clínicos dos programas farmacêuticos realizados em Portugal	23
4.1. Estudo do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional de Farmácias	23
4.2. Estudo da Ordem dos Farmacêuticos	25
V - Valorização dos Serviços Farmacêuticos	26
5.1. Aconselhamento de medicamentos não sujeitos a receita médica, medicamentos sujeitos a receita médica e sobre determinações fisiológicas e bioquímicas	27
Conclusão	
Referências bibliográficas	

Índice de tabelas

Tabela 1 - A propriedade da farmácia comunitária na Europa

Tabela 2 - Níveis de Adesão aos Programas de Cuidados Farmacêuticos que Utilizam o Método SOAP, Durante o Período 2003 e 2007

Tabela 3 - Resultados dos Programas de Cuidados Farmacêuticos por Farmácias Comunitárias Activas e Farmacêuticos Envolvidos em Janeiro de 2007

Tabela 4 - Valores médios em € atribuídos pelos utentes a cada um dos atos farmacêuticos avaliados. (Gouveia M., F. Machado, 2008)

Lista de siglas

ANF - Associação Nacional de Farmácias

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica

EUA - Estados Unidos da América

INE - Instituto Nacional de Estatística

MNSRM - medicamentos não sujeita a receita médica

MNSRM-DEF - medicamentos não sujeitos a receita médica de venda exclusiva em farmácia

MSRM - medicamentos sujeitos a receita médica

NHS – National Health Services

OCDE - Organisation for Economic Co-operation and Development

OF - Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto interno bruto

PMR - problemas relacionados com medicamentos

SSH – Social Security health care systems

UE – União Europeia

RNM - Resultados Negativos associados à utilização de Medicamentos

Introdução

A Farmácia em Portugal é um espaço de saúde fundamental para todo o nosso país. Mas foi e será, e citando o Professor Doutor Joaquim Gomes Canotilho, “o lugar da lógica republicana em Fernando Pessoa a farmácia tornava-se, nas terras grandes e pequenas, o clube democrático da notícia e do confronto de opiniões.” (Canotilho, J., 2005).

Portugal atravessa atualmente um grave período a nível económico e social que nos leva a todos a refletir sobre o modo como está organizado o sistema de saúde. O direito à saúde, que é bem claro na Constituição Portuguesa é recorrentemente negado aos cidadãos. Devemos recordar que o direito à saúde inclui em si “o acesso à educação, à habitação, ao lazer, ao apoio e à estabilidade da família e, chocam-se os mais cépticos, o acesso a um conceito de Felicidade e bem-estar.” (Kuteev Moreira, P. 2004)

Começa-se esta reflexão analisando os sistemas de saúde na Europa que se dividem em dois modelos de saúde principais: o modelo Bismarckiano e o modelo de Beveridge. Em Portugal, existem sistemas mistos dos dois modelos. Neste trabalho de revisão bibliográfica procura-se analisar qual o modelo que mais satisfaz a população bem como prever a evolução dos sistemas de saúde.

A Farmácia comunitária na Europa e em Portugal será também revista neste trabalho. Pretende-se saber quais os serviços farmacêuticos que se realizam nas farmácias comunitárias em Portugal, avaliar os resultados clínicos dos programas farmacêuticos realizados e verificar a valorização económica dos serviços farmacêuticos prestados à população.

I - Enquadramento histórico e sistemas de saúde

1.1. Modelo Bismarckiano e o modelo Beveridgeano

De um modo abrangente podemos considerar dois modelos de saúde principais: o modelo Bismarckiano e o modelo Beveridgeano. O surgimento destes dois modelos de saúde têm em comum a necessidade redução de tensões políticas e sociais e a melhoria dos níveis de saúde da população. Assim surgem nos finais do século XIX os sistemas de saúde em grande medida devido à revolução industrial e também com o objetivo corrigir a diminuição de produtividade provocada por acidentes de trabalho e doenças transmissíveis. Também houve necessidade de dar resposta às doenças desenvolvidas durante as guerras. Em 1883, movimentos operários conduziram a uma intervenção política de Bismarck. Mais tarde em 1942 surge na Grã-Bretanha o relatório de Beveridge.

Ambos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade.

De um modo geral os modelos de saúde de Bismarck e Beveridge são financiados por sistemas de seguro privado voluntário, seguro social obrigatório ou financiamento por impostos.

O modelo de seguro social de Bismarck assenta nas seguintes premissas:

- os seguros sociais são de adesão obrigatória para quem cumpre os requisitos de cobertura;
- este sistema é financiado por contribuições de empregadores e empregados, baseadas no salário e independentes do nível de risco de doença individual;
- o Estado assegura as contribuições dos desempregados e de alguns grupos particularmente vulneráveis;
- o Estado especifica um pacote básico de benefícios, deixando a recolha das

contribuições e a gestão e aquisição de cuidados de saúde a cargo de um número variável de fundos de doença.

Por outro lado, os sistemas de saúde que seguem o modelo de Beveridge assentam num serviço nacional de saúde baseiam-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório por via dos impostos. (Simões, J. 2009)

1.2. Sistemas de saúde em alguns países europeus

Podemos agrupar os sistemas de saúde dos países europeus em três grupos. Os sistemas de saúde ao estilo de Beveridge que se verificam na Finlândia, Suécia e Reino Unido. Os sistemas de saúde ao estilo Bismarck existentes na Alemanha e Holanda. No sul da Europa, Grécia, Itália, Portugal e Espanha, prevalecem sistemas mistos e combinam elementos dos modelos de Bismarck e de Beveridge.

1.2.1. Inglaterra

Em Inglaterra, surgiu em 1948, o National Health Service. Em 1946 o NHS Act em que se postula o seguinte: “Esta lei é de crucial importância para o estabelecimento de um modelo para os sistemas de saúde com base nas responsabilidades dos Estados pela prestação de serviços gerais de saúde e a afirmação do princípio de acesso igual por todos os cidadãos.” (Campos *et* Simões, p. 41). Assim existiam os seguintes pressupostos base: a responsabilidade do Estado por proporcionar cuidados de saúde gratuitos, universalidade, igualdade e autonomia profissional.

No Reino Unido existe um serviço nacional de saúde em 79% dos seus custos são suportados por impostos. 16% é da responsabilidade de um seguro social (National Insurance). 2% dos custos resultam do co-pagamento dos doentes.

