



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Filipa Oliveira Costa Dias Lourenço

Inovação em Saúde: Primeiro contributo para o desenvolvimento de um Novo Modelo de Prática do Farmacêutico Clínico nos Cuidados de Saúde Primários

Dissertação de Mestrado em Gestão apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professora Doutora Ana Paula Martins e Professor Doutor Vítor Raposo

Coimbra, julho de 2018

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Vítor Raposo, Professor da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, o meu agradecimento pela sua disponibilidade, pela motivação transmitida, pela partilha de conhecimentos e pelo empenho e rigor crítico com que orientou este trabalho.

À Professora Doutora Ana Paula Martins, Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, o meu muito obrigada pelo seu contributo, pela amabilidade e disponibilidade manifestada em orientar este trabalho e pelos conhecimentos partilhados.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio, pelo seu exemplo de vida e valores transmitidos.

Ao Fernando, pelo apoio incansável e pela paciência.

Resumo

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma mudança de paradigma do papel do farmacêutico no sistema de saúde, passando a haver um maior foco no doente e na otimização da sua terapêutica, acompanhado por um reforço do papel clínico do farmacêutico, prestando serviços como revisão da medicação, informação sobre medicamentos ou gestão da doença crónica.

Num contexto em que se assiste a um envelhecimento da população e consequentemente a um aumento da prevalência de doença crónica e de doentes polimedicados, com risco acrescido de problemas relacionados com a medicação, a intervenção farmacêutica ao nível dos cuidados de saúde primários poderá ser um contributo para a otimização da terapêutica do doente, promovendo o uso seguro e efetivo dos medicamentos e uma melhoria dos resultados em saúde.

São vários os estudos na literatura que sustentam a hipótese de integração do farmacêutico nas equipas de saúde, evidenciando melhoria dos resultados clínicos do doente, a prevenção de problemas relacionados com medicamentos e redução de custos em saúde. Nos últimos anos vários países como o Reino Unido, Canadá, EUA, Holanda ou Austrália, têm vindo a desenvolver projetos nesse sentido.

Considerando estes aspetos, com este trabalho pretende-se analisar o impacto da intervenção farmacêutica ao nível dos CSP, suportando a sua integração nas equipas multidisciplinares de saúde.

Tendo em conta a complexidade do problema, os diferentes níveis de decisão e os diferentes interessados envolvidos nesta abordagem, pretendemos também efetuar uma primeira análise estratégica que suporte todo o processo de definição e implementação deste novo modelo. Desta forma, pretendemos dar um primeiro contributo para aquilo que acreditamos ser um modelo inovador a introduzir nos CSP.

O desenvolvimento deste novo modelo de prática poderá ser caracterizado como um exemplo de inovação disruptiva em saúde, na medida em que vai ao encontro daquelas que são consideradas as características deste tipo de inovação.

Olhando agora para os objetivos específicos deste trabalho, podemos concluir que identificados os ganhos potenciais associados a este modelo de prática, identificados os fatores críticos do modelo e efetuado o primeiro exercício com vista à identificação dos interessados, este é o primeiro contributo estruturado para a análise do problema em questão e a preparação para futuros trabalhos a desenvolver.

Palavras-Chave: Cuidados de saúde primários; farmacêutico clínico; inovação em saúde; novo modelo de prática; problemas relacionados com medicamentos (PRMs).

Abstract

Over the last few years, there has been a paradigm shift in the role of the pharmacist in the healthcare system, with a greater focus on patient-centred care and drug therapy management, along with a stronger emphasis on the pharmacist's clinical role, providing services such as medication review, drug information or chronic disease management.

In the context of an aging population and the consequent increase of chronic disease, associated to polypharmacy and therefore a high risk of drug-related problems, the pharmacist's integration into primary care setting could promote better medication outcomes and a more effective and safe therapy.

Several studies in literature have demonstrated that integrating pharmacists into general practice has led to improved clinical patient outcomes, the prevention of drug-related problems and the reduction of healthcare costs. In the last few years, countries such as the UK, Canada, the USA, Australia and the Netherlands have been developing pilot projects with the aim of integrating pharmacists into general practice teams.

Considering these issues, the aim of this study is to analyse the impact of pharmaceutical intervention in primary care setting, supporting the pharmacist's integration into multidisciplinary healthcare teams.

Taking into account the complexity of the problem, the different decision levels and the different stakeholders involved in this approach, we also intend to perform a first strategic analysis which supports the whole process of defining and implementing this new model. This way, we intend to make an initial contribution to what we consider to be an innovative practice model to be introduced in primary healthcare.

The development of this new model of practice could be characterized as an example of disruptive innovation in healthcare, since it comprises the characteristics of this innovation type.

Looking into the specific aims of this study, we can conclude that once the benefits associated to this new model of practice have been acknowledged, the critical features of the model recognized, and the potential stakeholders identified, this could be the first contribution to a more detailed analysis of the issue, and the preparation for the development of further research.

Keywords: Primary healthcare; clinical pharmacist; healthcare innovation; new practice model; drug-related problems.

Lista de Siglas

AINEs	Anti-inflamatórios não esteróides
ACCP	<i>American College of Clinical Pharmacy</i>
ACO	<i>Accountable Care Organizations</i>
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
BMA	<i>British Medical Association</i>
BZD	Benzodiazepinas
CCS	Conselho Clínico e de Saúde
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ESCP	<i>European Society of Clinical Pharmacy</i>
IECAs	Inibidores da enzima de conversão de angiotensina
MCCI	Missão para os Cuidados Continuados Integrados
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OM	Ordem dos Médicos
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRMs	Problemas relacionados com medicamentos
RAM	Reação adversa ao medicamento
RCGP	<i>Royal college of General Practitioners</i>
ROI	<i>Return on Investment</i>
RPS	<i>Royal Pharmaceutical Society</i>
SFA	Sociedade Farmacêutica Australiana
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Partilhados
URAP	Unidades Regionais de Assistência Partilhada
USF	Unidades de Saúde Familiar

ÍNDICE GERAL

1. Enquadramento da Investigação.....	1
1.1. Introdução	1
1.2. Enquadramento do tema	1
1.3. Contexto nacional	4
1.4. Despesa em Saúde, prevalência de doença crónica e eventos relacionados com medicamentos	6
1.5. Objetivos da tese	11
1.6. Metodologia	12
1.7. Estrutura da Tese	14
2. Inovação em Saúde.....	16
2.1. Inovação Disruptiva no Setor da Saúde	18
2.1.1. Inovação Disruptiva nos Sistemas de Saúde dos EUA	18
2.1.2. Inovação Disruptiva nos Sistemas de Saúde Europeus	19
3. Cuidados Farmacêuticos e integração em CSP	22
3.1. Cuidados Farmacêuticos e Farmácia Clínica.....	22
3.2. Enquadramento legal da atividade farmacêutica.....	25
3.3. Integração do farmacêutico nas equipas de CSP.....	28
4. Evidência da integração dos farmacêuticos nos CSP	34
4.1. Experiências internacionais	34
4.1.1. Canadá	38
4.1.1.1. Projeto SMART (Seniors Medication Assessment Research Trial)	38
4.1.1.2. Projeto IMPACT (Integrating family Medicine and Pharmacy to Advance primary Care Therapeutics)	39
4.1.2. Austrália	42