1.2.2. Alemanha

Na Alemanha existe um sistema de seguro social que cobre 70 milhões de pessoas de uma população de 62 milhões. 10% da população está ao abrigo de um seguro privado. 2% da população tem cobertura por esquemas governamentais setoriais (militares, polícia, entre outros). As despesas de saúde são suportadas em 64% por contribuições para o seguro social. 7,8% dos custos gerais da saúde é suportada por impostos. Os valores dos impostos são usados sobretudo para investimentos em hospitais, investigação hospitais universitário e formação dos profissionais de saúde. 8,3% são seguros privados e pagamentos das famílias. 19,9% dos custos são da responsabilidade de sistemas de seguros de saúde.

1.2.3. Holanda

Na Holanda existe um esquema de seguro de saúde único, obrigatório e universal, regulamentado pelo direito privado. Este sistema é iniciado por Dekker em 1887 e baseia-se numa concorrência regulada nos seguros. No sistema holandês os custos são em 50% suportados pelo segurado e outros 50% pelo empregador. As pessoas que têm mais baixos rendimentos recebem um subsídio do Estado, dependendo do rendimento, para poderem adquirir um plano de saúde, sendo assim compensados pelo prémio nominal obrigatório.

1.2.4. Espanha

Em Espanha, apenas em 1978, com a nova constituição, se iniciou o direito à saúde.

“Art. 15. Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o

degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra.

Art. 40.

1. Los poderes públicos promoverán las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal más equitativa en el marco de una política de estabilidad económica. De manera especial realizarán una política orientada al pleno empleo.

2. Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados.

Art. 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

Em 1986 iniciou-se o sistema de seguro social. O financiamento deste seguro ocorre a partir de impostos gerais. A cobertura de 99% da população é feita de modo universal. O SNS não cobre os profissionais liberais e empregadores. Em contraste os funcionários públicos têm direito a um sistema de saúde especial mutualista que tem um financiamento de 70% de impostos e 30% de contribuições dos membros. Os funcionários públicos também têm a regalia face aos demais de terem a liberdade de poder escolher entre os serviços de SNS ou as seguradoras.

1.2.5. Portugal

Na Europa os modelos de saúde são mais bismarkianos ou beveridanos. Segundo Campos et Simões (p.49): “(...) empregados e empregadores descontam uma percentagem dos seus rendimentos para seguros sociais, que contratam prestadores, públicos ou privados, nos países influenciados pelo modelo criado em Inglaterra na segunda metade da década de 1940 – nos países do sul da Europa (Portugal, Espanha, Grécia e Itália) são os impostos que financiavam o serviço nacional de saúde, com uma prestação maioritariamente pública.”

Em Portugal também a Constituição da República Portuguesa, aprovada a 2 de Abril de 1976, o direito á saúde.

“Artigo 64.º

(Saúde)

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

- c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.”

Contudo o conceito de sistema de saúde é diferente. “Utiliza-se entre nós, numa definição mais restrita de sistemas de saúde, limitando a sua intervenção ao conjunto de entidades prestadoras e financiadoras das unidades de saúde, ou às instituições que desenvolvem atividades na área da saúde.” (Campos et Simões). Segundo a Lei de bases de saúde em Portugal (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, na base XII, nº1): “O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como todas as atividades privadas e por todos os profissionais de saúde que acordem com a primeira a prestação de todos ou de algumas daquelas atividades.”. Deste modo a definição da normativa Portuguesa não permite um entendimento de sistema de saúde que inclua todas as intervenções favoráveis à saúde, independentemente da sua área de intervenção.” (Campos et Simões, p. 38)

1.2.6. Estados Unidos da América

Os Estados Unidos da América (EUA) possuem um sistema de saúde quase contrário ao dos países industrializados, uma vez que a saúde é vista como um privilégio e não como um direito de fundamental de todos os cidadãos.

O sistema de saúde dos EUA assenta sobretudo em companhias de seguros de saúde privadas, um fundo do estado administrado por privados para população mais idosa (Medicare) e um programa de seguros do estado para a população mais pobre (Medicaid).

No entanto, as reformas dos cuidados de saúde são agora uma realidade. Com o Obamacare existe agora uma cobertura e acesso a cuidados de saúde mais próximos a uma cobertura universal (Glassock, R. J., 2010).

1.3. Satisfação da população com sistemas de saúde. Seguros sociais *versos* sistemas nacionais de saúde.

Segundo Van der Zee, J. et Kroneman, M., os países que combinam altas taxas de satisfação do com algumas restrições organizacionais (como a Dinamarca, Finlândia e Países Baixos) poderia formar exemplos para os demais países europeus.

Na atualidade os principais objetivos das políticas de saúde deverão ser a equidade, eficiência técnica, eficiência econômica, liberdade de escolha e autonomia dos prestadores de serviços de saúde.

A satisfação da população com os sistemas de saúde em países com o sistema de saúde baseados em seguros sociais (SSH) é muito maior em comparação com os países com sistema de sistemas nacionais de saúde (NSH).

Nos países com sistemas de SSH cerca de dois terços da população está muito ou bastante satisfeitos com o sistema enquanto nos países com sistema NHS apenas metade da população está bastante ou muito satisfeita com o seu sistema de saúde. Dentro dos países do NHS, a variação é substancial. A Dinamarca e Finlândia mostram ainda mais satisfação em comparação com todos os países que implantarem o sistema SSH em 1996 e 1998. A satisfação em países com sistema SSH apresenta menor variação. (Van der Zee, J. et Kroneman, M., 2007)

1.4 Perspetivas de evolução dos sistemas de saúde. Medidas adotadas.

A OCDE Health Data é um instrumento indispensável para o conhecimento dos sistemas de saúde no espaço da OCDE. Segundo a OCDE Health Data, em 2050, caso não exista intervenção política, a pressão dos custos passará de 7% do produto interno bruto (PIB) em 2005 para 13% em 2050. Caso exista contenção de custos em 2050 pode atingir-se apenas uma pressão dos custos na ordem de 10%.

No sentido de reformar os sistemas de saúde Elizabeth Docteur e Howard Oxley referem que deve ser assegurado o acesso a unidades de saúde necessárias; um nível adequado de recursos por unidade de saúde (eficiência macro-económica); assegurar os que os serviços sejam prestados de uma forma eficiente e efetiva (eficiência microeconómica).