4.1.2.1.	Projeto PIPS (The Pharmacists in Practice Study)	42
4.1.3.	USA	43
4.1.3.1.	Medication Management Pilot Study	43
4.1.4.	Holanda	44
4.1.4.1.	POINT Study (Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team)	44
4.1.5.	Reino Unido	45
4.1.5.1.	PINCER Trial (Pharmacist-led Information Technology based Intervention)	45
4.1.5.2.	Clinical Pharmacists in General Practice Pilot	46
4.2.	Impacto económico da intervenção farmacêutica nos CSP	51
4.2.1.	Reino unido	52
4.2.2.	EUA	53
5.	Fatores críticos contextuais para o sucesso do modelo	60
5.1.	Barreiras e facilitadores	60
5.2.	Linhas de orientação para o sucesso da integração do farmacêutico nos CSP..	63
5.3.	Competências clínicas e formação prática	65
5.4.	Colaboração interprofissional.....	68
5.4.1.	Modelo de colaboração interprofissional D'Amour	69
5.4.2.	Modelo de colaboração interprofissional de Mcdonough and Doucette - Collaborative Working Relationship model (CWR)	71
6.	Exercício exploratório de Análise Estratégica	75
6.1.	Análise PESTLE	76
6.2.	Análise de Interessados.....	79
6.3.	Linhas orientadoras de um futuro projeto a desenvolver	86
7.	Conclusões	89
8.	Bibliografia	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa de crescimento anual média dos gastos de saúde <i>per capita</i> em termos reais de 2003 a 2016.....	7
Figura 2	Despesa em Saúde em percentagem do PIB em 2016.....	7
Figura 3	Despesa corrente em Saúde e PIB de 2000-2016Pe	8
Figura 4	Índice de envelhecimento em Portugal de 1991-2080	9
Figura 5	Esquema resumo da estrutura do trabalho desenvolvido	14
Figura 6	Processo de prestação de cuidados farmacêuticos centrados no doente ..	23
Figura 7	Projetos-piloto internacionais que integram farmacêutico nos CSP.	34
Figura 8	Análise dos custos e consequências associados à integração do farmacêutico nos CSP-	58
Figura 9	Quatro dimensões do modelo de Colaboração de D'Amour.....	69
Figura 10	Modelo de colaboração interprofissional.....	72
Figura 11	Demonstração de como as cinco ferramentas utilizadas na análise de negócio se adequam no processo de planeamento estratégico.	76
Figura 12	Esquema da análise PESTLE- fatores externos analisados.....	76
Figura 13	Esquema resumo dos potenciais interessados no modelo de prática em análise.	82

ANEXOS

Quadro resumo dos estudos que analisam os diferentes projetos-piloto.	Anexo I
Questionários realizados nos diversos estudos.	Anexos II a VI

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Serviços farmacêuticos clínicos implementados até 2010	25
Quadro 2	Priorização das 10 principais barreiras à implementação dos Cuidados Farmacêuticos	29
Quadro 3	Principais serviços farmacêuticos clínicos realizados em CSP	31
Quadro 4	Resumo dos principais resultados medidos nos estudos analisados	36
Quadro 5	Critérios de inclusão e exclusão para participação no estudo PIPS	42
Quadro 6	Resumo dos principais resultados avaliados nos estudos analisados	48
Quadro 7	Resumo das barreiras e facilitadores à Integração do Farmacêutico nos CSP identificados na literatura	62
Quadro 8	Resumo dos requisitos necessários à integração do farmacêutico nos diferentes projetos	67
Quadro 9	Principais elementos a considerar de acordo com a análise PESTLE	78
Quadro 10	Resumo das metodologias e ferramentas utilizadas para ouvir os interessados	79
Quadro 11	Exercício de análise de interessados no modelo de prática proposto.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Despesa corrente em Saúde e PIB (2015-2017)	8
Tabela 2	Tempo poupado pelo médico de família e poupança financeira atribuída à prestação de serviços farmacêuticos clínicos	53
Tabela 3	Distribuição dos PRMs identificados por categoria	54
Tabela 4	Distribuição dos PRMs identificados por categoria	55
Tabela 5	Distribuição dos PRMs identificados por categoria	56
Tabela 6	Estimativa de custos economizados com as recomendações farmacêuticas efetuadas	57
Tabela 7	Tabela resumo de alguns estudos de impacto económico das intervenções farmacêuticas descritos na literatura	57

1. Enquadramento da Investigação

1.1. Introdução

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma mudança de paradigma do papel do farmacêutico no sistema de saúde, onde este se centra cada vez mais no doente e na gestão da sua terapêutica, dando ênfase à prestação de cuidados farmacêuticos.

Tradicionalmente o farmacêutico era reconhecido pelas suas funções de dispensa e manipulação de medicamentos. Nos dias de hoje o seu foco mudou reforçando o seu papel na de informação sobre o medicamento e na otimização da terapêutica, através de atividades como revisão da medicação ou programas de gestão da doença crónica (Freeman, Cottrell, Kyle, Williams, & Nissen, 2012).

Num contexto em que se assiste ao aumento da prevalência de doença crónica e conseqüentemente de doentes polimedicados com risco acrescido de problemas relacionados com a medicação, a intervenção farmacêutica ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), poderá ser um contributo essencial para a otimização da terapêutica do doente, promovendo o uso seguro e efetivo dos medicamentos e uma melhoria dos resultados em saúde.

Parece haver um claro valor acrescentado no desenvolvimento deste novo papel, onde o farmacêutico desempenha funções distintas da dispensa de medicamentos, atuando essencialmente como clínico, contribuindo para a melhoria do processo de uso do medicamento, deteção precoce de alterações ao estado de saúde e identificação de problemas relacionados com medicamentos (PRMs).

Esta integração do farmacêutico nos CSP poderá contribuir para uma melhor gestão integrada de cuidados, redução de custos, melhoria da efetividade e sustentabilidade do SNS e um melhor acesso aos cuidados em geral.

1.2. Enquadramento do tema

Os medicamentos são o tipo de tratamento mais utilizado na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para uma melhoria da saúde do doente, se utilizados

convenientemente (Pharmaceutical Society of Australia, 2015). Em grande parte dos doentes crónicos a adesão à terapêutica é extremamente baixa, resultando em complicações relacionadas com a doença, elevados níveis de internamentos e elevada morbidade e mortalidade, o que representa elevados custos (International Pharmaceutical Federation (FIP), 2003).

Em vários países tem-se assistido ao surgimento de projetos-piloto baseados num novo modelo de prática onde o farmacêutico integra as equipas multidisciplinares de CSP, atuando essencialmente como clínico na prestação de cuidados ao doente (Dolovich et al., 2008; NHS England, 2015; Tan, Stewart, Elliott, & George, 2014b).

Na Austrália, o governo financiou um programa designado “*GP super clinics program*” que integra o farmacêutico na prática clínica, onde presta serviços de revisão da terapêutica como “*Home Medicines Review*” ou “*Residential Management Review Services*” (Freeman et al., 2012).

Vários estudos realizados na Austrália demonstram a efetividade da consulta farmacêutica na identificação e resolução de PRMs e no aumento da adesão à terapêutica. Alguns identificam ainda barreiras e facilitadores deste novo modelo de prática (Freeman et al., 2012; Tan et al., 2014b; Tan, Stewart, Elliott, & George, 2014a).

Em 2015, a Sociedade Farmacêutica Australiana (SFA) recomenda no seu orçamento Federal que o Governo apresente incentivos à integração do farmacêutico nas equipas de cuidados primários, prestando serviços de gestão da medicação dos doentes, através de um trabalho em equipa. Segundo este relatório, o farmacêutico é considerado um profissional de saúde com elevada qualificação, no entanto as suas competências, conhecimento e experiência não são devidamente reconhecidos, sendo inclusive subutilizados. A prestação destes serviços é assim vista como uma oportunidade para o farmacêutico, integrando as equipas de saúde, melhorar o uso de medicamentos e reduzir os erros de medicação em doentes crónicos (Pharmaceutical Society of Australia, 2015).

Estes modelos estão associados a melhorias na equidade, no acesso e menor custo, bem como melhorias no estado de saúde da população (Naccarella, Greenstock, & Brooks, 2013).

Segundo a SFA, apesar dos elevados custos que o governo tem com o uso de medicamentos, não se investe no uso seguro do medicamento nem na redução da ocorrência e severidade dos erros de medicação. Estes modelos de cuidados primários constituídos por equipas multidisciplinares surgiram assim em resposta a uma procura crescente no sistema de saúde, criada pelo aumento do número de doentes mais complexos (Pharmaceutical Society of Australia, 2015).

No Reino Unido, foram conduzidos vários estudos que analisam a intervenção do farmacêutico clínico nos cuidados primários (Avery et al., 2009; Bradley et al., 2008; Krska et al., 2001; Zermansky et al., 2001). O sistema nacional de saúde começou a incluir farmacêuticos nas equipas multidisciplinares de cuidados primários, argumentando haver benefícios significativos quer para os doentes quer para as equipas de saúde. Em 2015, o sistema nacional de saúde (NHS) anunciou o lançamento de um projeto-piloto "*Clinical Pharmacist in General Practice Pilot*" que integra farmacêuticos nos cuidados primários, promovendo assim um seu papel como clínico (Bush, Langley, Jenkins, Johal, & Huckerby, 2017; NHS England, 2015).

Também nos EUA vários estudos demonstram o benefício dos serviços farmacêuticos clínicos nos CSP (Isetts et al., 2008; Kennedy, Chen, Corriveau, & MacLean, 2015; Truong et al., 2017). Existem vários programas que integram os serviços farmacêuticos clínicos nos cuidados primários, como *Patient-centered medical home (PCMH)* ou *Medication therapy management (MTM)* (Berdine & Skomo, 2012; Rodis et al., 2017).

O Governo Federal reconheceu o programa de Gestão da Terapêutica (*Medication therapy management- MTM*) no âmbito do Plano de saúde *Medicare*, estabelecendo um programa de revisão da terapêutica para os seus beneficiários. Uma avaliação do impacto deste programa feita por um período de 10 anos sugere que um dos maiores problemas relacionados com a terapêutica na população estudada é a não utilização de doses efetivas do medicamento, tendo-se verificado a necessidade de ajuste das mesmas. Este estudo revela igualmente o impacto destas intervenções para o sistema de saúde,

representando uma elevada poupança de custos, com um retorno sobre o investimento de \$1.29 por cada \$1 despendido no serviço (De Oliveira, Brummel, & Miller, 2010).

No Canadá, é reconhecida a necessidade de mudança nos sistemas de saúde, de forma a maximizar os benefícios da terapêutica e prevenir internamentos por problemas relacionados com medicamentos. Uma das maiores mudanças efetuadas nos cuidados primários no Canadá diz respeito à formação de equipas multidisciplinares prestam cuidados de uma forma coordenada e que integram o farmacêutico, designadas *family health teams- FHTs*. Este modelo implementado (*FHT*) foi adotado a partir do conceito *Patient-centred medical home- PCMH* dos EUA. Foram desenhados dois projetos que pretendiam demonstrar o efeito da integração do farmacêutico nestas equipas, inicialmente o projeto SMART e posteriormente o projeto IMPACT (Dolovich, 2012; Dolovich et al., 2008; Howard et al., 2003).

Também em Portugal é reconhecida esta necessidade extensão do papel do farmacêutico como clínico ao nível dos CSP. Segundo Castel-Branco *et al.* (2013), a existência de fármacos cada vez mais complexos, o aumento de mortalidade e morbilidade associados a medicamentos justifica a necessidade de um profissional centrado na gestão da medicação do doente, que terá contudo, que reforçar as suas competências na área clínica.

1.3. Contexto nacional

Os CSP são considerados como o pilar central de todo o sistema de saúde, pela proximidade aos cidadãos na prestação de cuidados de saúde bem como pelo papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2008). A reforma dos CSP, considerada uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas, caracterizou-se por uma reconfiguração dos centros de saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e os seus objetivos passavam por melhorar a acessibilidade, qualidade, continuidade e eficiência dos cuidados de saúde, bem como a satisfação dos profissionais e utilizadores (Ministério da Saúde, 2006).

No programa para a saúde do XXI Governo Constitucional assumiu-se o compromisso de reforçar e expandir a capacidade da rede de cuidados de saúde primários, melhorando a qualidade e efetividade da primeira linha de resposta do Serviço Nacional de Saúde.

O despacho nº 200/2016 de 4 de janeiro, que determina a nomeação da Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários, apresentou um Plano estratégico e operacional onde são identificados quatro eixos estratégicos de atuação: Centralidade nas pessoas, Cultura de Governação Clínica e de Saúde, Modernização e requalificação organizacional e gestonária dos ACES e Sistemas de Informação ao serviço de todos. O mesmo programa para a saúde do XXI Governo Constitucional estabelece como umas das prioridades a promoção da saúde, apresentando projetos de saúde prioritários em diversas áreas, onde os profissionais de saúde deverão desenvolver estratégias de intervenção no sentido de alcançar as metas indicadas no PNS para 2020 (OSHA, 2009).

Ao nível dos CSP é estabelecida a figura do enfermeiro de família a ser integrado nas USF e UCSP, à semelhança do que vem a ser feito no Reino Unido e Espanha, salientando-se “o contributo da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença”. Esta medida é justificada pelas “necessidades em saúde e pelo aumento da exigência em termos de qualidade e efetividade dos cuidados”. Foi estabelecido um grupo de trabalho para o desenvolvimento das boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, a integrar as equipas multidisciplinares. Entre inúmeras medidas tomadas durante o ano de 2016 no âmbito dos CSP, foi igualmente anunciado um reforço nas áreas de psicologia e nutrição, que passa pela integração de profissionais destas áreas nas unidades funcionais dos ACES.