No relatório mundial de saúde de 2010 que foi dedicado ao financiamento de sistemas de saúde e à cobertura universal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define orientações gerais para que os países evoluam rapidamente na direção da cobertura universal e indica formas de financiar cuidados de saúde num contexto caracterizado por custos crescentes dos cuidados de saúde, devido ao envelhecimento da população, aumento de doenças crónicas, invenção tecnológica e crise económica. Neste sentido a recomendação é “Optar por medicamentos mais baratos; Melhorar o controlo de qualidade dos medicamentos; Utilizar medicamentos de forma apropriada; Retirar o máximo benefício de tecnologias e serviços de saúde; motivar os trabalhadores de saúde; melhorar a eficiência hospitalar; reduzir o erro médico; eliminar o desperdício e a corrupção; avaliar de modo crítico que serviços são necessários.” (OMS, 2010) Segundo a OCDE a quantidade de dinheiro utilizado para financiar a saúde quase duplicou entre 1970 e 2007. Este aumento do custo é devido ao envelhecimento da população; Crescimento dos rendimentos; Alargamento do acesso e da cobertura dos seguros; Inovação tecnológica.

A União Europeia (EU) prevê em 2050 uma diminuição da população e um aumento da idade da população. Assim prevê-se que exista um aumento de 1 ou 2 por cento do

produto interno bruto (PIB) dedicados à saúde nos estados membros. Consciente destas mudanças a Comissão Europeia estabeleceu a saúde como uma parte da sua estrutura política para 2020. Assim pretende-se reforçar a ligação entre as políticas de saúde e de apoios europeus para as reformas dos sistemas de saúde.

Segundo a comunicação da Comissão Europeia de 20 de Fevereiro de 2013, pretende-se até 2020:

1. Investir em sistemas de saúde sustentáveis combinando reformas inovadoras destinadas a melhorar o custo-efetividade e conciliar as metas de consolidação orçamental, com a prestação continuada dos níveis de serviços públicos.
2. Investir na saúde das pessoas como capital humano, de modo a melhorar a saúde da população em geral e reforça a empregabilidade, tornando, assim, as políticas ativas de emprego mais eficazes, ajudando a garantir meios de subsistência adequados e contribuindo para o crescimento.
3. Investir na redução das desigualdades de saúde e contribuir para a coesão social e quebrar o círculo vicioso de problemas de saúde contribuindo para a diminuição da pobreza e exclusão social.
4. Investir na saúde através de apoios adequados de fundos da UE.

II - A Farmácia Comunitária na Europa

2.1. A propriedade da Farmácia Comunitária

A propriedade da farmácia é exclusiva dos farmacêuticos na Alemanha, Áustria, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Itália e Luxemburgo. Já na Islândia, Noruega, Bélgica, Holanda, Irlanda e Reino Unido a propriedade da farmácia não é exclusiva do farmacêutico. A propriedade da farmácia foi liberalizada em Portugal em 2007. Como argumento de que esta foi uma decisão negativa para a saúde dos utentes são de um modo geral a existência de concorrência no sector da saúde nos EUA ou mais concretamente os efeitos negativos assinalados na Noruega e na Islândia. Neste dois últimos países observou-se com a liberalização da propriedade da farmácia menor formação profissional, diminuição do aconselhamento profissional aos doentes, concentração de farmácias onde existe maior densidade populacional, preços dos medicamentos não sujeitos a receita médica aumentou. (Pita Barros, P., 2007)

Tabela 1 – A propriedade da farmácia comunitária na Europa

Propriedade exclusiva dos farmacêuticos	Propriedade não exclusiva dos farmacêuticos
Alemanha	Islândia
Áustria	Noruega
Dinamarca	Bélgica
Espanha	Holanda
Finlândia	Irlanda
França	Reino Unido
Grécia	
Itália	
Luxemburgo	
Portugal	

Segundo o tribunal de Justiça da CE, no seu acórdão de 19 de Maio de 2009, emite a decisão de que a propriedade da farmácia pode ser reservada exclusivamente a farmacêuticos. A decisão foi justificada por razões de saúde pública (qualidade e segurança na dispensa de medicamentos).

2.2. Venda de medicamentos não sujeita a receita médica (MNSRM)

Os países europeus em que a venda de medicamentos não sujeita a receita médica (MNSRM) não é autorizada fora da farmácia são a Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Eslováquia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Suécia e Turquia. Segundo Campos e Simões, em 14 países existe dispensa de medicamentos sem receita médica (MNSRM) fora do canal farmácia. Assim acontece em Portugal com a particularidade de ter sido criada recentemente uma subcategoria de medicamentos não sujeitos a receita médica de venda exclusiva em farmácia (MNSRM-DEF), na qual constam 17 substâncias ativas, isoladamente, ou em associação, entre as quais o ibuprofeno (400 mg), o ácido salicílico + fluorouracilo, a aminofilina, a amorolfina, o gás medicinal comprimido, o cetoprofeno, a cianocobalamina, a hidrocortisona, a lidocaína + prilocaína, o paracetamol + codeína + buclizina e a teofilina.

2.3. A Farmácia Comunitária em Portugal. O novo quadro legal de 2007.

O número de farmácias comunitárias existentes em Portugal tem aumentado. Entre 2002 e 2006 registou-se um aumento de cerca de 10%. Sendo o número de farmácia comunitárias em atividade em Portugal em 2006 de 2775 e de 2910 no ano de 2012, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE). Até 2007 a propriedade da farmácia era exclusiva do farmacêutico. A propriedade era indissociável da direção-técnica. Um farmacêutico não podia ser proprietário de mais do que uma farmácia (mesmo em sociedade). Por sua vez as instalações de farmácias comunitárias obedeciam a critérios de concurso público regulado pelo Ministério da Saúde, farmacêuticos ou sociedades de farmacêuticos e critérios demográficos. Até 2005 os medicamentos eram dispensados exclusivamente nas farmácias. (Barbosa, C. M., 2009)