À semelhança das medidas que estão a ser tomadas no programa apresentado, que consistem num reforço das equipas em áreas como enfermagem, psicologia e nutrição, procura-se com este estudo analisar o possível cenário de integração do farmacêutico nos CSP, seguindo as experiências noutros países e tendo como ponto de partida a evidência internacional recolhida.

A evidência do valor das suas intervenções será essencial para fundamentar a sua integração nos CSP e para o reconhecimento do seu papel no futuro, nomeadamente por parte dos decisores políticos.

Num estudo realizado por Gregório & Velez Lapão (2012) que analisou cenários estratégicos para o futuro farmacêutico comunitário, um dos temas que emergiu foi o precisamente o papel que este poderá desempenhar ao nível dos CSP, designadamente estando presente nas USF. Estes autores identificaram algumas necessidades para que o farmacêutico pudesse integrar a rede de CSP, nomeadamente alterações legislativas, a melhoria de hábitos de trabalho em equipa entre os profissionais de saúde envolvidos, particularmente médicos e enfermeiros, considerando-se ainda que esta relação é influenciada por vários fatores, como o *lobbying*, o ambiente de confiança e fatores culturais.

Na elaboração de estratégias que fundamentem um novo papel do farmacêutico no futuro, haverá outras questões implicadas, nomeadamente a identificação de barreiras e facilitadores deste processo ou ainda a necessidade de aquisição de novas competências, que serão igualmente abordados ao longo deste trabalho.

1.4. Despesa em Saúde, prevalência de doença crónica e eventos relacionados com medicamentos

A despesa em saúde representa uma grande parte do orçamento do país. Em Portugal assiste-se a um envelhecimento da população e conseqüentemente a um aumento da prevalência de doença crónica e de doentes polimedicados, verificando-se igualmente um aumento do recurso à urgência devido a problemas relacionados com medicamentos. Toda esta conjuntura contribui para o aumento da despesa em saúde no nosso país e condiciona a qualidade de vida da população, motivo pelo qual se considera que este tópico merece alguma reflexão. Por outro lado, considera-se que a intervenção farmacêutica ao nível dos CSP poderá contribuir para a melhorar este cenário, através de uma melhor gestão da doença crónica, promovendo o uso seguro e efetivo dos medicamentos e uma melhoria dos resultados em saúde.

Despesa em Saúde

Portugal experienciou um crescimento negativo da despesa em saúde durante os anos de crise, particularmente no período de 2010 a 2013 como se pode observar na figura seguinte:

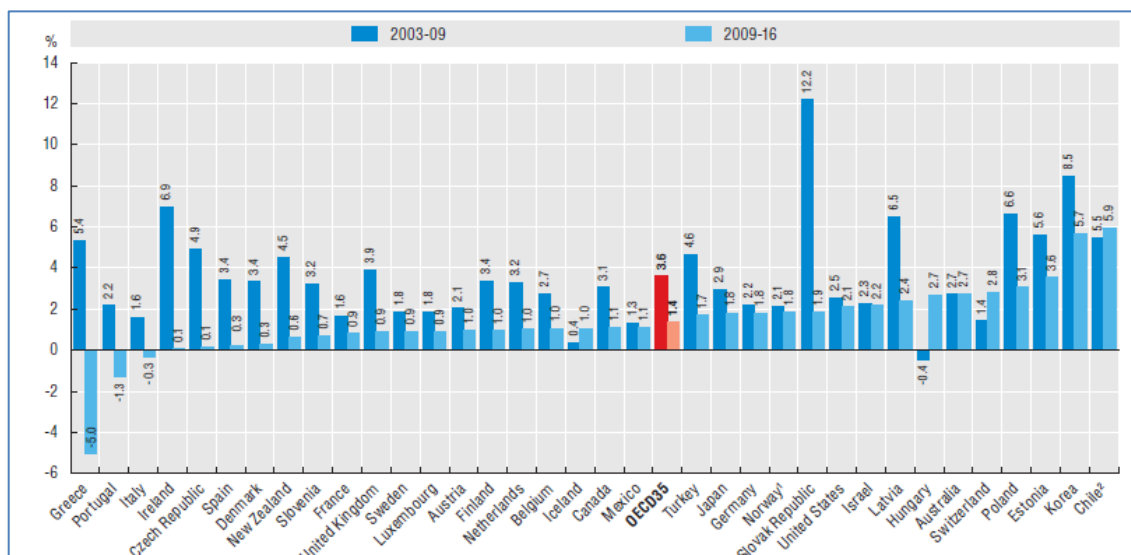


Figura 1 – Taxa de crescimento anual média dos gastos de saúde *per capita* em termos reais de 2003 a 2016 (ou o ano mais próximo). Fonte: *OECD Health Statistics 2017*.

Nos últimos anos assistiu-se a um crescimento lento da despesa em saúde em toda a Europa e Portugal acompanhou esse crescimento, com um gasto em saúde que representa cerca de 8,9% do PIB nos anos de 2015 e 2016, valor próximo da média da OECD, que atingiu 9.0% (figura 2) (OECD, 2015, 2017).

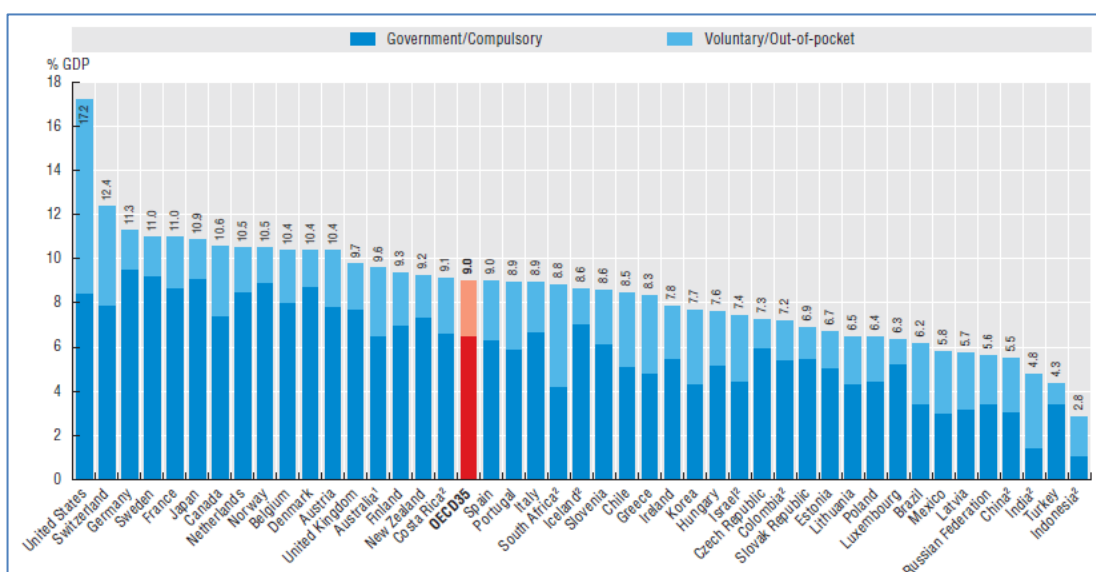


Figura 2 – Despesa em Saúde em percentagem do PIB em 2016 (ou o ano mais próximo). Fonte: *OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database*

Nos anos de 2015 e 2016 a despesa nacional corrente em saúde (pública e privada) aumentou a um ritmo inferior ao do PIB (figura 3).

Dados mais recentes, de 2018, indicam que no ano de 2015 a despesa corrente em saúde se fixou nos 16.132,2 milhões de euros, o correspondente a 9,0% do PIB e a 1.557,5 euros *per capita*. No ano de 2016 a despesa corrente total em saúde cresceu 4,4%, para 16.836,1 milhões de euros, o correspondente a 9,1% do PIB, 1.630,5 euros *per capita*.

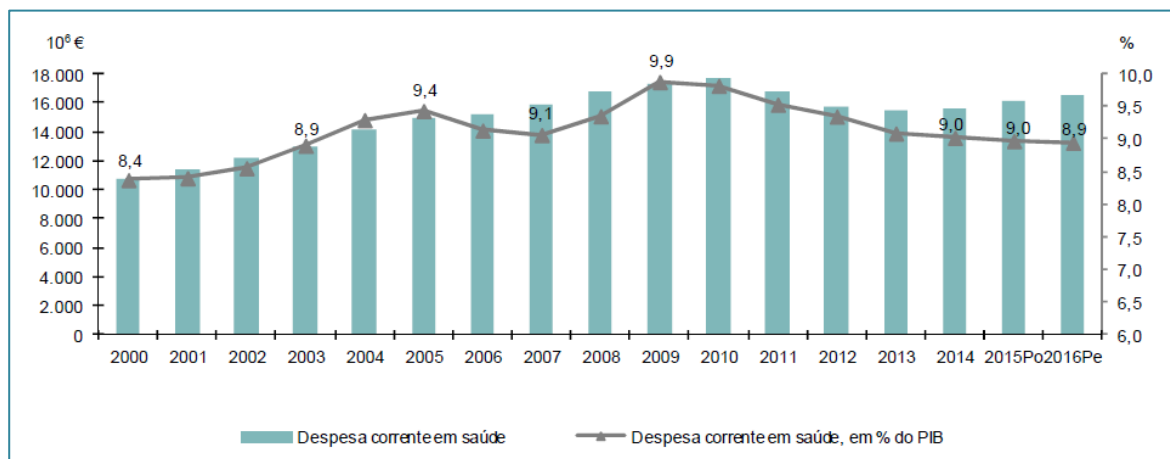


Figura 3 – Despesa corrente em Saúde e PIB de 2000-2016Pe. Fonte: INE (2017).

Estima-se que no ano de 2017 a despesa corrente total tenha crescido 3,0% (a um ritmo inferior ao ano anterior), atingindo 17.344,8 milhões de euros, o correspondente a 9,0% do PIB e 1683,9 euros *per capita* (tabela 1) (INE, 2018).

	2015	2016 Provisório	2017 Preliminar
Despesa em saúde			
Valor (10 ⁶ €)	16.132,2	16.836,1	17.344,8
Taxa de variação nominal (%)	3,3	4,4	3,0
% PIB	9,0	9,1	9,0
<i>Per capita</i> (€)	1.557,5	1.630,5	1.683,9
Produto interno bruto (PIB)			
Valor (10 ⁶ €)	179.809,1	185.494,0	93.072,0
Taxa de variação nominal (%)	3,9	3,2	4,1

Tabela 1 – Despesa corrente em Saúde e PIB (2015-2017). Fonte: INE (2018).

Já os encargos do SNS com medicamentos de ambulatório e de hospitalar representam 1,23% do PIB no ano de 2016, com uma despesa de 2.272 milhões de euros (INE, 2017). No que respeita à dispensa de medicamentos no mercado do SNS, a taxa

média de comparticipação do SNS no ano de 2016 foi de 63,05%, correspondendo 36,95% a encargos do utente. O consumo de medicamentos representa um valor de 191,8 € *per capita* correspondendo a um encargo de 120,93 € para o SNS e de 70,87€ para o utente. (INFARMED, 2017).

Envelhecimento da população e prevalência de doença crónica

É também importante referir que o índice de envelhecimento da população em Portugal continua a aumentar, tendo passado de 146,5 em 2015 para 150,9 em 2016 (figura 4). Segundo dados do INE, estima-se que o número de idosos passará de 2,1 milhões para 2,8 milhões entre 2017 e 2080 (INE, 2016).

Verifica-se, a par de um envelhecimento da população, um aumento da prevalência de doenças crónicas, como a Diabetes ou Hipertensão arterial, assistindo-se a um aumento da taxa de utilização anual dos CSP (APIFARMA, 2016; OECD, 2017).

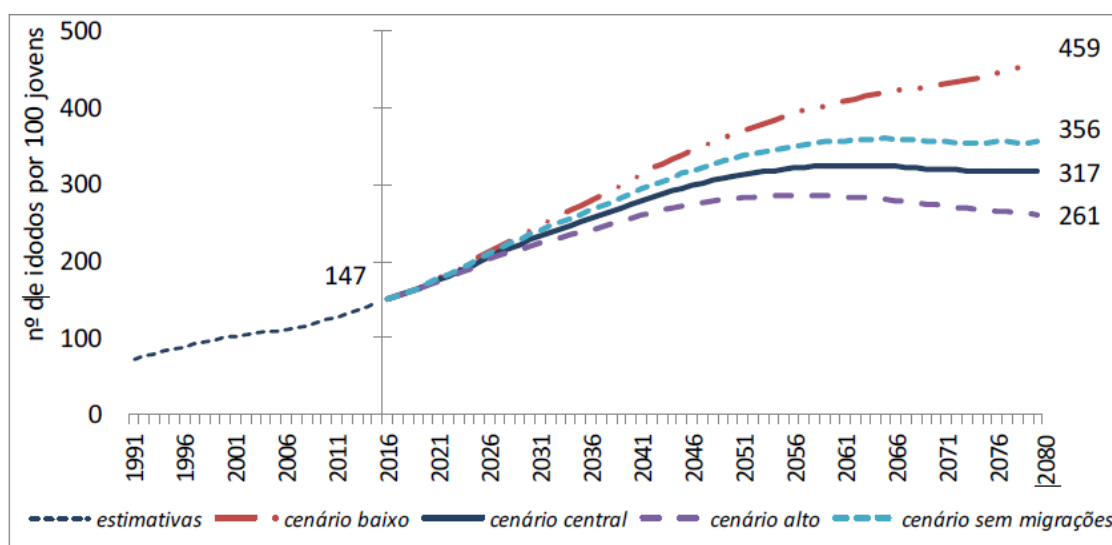


Figura 4 – Índice de envelhecimento em Portugal de 1991-2080 (estimativas e projeções). Fonte: INE (2017)

Recurso à urgência devido a eventos relacionados com medicamentos

Com o aumento da esperança média de vida surge também um aumento da prevalência de doenças crónicas e de doentes polimedicados, sobretudo na população idosa, assistindo-se consequentemente a um aumento de admissões hospitalares por eventos relacionados com medicamentos.