O novo quadro legal de Outubro de 2007 pôs termo ao regime de propriedade exclusiva de farmacêuticos, uma limitação de quatro farmácias por proprietário e o licenciamento

de novas farmácias e impôs regras de licenciamento de novas farmácias por sorteio realizado pelo Ministério da Saúde e por concorrentes admitidos em função do número de farmácias detidas, exploradas ou geridas. Segundo o novo quadro legal de Outubro de 2007 as novas farmácias têm uma captação mínima passou de 4.000 a 3.500 habitantes por farmácia. Também a distância mínima entre farmácias é de passo de 500 metros para 350 metros. A distância mínima de 100 metros entre farmácia e centro de saúde ou hospital. De acordo com este novo quadro legal a equipa farmacêutica precisa de ter um mínimo de farmacêuticos (diretor técnico e outro) e um mínimo de 50% da equipa da farmácia deverá ser constituído por farmacêuticos. Esta nova legislação indica que a prestação pelas farmácias de serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes. Também ficou estabelecido que caberia à farmácia a prestação de serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, o apoio domiciliário, a venda de medicamentos pela internet (registo prévio); o alargamento do horário mínimo de funcionamento de 55 horas por semana. Aprovou-se a possibilidade de serem feitos descontos nos medicamentos e também a dispensa de medicamentos ao público nos hospitais. (Barbosa, C. M., 2010)

III - Os serviços farmacêuticos em Farmácia Comunitária

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

3.1. A evolução dos serviços farmacêuticos prestados em Portugal

Em 1995, a Ordem dos Farmacêuticos (OF) e a Associação Nacional de Farmácias (ANF) estabeleceu um protocolo de colaboração para a implementação das Boas Práticas Farmacêuticas elaboradas pelo Grupo Farmacêutico da União Europeia. Também se concordou numa normativa de qualidade do desempenho profissional para a Farmácia comunitária. A implementação das boas práticas em farmácia nas farmácias visa aumentar a qualidade dos serviços prestados à população, a normalização de procedimentos na farmácia de oficina bem como a promoção e desenvolvimento da excelência profissional do farmacêutico de oficina. Desde os anos 80 houve uma grande evolução da prestação de serviços farmacêuticos. Nos anos 80 a Farmácia Comunitária tinha como função unicamente a medição de parâmetros, ações informativas e gestão de resíduos de medicamentos. No início dos anos 90, a Farmácia Comunitária acolheu também o programa de trocas de seringas. Nos finais da década de 90 começaram a ser introduzidos na farmácia alguns serviços diferenciados com os programas de substituição narcótica (ex. metadona) e programas de cuidados farmacêuticos (Asma, Diabetes, HTA). Desde 2005 adotou-se um conjunto alargado de serviços farmacêuticos de diferentes graus de complexidade (campanhas, medições parâmetros, gestão da terapêutica, seguimento de doente). A partir de 2007 entrou em vigor uma nova legislação que permitiu às farmácias prestarem outros serviços farmacêuticos de promoção de saúde e do bem-estar dos utentes. Segundo a nova legislação dos serviços farmacêuticos (portaria nº1 1429/2007) “as farmácias foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos, bem como da produção de medicamentos manipulados para uso humano e veterinário, transformaram-se em

importantes espaços de saúde, reconhecidos pelos utentes.” Deste modo a Farmácia Comunitária deixou de ser um espaço de venda de um produto para ser um prestador de serviços de serviços de saúde. Os serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar que podem ser prestados pelas farmácias portuguesas são o apoio domiciliário, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação e programas de cuidados farmacêuticos. (Iglésias-Ferreira, P. Mateu-Santos, H., 2011)

3.2. Os cuidados Farmacêuticos

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

Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica o farmacêutico passou a produzir os fármacos em grande quantidade, passando o farmacêutico a desempenhar, sobretudo, funções de dispensa e distribuição de medicamentos (Berenguer et al., 2004). Paralelamente, perante a perceção da existência de problemas resultantes do uso de medicamentos e da sua prevalência, estabeleceu-se o conceito de problemas relacionados com medicamentos (PMR) e da sua prevalência, referenciado inicialmente por Brodie, nos anos 60 (Santos et al., 2004).

Assim, problemas relacionados com medicamentos foi definido como qualquer sinal ou sintoma manifestado pelo doente e que pode estar, de alguma maneira, relacionado e/ou ser causado pela terapêutica farmacológica utilizada (Strand et al., 1996). A identificação deste conceito permitiu estabelecer critérios de análise da terapêutica farmacológica, direcionando deste modo os resultados para o utente. Assim, a transição do papel do farmacêutico, em termos de focalização da orientação do medicamento para

o doente, foi particularmente evidente no final dos anos 60, princípios dos anos 70, sobretudo com trabalhos de Brondie.

A partir desta altura, o farmacêutico começou a ser mais reconhecido pelos seus conhecimentos singulares nas áreas da fisiopatologia, farmacologia, farmacoterapêutica, biofarmácia e farmacocinética (Iglésias-Ferreira, P. Mateu-Santos, H., 2011).

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

3.3. Programas de Cuidados Farmacêuticos de Hipertensão Arterial, Asma/ DPOC e Diabetes.

A enorme reflexão em torno da expansão do papel do farmacêutico no ambiente ambulatorio, a verdade é que, tal como constatado por Gouveia e Shane (1997), o número total de utentes abrangidos por programas de cuidados farmacêuticos é muito reduzido. Passados mais de 10 anos desde a publicação deste trabalho, esta conclusão continua atual, verificando-se que Portugal não é exceção (Costa et al., 2006). Assim, segundo dados do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, dos cerca de 6290 farmacêuticos comunitários existentes nas farmácias em Portugal, 958 já se inscreveram para formação em programas de cuidados farmacêuticos. Este valor corresponde à formação de: 140 na área da Asma/DPOC, 514 no setor da Diabetes e 304 no ramo da Hipertensão Arterial. Destes, apenas alguns farmacêuticos reportam os seus resultados ao departamento da ANF, verificando-se que, em Dezembro

de 2007, 51 o faziam na área da Asma/DPOC, 285 no setor da Diabetes e 156 no ramo da Hipertensão Arterial. Tais números correspondem, respetivamente, a 254 utentes em seguimento na Asma/DPOC, 1165 utentes no sector da Diabetes e 595 usuários no Programa da Hipertensão.

Tabela 2 - Níveis de Adesão aos Programas de Cuidados Farmacêuticos que Utilizam o Método SOAP, Durante o Período 2003 e 2007

programas de cuidados farmacêuticos	farmacêuticos (formação)	reporte de resultados (farmacêuticos)	utentes em seguimento (Dezembro 2007)	total acumulado de utentes em seguimento (2003-2007)
Asma/DPOC	140	51	254	324
Diabetes	514	285	1165	2036
Hipertensão Arterial	304	156	595	962
Total	958	492	2014	3322

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

A partir do quadro resumo é possível ainda constatar que, desde o período de expansão (2003) até Dezembro de 2007, já passaram pelo programa: 324 doentes com Asma/Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), 2036 utentes com Diabetes e 962 com Hipertensão, perfazendo um total de 3322. Este total acumulando representa todos os doentes que fazem parte dos vários programas de cuidados farmacêuticos e todos os doentes que já fizeram mas que o abandonaram, por mudança de residência, desistência ou morte.