Um estudo publicado recentemente revela que em Portugal, durante o período 2000 a 2015, se registaram 279 mil hospitalizações causadas por eventos adversos a medicamentos (Sousa-pinto, Marques, Lopes, & Freitas, 2018). Neste estudo, considerou-se como evento adverso ao medicamento a ocorrência de reações adversas ao medicamento, erros na dosagem (como sobredosagem, redução da dose ou descontinuação do tratamento), e ainda, efeitos secundários do medicamento. Durante este período, o número de episódios registados por cada 1 000 hospitalizações aumentou 274,9%. Este estudo conclui que estes episódios estão associados a um aumento do tempo de internamento bem como dos custos de hospitalização, tendo um relevante impacto clínico e económico.

O peso deste custo financeiro pode ser prevenido, com um aumento da evidência do papel que o farmacêutico poderá ter no uso seguro do medicamento, resultando assim numa redução da despesa do sistema de saúde (Kalisch et al., 2012; WHO, 2003).

Perante este cenário, considera-se essencial uma correta gestão da medicação do doente que garanta, por um lado a eficácia da terapêutica e melhoria dos resultados em saúde do doente, e por outro, uma redução da despesa em saúde.

Considera-se que este tema merece preocupação, pelo impacto que tem na qualidade de vida da população e ainda pelo peso que eventos relacionados com medicamentos (como o recurso à urgência e internamentos hospitalares) têm na despesa em saúde. Por este motivo, considera-se pertinente uma análise do papel que o farmacêutico clínico poderá ter ao nível dos cuidados primários para reduzir a incidência deste problema.

1.5. Objetivos da tese

O propósito para a realização deste trabalho prende-se com o surgimento de um novo modelo de prática em muitos países (nomeadamente Canadá, Reino Unido, Austrália, EUA e Holanda) onde o farmacêutico adquire um papel clínico ao nível dos CSP, distinto da dispensa de medicamentos. Em Portugal existem alguns estudos sobre a relevância dos serviços farmacêuticos clínicos centrados no doente, contudo são essencialmente prestados ao nível da farmácia comunitária. Deste modo, considera-se pertinente uma primeira abordagem sobre os potenciais benefícios da integração de um farmacêutico clínico nas equipas de CSP.

No entanto, tendo em conta o contexto português, a proposta de desenvolvimento deste novo modelo de prática que integra o farmacêutico nas equipas multidisciplinares de cuidados primários, que cremos contribuir para a maximização da eficácia terapêutica e redução de custos para o SNS, carece de legitimação técnica e envolve diferentes níveis de decisão, profissões (médicos, farmacêuticos, administrativos, etc.) e outros interessados (decisores políticos, gestores, doentes, etc.) muitas vezes defendendo aspetos, perspetivas e horizontes temporais aparentemente incompatíveis.

Considerando estes aspetos, com este trabalho pretende-se analisar o impacto da intervenção farmacêutica ao nível dos CSP, suportando a sua integração nas equipas multidisciplinares de saúde, nomeadamente:

- Identificar os ganhos potenciais associados a este modelo de prática, obtidos em projetos internacionais ou em outras fontes de evidência;
- Identificar os fatores críticos do modelo, nomeadamente as potenciais barreiras e facilitadores, competências técnicas, formação necessária e modelo de colaboração interprofissional;
- Identificar metodologias e instrumentos associados à evidência existente que permitam avaliar as perceções e opiniões dos vários interessados (*stakeholders*) envolvidos.

Tendo em conta a complexidade do problema, os diferentes níveis de decisão e os diferentes interessados envolvidos nesta abordagem, pretendemos também efetuar uma

primeira análise estratégica que suporte todo o processo de definição e implementação deste novo modelo e apresentar algumas linhas orientadoras de um futuro projeto a desenvolver. Desta forma, pretendemos dar um primeiro contributo para aquilo que acreditamos ser um modelo inovador a introduzir nos CSP.

1.6. Metodologia

No campo da governação em saúde o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), considera que a análise da governação é uma tarefa delicada (OPSS, 2003). Segundo este observatório, a legitimação técnica é fundamental para as negociações com os diferentes atores sociais e o esclarecimento do público sobre a avaliação das soluções técnicas que foram adotadas. Esta legitimação, segundo este organismo, traduz-se em duas vertentes distintas e complementares:

- Primeiro nível de legitimação técnica – revisão da literatura, de estudos desenvolvidos e resultados obtidos que fundamentem as vantagens desta nova abordagem (no caso concreto a integração do farmacêutico nos CSP);
- Segundo nível de legitimação técnica – estudo prospetivo dos impactos sociais e económicos que esta medida poderá ter e das metas em termos de acesso, qualidade e eficiência que se propõe atingir a curto, médio e longo prazo, e, ainda da natureza, validade e precisão dos mecanismos de monitorização, avaliação e publicitação que estarão a ser desenhados.

Por seu turno, no âmbito da definição de políticas de saúde Kickbusch and Gleicher (2012) consideram que este processo assenta em nove pontos fundamentais: (1) olhar para a frente (perspetiva de longo prazo baseada em tendências estatísticas e previsões baseadas nos prováveis impactos da política de saúde); (2) olhar para fora (considerando o contexto nacional, europeu e internacional e comunicar as políticas de forma efetiva); (3) inovador e criativo (questionar os métodos estabelecidos, encorajar novas ideias e estar aberto a comentários e sugestões); (4) utilizar a evidência (utilizar a melhor evidência disponível e envolver os diversos interessados na fase inicial); (5) inclusiva (tendo em conta como a política afeta as necessidades de todos, direta ou

indiretamente); (6) juntar diferentes elementos (olhando para além das fronteiras institucionais dos objetivos estratégicos dos governos e estabelecer as bases legais e éticas para as políticas); (7) avaliar (incluindo a avaliação sistemática dos primeiros resultados na definição da políticas); (8) revisar (assegurando que estas continuam a considerar os problemas para os quais foram desenhadas, tendo em conta os efeitos associados); e (9) aprender com as lições (aprender com a experiência daquilo que funciona e do que não funciona).

Tendo em conta estes aspetos, iremos efetuar uma revisão da literatura e recolha de evidência que nos permita identificar estudos e projetos internacionais realizados nesta área bem como os principais resultados ou consequências medidos nesses estudos, nomeadamente o seu impacto económico. Esta revisão será o ponto de partida para a legitimação técnica do modelo.

Paralelamente, como suporte para a tomada a decisão, definição e implementação deste modelo, vamos procurar sintetizar os fatores críticos contextuais identificados na evidência para o sucesso do modelo, nomeadamente, as barreiras e facilitadores, as linhas de orientação para o sucesso da integração do farmacêutico nos CSP, as competências clínicas e a formação prática necessárias, e os aspetos associados à colaboração interprofissional.

Por último, será feito um primeiro exercício de análise estratégica baseada na evidência recolhida e contextualizada com a realidade nacional com base numa análise PESTLE (*PESTLE Analysis*) e numa análise dos interessados (*Stakeholder Analysis*). Como ponto de partida para esta análise sintetizámos as metodologias e instrumentos associados à evidência existente que foram utilizadas para avaliar as perceções e opiniões dos vários interessados (*stakeholders*) envolvidos e procuramos realizar um exercício de ligação com o contexto nacional. Conforme mencionado, é uma primeira análise que se pretende embrionária para uma discussão mais alargada sobre este modelo e a sua implementação tendo em conta os diferentes níveis de decisão e os múltiplos interessados envolvidos.

1.7. Estrutura da Tese

Tendo em conta o enquadramento do tema e identificada a metodologia a seguir, o trabalho será organizado tendo por base os elementos constantes na Figura 5.

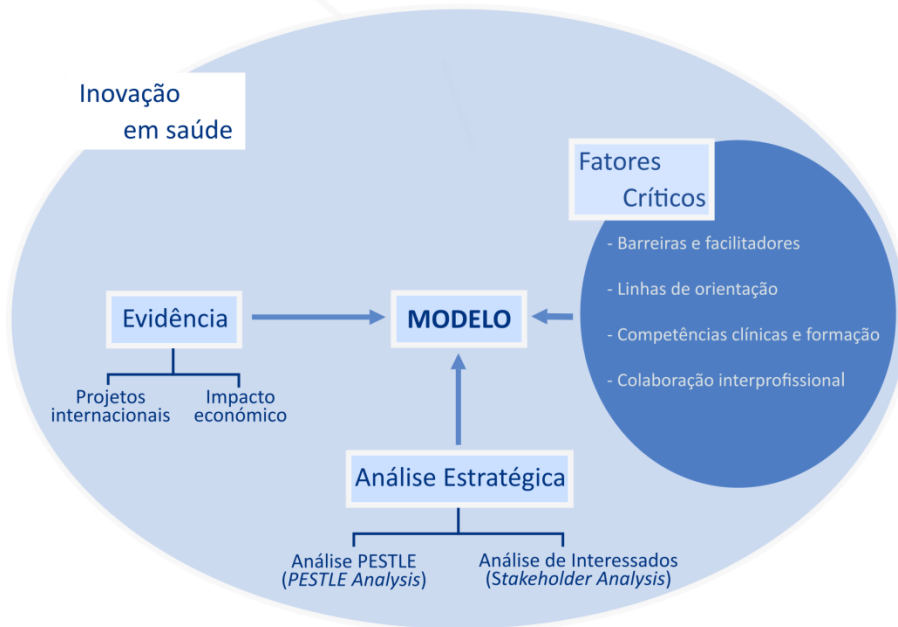


Figura 5 – Esquema resumo da estrutura do trabalho desenvolvido.

No capítulo 2 será feito o envolvimento conceptual da inovação em saúde. De seguida, no capítulo 3, iremos apresentar e discutir conceitos relacionados com os cuidados farmacêuticos e farmácia clínica, o enquadramento legal da atividade farmacêutica e a integração dos farmacêuticos nos CSP. No capítulo 4, iremos olhar com mais atenção para o objetivo principal deste trabalho, nomeadamente para a evidência internacional recolhida (projetos internacionais realizados e dados do impacto económico) e, no capítulo 5, apresentamos os fatores críticos associados que poderão ter impacto no modelo proposto.

O exercício exploratório, no capítulo 6, é composto por uma análise estratégica, que consistirá na análise PESTLE acompanhada de uma análise de interessados, que inclui uma avaliação detalhada das metodologias e dos instrumentos identificados na literatura analisada e que foram utilizados para ouvir os mesmos. Este será um primeiro exercício com vista à sua identificação e posicionamento, de acordo com o modelo de prática em

análise tendo em conta o contexto nacional. Neste capítulo, iremos também apresentar uma primeira proposta do modelo de integração nos CSP.

O capítulo 7 apresenta as conclusões deste trabalho, que será um primeiro contributo para a análise do problema em questão e preparação de futuros trabalhos a desenvolver.

2. Inovação em Saúde

A inovação implica dois elementos fundamentais: a criatividade e ideias novas. Assim, entende-se por inovação a criação e aplicação de novas ideias, podendo estar associada a um novo processo, serviço, produto ou modelo de negócio que é implementado com sucesso. A inovação resulta da conjugação de diversos fatores e para além de se ter uma ideia nova há que identificar as oportunidades, aplicá-la e fazer com que tenha sucesso no mercado (Sarkar, 2014).

Segundo o Manual de Oslo, a inovação é definida como a implementação de um novo ou significativamente melhorado produto (bem ou serviço), ou processo, método de marketing ou método organizacional. Uma característica comum na inovação é que esta terá que ser implementada: um produto novo é implementado quando é introduzido no mercado, assim como um novo processo ou método organizacional é implementado quando a empresa o coloca em prática nas suas operações. A sua classificação pode ser feita em diferentes tipologias. A inovação pode ser classificada por objeto de inovação (produto, processo, marketing e organizacional), pode ser classificada quando à sua natureza (radical, incremental ou disruptiva), quanto à fonte de inovação (investigação e desenvolvimento, não por investigação e desenvolvimento), por inovação estratégica (aberta, fechada, disruptiva ou sustentável) e por origem ou suporte (*top bottom/bottom-up*) (OECD, 2005).

Aos processos de inovação estão associados benefícios, não só para a sociedade em geral como para as empresas que, ao criar valor e diferenciar os seus produtos, aumentam a produtividade, impulsionam o crescimento económico, criam emprego e reduzem nos custos de produção (OECD, 2005).

A inovação tem vindo a assumir um papel preponderante dentro do setor público. Segundo Mulgan (2007), tal como noutras áreas, a inovação no setor público pode ser efetuada de muitas formas. Pode significar uma nova forma de organizar, como é o caso das Parcerias Público Privadas, uma nova forma de recompensar, como é exemplo o pagamento em função do desempenho, ou de comunicar, como é exemplo a criação de *blogs* dos ministérios. A distinção é muitas vezes feita entre inovação de políticas, inovação de serviços ou ainda inovação em diferentes outras áreas, como democracia ou assuntos internacionais. A inovação no setor público significa a criação novas ideias que funcionam criando valor público. A criação do SNS é um exemplo de inovação radical.

Ainda, segundo o mesmo autor, existem duas escolas de pensamento relativamente ao modo como a inovação poderá ser melhor estruturada no setor público. Uma defende a criação de unidades dedicadas para gerir a inovação e a outra suporta a tese de que a inovação é responsabilidade de todos, devendo fazer parte do trabalho de cada elemento (Mulgan, 2014).