A partir ainda de informação fornecida, constata-se que, em Janeiro de 2007, 248 farmácias estavam envolvidas no programa de cuidados farmacêuticos da Diabetes, 138 no da Hipertensão Arterial e no 48 no da Asma/DPOC.

Tabela 3 - Resultados dos Programas de Cuidados Farmacêuticos por Farmácias Comunitárias Activas e Farmacêuticos Envolvidos em Janeiro de 2007

programas de cuidados farmacêuticos	Asma/ DPOC	Diabetes	Hipertensão Arterial	Total
número de farmácias	48	248	138	337
número de farmacêuticos	51	285	156	492

Esta evidência deve-se ao facto de existirem farmácias com mais do que um farmacêutico com formação na área dos programas de cuidados de farmacêuticos. Por outro lado, é possível verificar que apesar do somatório do número de farmacêuticos envolvidos ser 492, na realidade o total destes profissionais de saúde é de 460, uma vez que existem farmacêuticos que frequentaram mais do que uma formação de cuidados farmacêuticos, estando portanto credenciados a participarem em mais do que um programa. (Barbosa, C. M., 2009)

3.4. A Farmácia Clínica

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

O termo Farmácia Clínica é muito utilizado, apresentando, deste modo, definições diversas e sendo compreendido de maneira diferente em vários países. Assim, de acordo com a European Society of Clinical Pharmacy, trata-se de uma especialidade que

consiste em atividades e serviços, como a monitorização terapêutica e aconselhamento, que um farmacêutico clínico desenvolve de modo a promover o uso racional e adequado de produtos e dispositivos médicos. (Ahmed, S. I. et al, 2010)

3.5. Apoio domiciliário

O apoio domiciliário é um serviço de prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias com alguma incapacidade física ou outra, que não podem assegurar temporária ou permanentemente as suas atividades diárias. Entende-se por cuidados domiciliários o conjunto de serviços, prestados por profissionais de saúde, que permite aos utentes, total ou parcialmente incapacitados, viver em suas casas, com o objetivo de prevenir, atrasar ou substituir os cuidados de longa duração e/ou a necessidade de cuidados agudos. A prática comum para reduzir a institucionalização dos doentes para reduzir custos (para famílias e/ou Estado) traduz-se num aumento da utilização dos medicamentos, e cada vez mais complexos, no contexto domiciliário (por vezes até medicamentos de uso hospitalar). Os riscos podem ser enormes e, como tal, parece evidente a necessidade de vigiar esta medicação, desde a sua seleção, passando pela administração, conservação/armazenamento até aos seus efeitos. Paradoxalmente, estes doentes domiciliados apresentam um risco maior associado à utilização de medicamentos, mas têm menor acesso ao farmacêutico comunitário. Geralmente, nestes programas domiciliários, a gestão da medicação é da responsabilidade dos enfermeiros, quando estes existem, pois estima-se que apenas 40% dos doentes domiciliados tenham acesso a estes serviços. (Iglésias-Ferreira, P. Mateu-Santos, H., 2011)

Os farmacêuticos estão a dar os primeiros passos nos cuidados domiciliários, salvo raras exceções limitadas à intervenção farmacêutica no âmbito da preparação da terapêutica intravenosa em países como os EUA e o Canadá. Também no Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia e Brasil se verificam algumas experiências interessantes. No Canadá os serviços prestados pelos farmacêuticos no âmbito dos cuidados domiciliários podem ser sistematizados em quatro grupos: serviços de venda de produtos de apoio, por exemplo:

fraldas, material de penso, bengalas, cadeira de rodas, etc...; serviços de dispensação especializados, por exemplo: preparação e dispensação da nutrição parentérica e de medicamentos complexos que serão posteriormente administrados pela enfermagem; serviços clínicos de apoio/suporte, por exemplo: serviço de consultoria para o doente ou para uma organização/instituição (protocolos farmacoterapêuticos, informação e formalização sobre farmacoterapia, implementação de sistemas de garantia de qualidade para a terapêutica medicamentosa, revisão periódica da medicação, etc...); serviços diretos ao doente (serviços clínicos), por exemplo: visitas domiciliárias para avaliar a medicação e intervir sempre que necessário. (Iglésias-Ferreira, P. Mateu-Santos, H., 2011)

A Canadian Society of Hospital Pharmacists e American Society of Health-System Pharmacists contribuíram para definir Cuidados Farmacêuticos Domiciliados. A Canadian Society of Hospital Pharmacists refere que os serviços farmacêuticos no âmbito dos programas domiciliários devem ser: distribuição, consulta e educação/formação. A American Society of Health-System Pharmacists definiu o papel do farmacêutico que presta cuidados farmacêuticos diferenciados ou noutros locais similares (ex. lares de idosos) como “a provisão de produtos farmacêuticos especializados e complexos e de serviços clínicos de avaliação e monitorização de doentes nas suas casas”. A American Society of Health-System Pharmacists classificou os modelos de prática de cuidados farmacêuticos domiciliários em duas categorias de acordo com o relacionamento com outros profissionais de saúde (farmacêutico) com mais um profissional de saúde (geralmente enfermeiro) com o farmacêutico integrado numa equipa multidisciplinar ou em função de quem recebe os serviços farmacêuticos (doente e prestadores de cuidados domiciliários ou ambos).

Nas práticas integradas em cuidados farmacêuticos ou em programas de serviços comunitários, os farmacêuticos prestam fundamentalmente os seguintes serviços: revisão dos perfis farmacoterapêuticos, participação em sessões clínicas, realização de visitas domiciliárias (a pedido do enfermeiro), disponibilização de informação sobre medicamentos e educação/formação aos enfermeiros.

Os cuidados farmacêuticos domiciliados podem estar mais centrados nos produtos e serviços e dentro dos serviços, mais ou menos centrados nos serviços clínicos. Contudo, há evidência de que a inclusão das atividades clínicas prestadas pelos farmacêuticos tem

um potencial enorme para melhorar os resultados clínicos do doente e para reduzir os custos com a saúde na da população. É muito importante incluir, o mais depressa possível, o farmacêutico nos cuidados domiciliados desenvolvendo atividades novas e assumindo responsabilidades clínicas, assistenciais e de consultoria. Os cuidados farmacêuticos domiciliários estão baseados/sediados em três níveis: baseados no hospital, nos cuidados primários (centro de saúde, farmácia) ou em organizações privadas/empresas prestadoras de cuidados de saúde/apoio domiciliário. O farmacêutico pode prestar cuidados farmacêuticos domiciliários isoladamente ou integrado em equipas multidisciplinares. (Iglésias-Ferreira, P. Mateu-Santos, H., 2011)

Em Portugal, a legislação apenas prevê que as farmácias e os locais de venda de medicamentos possam entregar medicamentos a domicílio, mas não integra nem refere a disponibilização dos cuidados farmacêuticos domiciliários. Sobre as condições e os requisitos da dispensa de medicamentos ao domicílio e através da internet está regulamentado no artigo 2º da portaria nº 1427/2007 publicada em Diário da República que “a entrega ao domicílio deve ser feita sob a supervisão de um farmacêutico, no caso de farmácia, ou de um farmacêutico ou técnico de farmácia no local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica. A informação necessária à adequada utilização do medicamento é da responsabilidade do director técnico da farmácia ou do responsável técnico do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, consoante o caso.”

Apesar disto, não se configuram questões legais que impossibilitem a disponibilização destes serviços por parte dos farmacêuticos, pelo que serviços de revisão periódica da medicação, preparação de sistemas personalizados da medicação e consultas de seguimento farmacoterapêutico, entre outros, parecem ir ao encontro das necessidades dos doentes domiciliados. Atualmente, em Portugal, nada parece impedir o farmacêutico com competências clínicas, profissional liberal e independente, de implementar e de desenvolver cuidados domiciliários nos locais onde a comunidade necessitar. Este novo posicionamento profissional do farmacêutico permitir-lhe-á adotar uma abordagem integrada, centrada no doente, com vantagens evidentes para este último, já que poderá reduzir os erros de medicação (que podem ocorrer na prescrição, na dispensação ou na administração do medicamento), diminuir os Problemas Relacionados com o uso de medicamentos (PRM) e ainda prevenir ou resolver os

Resultados Negativos (inefetividade ou insegurança) associados à utilização de Medicamentos (RNM). (Iglésias-Ferreira, P. Mateu-Santos, H., 2011) Esta situação pouco terá mudado até à atualidade.

IV - Resultados clínicos dos programas farmacêuticos realizados

Atualmente, em Portugal, são efetuados os programas de cuidados farmacêuticos referentes à Diabetes, Hipertensão Arterial e à Asma/DPCO. Estes projetos consistem, respetivamente, no seguimento dos doentes diabéticos, hipertensos, dislipidémicos e asmáticos, em visitas programadas à farmácia, no intervalo entre consultas médicas, com a finalidade de identificar, prevenir e resolver PRM, através da intervenção junto do doente e reporte ao médico. Para além destes, algumas farmácias disponibilizam aos seus utentes projetos de Acompanhamento Farmacoterapêutico, envolvendo o seguimento de doentes crónicos, muitas vezes com várias patologias e polimedicados (Cavaco A., 2006).

No contexto nacional, apesar da implementação (2001) e expansão dos programas de cuidados farmacêuticos, existe já o relato de algumas experiências positivas. Deste modo, em 2002, Garção e Cabrita efetuaram um estudo onde avaliam a implementação de um programa de cuidados farmacêuticos aplicado a doentes hipertensos de doentes sugerem que este tipo de programas está associado a melhorias significativas no controlo da tensão arterial de doentes hipertensos.

4.1. Estudo do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional de Farmácias

No mesmo sentido, foi efetuado, por um grupo de investigadores do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional de Farmácias, um estudo onde se pretendeu analisar descritivamente os resultados do programa de cuidados farmacêuticos da Hipertensão obtidos nas farmácias ativas neste programa, durante o período de Abril de 2003 e Dezembro de 2006. A amostra, maioritariamente do sexo feminino (64.7%), era constituída por 791 utentes, seguidos em 151 farmácias comunitárias de Portugal continental, sendo 28.5% destas farmácias estavam localizadas no distrito de Lisboa. De acordo com a análise dos dados, é possível verificar que foram

identificados 1123 problemas relacionados com medicamentos, em que 71% dos quais estavam relacionados com a efetividade terapêutica e foram resolvidos 42.2% do total de problemas relacionados com medicamentos (Santos R. *et al.* 2007).

Em relação aos resultados clínicos, ocorreu uma evolução positiva nos 3 parâmetro analisados (pressão arterial, colesterol e triglicérides). Assim, na pressão arterial, os utentes em seguimento apresentaram, em termos médios, uma redução da pressão sistólica, passando de 157.6 mmHg para 145.0 mmHg, enquanto na pressão diastólica este valor foi inferior 5.8 mmHg em relação ao valor inicial (85.9 mmHg – 80.1 mmHg). No caso do colesterol, verificou-se um decréscimo, também em termos médios, deste valor, alterando-se de 203.5 mg/dl para 194.8 mg/dl, enquanto a diminuição, em termos médios, do valor de triglicéridos foi mais acentuada, registando-se na ordem dos 26 mg/dl (202.8 mg/dl – 176.8 mg/dl).

No cômputo geral, estas variações representam um aumento do número de utentes que cumpriram os objetivos terapêuticos delineados, constatando-se que 40.7% dos utentes em seguimento tinham valores médios de pressão arterial inferior a 140 mmHg/90mmHg ao fim de 6 meses. Por outro lado, 59.9% da amostra apresentava, no fim do semestre, valores médios de colesterol inferiores a 200 mg/dl. De acordo com Santos et al. (2007), estes resultados reforçam a avaliação positiva que tinha sido efetuada aquando da análise dos resultados do ensaio piloto para o programa de cuidados farmacêuticos na hipertensão arterial, em 2003.

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

4.2. Estudo da Ordem dos Farmacêuticos

Também o número de problemas relacionados com medicamentos e resolvidos foi alvo de estudo, tendo-se verificado que, de acordo com dados da Ordem dos Farmacêuticos, em 2005, existiam 328 farmácias a efetuar cuidados farmacêuticos, com um total de 2588 utentes integrados neste tipo de serviços. A partir destes utentes foram identificados 2053 problemas relacionados com medicamentos, em que 50% deles foram reportados ao médico. Esta comunicação teve como resultado, em 54% dos casos, uma alteração da terapêutica, traduzindo-se, no cômputo geral, na resolução de 32% dos PRM identificados (Martinho H., 2006).

V - Valorização dos Serviços Farmacêuticos.

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

Estes resultados são de algum modo contraditórios com um estudo sobre responsabilidade social efetuado no setor das farmácias em 2007. De acordo com este estudo, os utentes reconhecem a contribuição das farmácias para a comunidade, atribuindo-lhes um elevado nível de reputação, traduzido num alto nível de satisfação face ao serviço prestado pela farmácia comunitária. Nesta mesma análise, 80% dos utentes participantes (n=1200) afirmou ter pedido, pelo menos uma vez nos últimos 6 meses, um conselho farmacêutico, chegando 50% deles a ter evitado pelo menos uma ida ao médico na sequência do aconselhamento. A perspetiva das farmácias também foi abordada neste estudo, concluindo os seus autores que a sua missão está claramente definida como “um espaço de saúde de serviço do utente”. Neste sentido, os programas de cuidados farmacêuticos são efetuados por quase metade das farmácias que participam no estudo (n=730), verificando-se que os projetos efetuados na área dos diabetes e da hipertensão arterial registam de adesão mais elevados. Concluem ainda que esta orientação das farmácias para a prestação de um serviço focado no utente é visível nos custos que são suportados por esta microempresa na realização de programas de cuidados, situando-se este valor na ordem de 36.849,42 € em 2006. Este valor diz respeito aos custos das determinações fisiológicas e bioquímicas efetuadas aos utentes em seguimento farmacoterapêutico, não contabilizado, deste modo, os custos da formação dos farmacêuticos que prestam este tipo de serviço diferenciado. Assim, de acordo com os autores e com base em dados fornecidos pela Associação Nacional de Farmácias, este valor terá que ser acrescido de pelo menos 89.647 €, respeitantes à frequência dos farmacêuticos nos programas de cuidados farmacêuticos disponibilizados por esta associação (Duarte, A. *et al*, 2007)

5.1. Aconselhamento de medicamentos não sujeitos a receita médica, medicamentos sujeitos a receita médica e sobre determinações fisiológicas e bioquímicas

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

Os resultados obtidos apontam para um total de 38.830.000 de atos farmacêuticos não remunerados (25.456.000 por farmacêuticos e 13.374.000 por técnicos de farmácia) realizados nas farmácias em Portugal, por ano, num total de 2.799.000 horas, o que correspondente a 13% do tempo do quadro de pessoal das farmácias. De acordo com os autores, estes atos farmacêuticos representam um custo de 54.0000.000 €, equivalente a 20% dos resultados brutos das farmácias. Por outro lado, foi também determinado o nível de valorização, em termos de valores médios, que o utente atribui a cada ato farmacêutico considerado, conforme representado na tabela seguinte.

Tabela 4 - Valores médios em € atribuídos pelos utentes a cada um dos atos farmacêuticos avaliados. (Gouveia M., F. Machado, 2008)

Atos Farmacêuticos avaliados		valor médio
MNSRM	aconselhamento médio	3,55
	aconselhamento aprofundado	6,31
	tempo de espera	0,13
MSRM	aconselhamento médio	4,85
	aconselhamento aprofundado	6,23
	tempo de Espera	0,17
determinações fisiológicas e bioquímicas	aconselhamento médio	4,54
	aconselhamento aprofundado	6,55
	tempo de espera	1,15

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

Conclusão

Foi possível com este trabalho de revisão bibliográfica cumprir os objetivos do mesmo. Fez-se um enquadramento histórico sobre as origens dos sistemas de saúde. Verificou-se que o sistema de saúde vigente em Portugal é misto, contendo uma forte componente do Serviço Nacional de Saúde frequente nos sistemas de saúde que seguem o modelo de Beveridge. Este modelo é mais amplo do ponto de vista social do que os o modelo de seguros sociais. No entanto a satisfação da população com o seu sistema de saúde é maior em países com modelos de saúde baseados em seguros sociais.

Podemos concluir que não existe ligação entre o sistema de saúde vigente num país e a propriedade da Farmácia comunitária. O exemplo mais evidente é o caso Inglês em que a farmácia comunitária está entregue a grandes empresas privadas mas o sistema de saúde consiste num modelo de Serviço Nacional de Saúde que é financiado por impostos.

A liberalização da propriedade da Farmácia comunitária traz consigo efeitos negativos na para o utente. Em geral podemos concluir que a concorrência no sector da saúde não beneficia o utente sendo o exemplo mais evidente o caso dos EUA ou de um modo mais concreto a diminuição do aconselhamento profissional aos doentes nos países em que ocorreu a liberalização da propriedade das farmácias.

Foi possível verificar que desde a década de 80 houve uma evolução positiva dos serviços farmacêuticos prestados em Portugal. Mais concretamente na prestação de cuidados farmacêuticos a adesão dos farmacêuticos comunitários não é a melhor. Entre 2003 e 2007 apenas aproximadamente 15% dos farmacêuticos comunitários se inscreveram em programas de cuidados farmacêuticos relacionados com a Asma/DPOC, Diabetes e Hipertensão Arterial. A adesão dos farmacêuticos comunitários a estes programas de cuidados farmacêuticos deveria ser maior de modo a ser maior o contributo dos farmacêuticos comunitários para a saúde da população.

Um estudo de valorização dos atos farmacêuticos relacionados com MNSRM, MSRM e determinações fisiológicas e bioquímicas, estima em cerca de 51.000.000 € gerados pelos farmacêuticos comunitários em saúde e bem-estar social para o utente. Este valor

nunca foi remunerado. Esta é a explicação mais provável para a fraca adesão do farmacêutico comunitário aos programas de cuidados farmacêuticos.

Referências bibliográficas

Ahmed, S. I. *et al.* (2010). Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care: A Need to Homogenize the Concepts, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74 (10), Artigo 193

Anderson, C., *et al.* (2008). Academic and Institutional Capacity: A Global Issue, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72 (5), Artigo 114

Anderson, C., *et al.* (2012). Needs-Based Education in the Context of Globalization, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76 (4), Artigo 56

Anderson, C., *et al.* (2008). The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce: enabling concerted and collective global action. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(6), pp 127

Anderson, C., *et al.* (2011). Transforming Health Professional Education, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75 (2), Artigo 22

Armando, P., *et al.* (2005). Valoración de la satisfacción de los pacientes com el seguimiento farmacoterapêutico. *Assessing patient satisfaction in pharmacotherapy follow-up*. 3(4), pp. 205–212

Canotilho, J. G. (2005). Ato Farmacêutico e medicamentos, *Ordem dos Farmacêuticos*, pp. 5-6. [Em linha] Disponível em: www.ordemfarmaceuticos.pt [Consultado em: 29/01/2013].

Constituição da República Portuguesa (1976). *Diário da República Portuguesa Electrónico*. [Em linha] Disponível em: <http://dre.pt/comum/html/legis/crp.html#t13> [Consultado em: 03/08/2013].

Barbosa, M. (2009). Cuidados farmacêuticos: relevância e impacto no contexto atual da saúde. *ISCTE Business School*. pp. 26-90

Barbosa, M. (2010). A farmácia Portuguesa e os serviços Farmacêuticos. Ordem dos Farmacêuticos. [Em linha] Disponível: www.crfsp.org.br/.../20%20Carlos%20Mauricio.pdf [Consultado em: 25/03/2013].

Barker, Kenneth *et al.* (2002). Medication errors observed in 36 health care facilities. *Archives of internal medicine*, 162 (16), pp. 1897-903.

Boecking, W. *et al.* (2012). Pharmaco-economic impact of demographic change on pharmaceutical expenses in Germany and France. *BMC public health* 12(1). pp. 1013-1022

Bond, C. *et al.* (2001). Medication errors in United States hospitals, *Pharmacotherapy* 21(9), 1023-1036.

Breland, B. (2007), Believing what we know: pharmacy provides value, *American Journal of Health System Pharmacy* 64(12), 1284-1291.

Brodie, D. *et al.* (1980). Societal need for drugs and drugs related services, *American Journal of Pharmaceutical Education* 44(3), 276-278.

Cavaco, A. *et al.* (2005). Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: A Qualitative Exploratory Study, *Pharmacy World Science* 27(1), 54-60.

Cavaco, A. (2006). Practitioners' and public's perspectives of Portuguese community pharmacy: the role of job satisfaction and professionalism in actual and expected practice. Tese de Doutoramento, University of London.

Cavaco A. e J. Cabrita (2007). Comment: community pharmacy services in Portugal, *The Annals of Pharmacotherapy* 41(5), 902.

Cavaco, A. e Romano, J. (2010). Exploring pharmacists' communication with customers through screening services. *Patient education and counseling* 80 (3) p. 377-83

Costa, A. *et al.* (2007). Seguimento de doentes hipertensos nas farmácias portuguesas, Working Paper, Associação Nacional das Farmácias.

Crisóstomo, E. *et al.* (2006). Contributos em saúde para os diabéticos. Avaliação do programa de cuidados farmacêuticos: diabetes, Working Paper, Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR).

De Bie, J. *et al.* (2012). Evaluation of the Pharmacy Safety Climate Questionnaire in European community pharmacies. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua

Decreto-Lei n.º 288/2011, de 10 de Novembro, Diário da República, n.º 261/2011 – I Série, Ministério da Saúde.

Doorslaer, E., Wagstaff, A. (1999). The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics. 18 (1999) pp. 291-313

Duarte, A. *et al.* (2007). Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal. Lisboa: GEST-IN/ISCTE.

Estatuto da ordem dos farmacêuticos (1974). Ministério da Saúde.

European commission (2013). Towards Social Investment for Growth and Cohesion - including implementing the European Social Fund 2014-2020. Disponível em http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf [Consultado em: 10/08/2013]

Glasscock, R. (2010). Health care reforms in America: perspectives, comparisons and realities. monthly journal of the Association of Physicians. 103 (9) pp. 710 – 713

Gouveia, M. *et al.* (1997). The Three dimensions of managed care pharmacy practice, Healthcare Policy Development 3(2), 231-239

Gouveia, M. e Machado, F. (2008). Estudo da valorização dos actos farmacêuticos em farmácias comunitárias, Working Paper, Centro de Estudos Aplicados (CEA), Universidade Católica Portuguesa e Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), Associação Nacional das Farmácias.

Hepler C. e L. Strand (1990). Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care, American Journal of Health System Pharmacy 47 (3), 533-543.

Hepler C. (1996). Pharmaceutical care, *Pharmacy World & Science* 18(6), 233-235.

Hepler C. *et al.* (2002). Critically examining pharmaceutical care, *Journal of American Pharmaceutical Association* 42(5), 9-18.

Hepler C. (2004). Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy, *Pharmacotherapy* 24(11), 1491-1498.

Iglésias-Ferreira, P. e Mateu-Santos, H. (2011). Cuidados farmacêuticos domiciliários: uma necessidade, um serviço clínico, uma oportunidade. *Boletim do centro de informação do medicamento* n° 99. pp. 1-2

Kuteev Moreira, P. (2007). Políticas de Saúde. Ensaio para um Debate Nacional. Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto. pp. 116

La Constitución Española (1978). La Moncloa. Disponível em <http://www.lamoncloa.gob.es/Espana/LeyFundamental/index.htm>. [Consultado em: 03/08/2013]

Martinho, H. (2006). Cuidados Farmacêuticos na farmácia de oficina, *Revista Ordem dos Farmacêuticos* 65 (1), 22-24.

Normas de orientação farmacêutica. Administração de medicamentos injectáveis. 1ª edição (2009). Ordem dos farmacêuticos. Disponível em www.crfsp.org.br/.../20%20Carlos%20Mauricio.pdf. [Consultado em: 10/08/2013].

Osterwalder, A., Pigneur, Y. (2010). *Business Model Generation*. John Wiley & Sons, Inc., New Jersey. pp 20 - 30

Pita Barros, P., (2007). Propriedade das Farmácias – Mitos e argumentos, Universidade Nova de Lisboa. [Em linha] Disponível em: <http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/ar-ppb-23-10-2007.pdf>. [Consultado em: 10/08/2013]

Pita Barros, P. e Gomes, J. (2002). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português, GANEC – Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia – Universidade

Nova de Lisboa. pp. 27 - 32 [Em linha] Disponível em: www.tcontas.pt/pt/actos/rel.../rel047-2003-estudo_externo-final.pdf [Consultado em: 24/08/2013]

Shah, B. e Chewning, B. (2006). Conceptualizing and measuring pharmacist-patient communication: a review of published studies. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2(4), pp. 153-85

Simões, J. (2004). Retrato Político da Saúde Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Livraria Almedina. Lisboa. pp. 5-43