A inovação no setor público não poder ser simplesmente institucionalizada, havendo vários aspetos onde o governo poderá atuar no sentido de melhorar as hipóteses de novas ideias criarem valor para o público. São alguns exemplos: fazer mais para cultivar e analisar a origem de novas ideias; recrutar inovadores reconhecidos; testar e projetar ideias promissoras; criar mercados para soluções e resultados (*outcomes*) em vez de fornecer as contribuições (*inputs*); criar espaços onde as ideias radicais se poderão desenvolver (Mulgan, 2014).

Na saúde a inovação possui um papel decisivo na resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos (Ferreira, Raposo, & Antunes, 2017). Em Portugal, tal como em muitos países, o setor da saúde é uma área que representa um peso importante na aplicação da inovação no setor público.

Segundo o Grupo de Inovação em Saúde da OMS (*Health Innovation Group*), inovar em saúde significa de desenvolver e fornecer políticas, sistemas, produtos ou tecnologias de saúde novos ou aperfeiçoados, e serviços e sistemas de entrega que melhorem a saúde da população. Este grupo salienta que inovar em saúde não se limita apenas ao desenvolvimento do produto. A inovação em saúde responde a necessidades

não correspondidas, aplicando novas formas de pensar e trabalhando com foco nas necessidades da população vulnerável; acrescenta valor sob a forma de melhor eficiência, efetividade, qualidade, segurança e/ou acessibilidade; pode ser preventiva, terapêutica, de reabilitação e/ou de cuidados assistenciais; sendo envolvida pela OMS no contexto de cobertura universal de saúde e nos objetivos de desenvolvimento sustentável (WHO, 2017).

2.1. Inovação Disruptiva no Setor da Saúde

A teoria da inovação disruptiva, criada 1997 pelo professor de Harvard Clayton Christensen, caracteriza-se por uma rutura com o modelo existente, criando um modelo de descontinuidade e transformação, apresentando algo inovador.

Consideramos que este trabalho se enquadra num modelo de inovação disruptiva, na medida em que é proposto um novo modelo prática que se fundamenta nesses mesmos princípios da inovação disruptiva como a criação de novas competências para o farmacêutico, a promoção da prestação de cuidados centrados no doente ou a melhoria dos resultados em saúde.

2.1.1. Inovação Disruptiva nos Sistemas de Saúde dos EUA

Christensen e os seus coautores aplicam os princípios da inovação disruptiva aos problemas existentes no sistema de saúde nos EUA, numa análise compreensiva de estratégias para melhorar os cuidados de saúde e torná-los mais acessíveis, através do livro *The Innovator's Prescription*. Na opinião destes autores, para que o sistema de saúde se torne mais acessível, tem que haver descentralização dos pequenos problemas de saúde, que pode ser facilitada pelo desenvolvimento tecnológico que permita a prestação de serviços sofisticados e de baixo custo.

Em 2012, no 99º Encontro Anual da Conferência Nacional de Associações Farmacêuticas, (99th *Annual Meeting of the National Conference of Pharmaceutical Organizations -NCPO*), Christensen abordou as estratégias disruptivas para transformação da prática de farmácia de um modelo de dispensação para o modelo de prestação de cuidados ao doente.

Segundo o professor de Harvard, os farmacêuticos não devem tentar esta mudança demonstrando aos doentes e profissionais de saúde o valor dos serviços farmacêuticos, mas sim aplicando os princípios da inovação disruptiva. Se tiverem sucesso na aplicação deste princípio, as alterações necessárias à regulamentação deste novo papel surgirão como resposta à inovação disruptiva.

Nesta sessão onde se debateu de que forma a inovação disruptiva poderá ser aplicada no desenvolvimento do novo papel do farmacêutico, Christensen refere a importância do farmacêutico se focar na área que melhor domina: a gestão da terapêutica medicamentosa como serviço a oferecer na resolução de PRMs. No âmbito da valorização do seu papel ao nível dos cuidados primários, é mencionada a importância do desenvolvimento de serviços “específicos, mensuráveis e previsíveis”.

2.1.2. Inovação Disruptiva nos Sistemas de Saúde Europeus

A inovação disruptiva tem sido destacada pelos benefícios que pode apresentar em diferentes áreas dos sistemas de saúde europeus. Para tal, podemos considerar as recomendações do relatório elaborado por um grupo de peritos multidisciplinar e independente para a Comissão Europeia, designado “*Expert Pannel on Effective ways of Investing in Health (EXPH) - Report on Disruptive Inovation*”. Este relatório assinala algumas considerações sobre Inovação Disruptiva e os Cuidados de saúde na Europa (Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2016).

Segundo este grupo de trabalho, “os prestadores de saúde deparam-se constantemente com um desafio extremamente complexo, caracterizado pelo aumento da procura, crescimento dos custos e financiamento insuficiente. Como tal, os modelos de cuidados de saúde necessitam de se adaptar constantemente no que respeita a estruturas organizacionais, grupos de trabalho, processos, produtos, serviços ou tecnologias de forma a responder a esses desafios”.

Assim, este grupo de investigadores entende que os sistemas de saúde Europeus devem considerar a Inovação como instrumento chave para obtenção de soluções eficientes e sustentáveis, ao mesmo tempo que respeitam os valores fundamentais da

universalidade, equidade, solidariedade e da prestação de serviços de saúde de elevada qualidade, efetivos e seguros.

A inovação é classificada pelo seu impacto nos interessados (*stakeholders*) como Não-disruptiva ou Disruptiva, sendo que a primeira se caracteriza por não criar novos mercados ou redes de valor, mas sim acrescentar valor através da melhoria continua. Por outro lado, a inovação disruptiva cria novas redes e alterações organizacionais, envolvendo novos intervenientes, levando a melhorias na criação de valor bem como na sua distribuição pelas diferentes partes interessadas (Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2016).

Neste relatório são identificadas as áreas com maior potencial para beneficiar de inovação disruptiva, bem como aspetos a ter em consideração no seu desenvolvimento e implementação nos sistemas de saúde Europeus. É ainda feita chamada de atenção para o facto de este conceito ter sido criado no contexto de saúde Americano, pelo que não pode ser simplesmente transposto para o sistema de saúde Europeu.

Segundo este grupo de trabalho, pode caracterizar-se a inovação disruptiva por algumas das seguintes capacidades:

- Melhoria dos resultados (*outcomes*) em saúde;
- Criação de novos serviços e capacidade para ultrapassar desafios no que respeita a acessibilidade aos serviços existentes;
- Introdução de metodologias custo-efetivas que melhoram o acesso;
- Promoção da prestação de cuidados de saúde centrados no doente;
- Criação de novos papéis e competências para os profissionais de saúde;
- Introdução de uma cultura transformacional.

Neste contexto, foram mencionados os farmacêuticos da Europa, como um exemplo onde a inovação disruptiva poderá ser aplicada, através da prestação de cuidados centrados no doente, mais acessíveis, de menor custo e que contribuem para a melhoria dos resultados em saúde.

O desenvolvimento de um novo modelo de prática que integra o farmacêutico nos CSP onde este desempenha um novo papel essencialmente como clínico e centrado no doente, poderá ser caracterizado como um exemplo de inovação disruptiva em saúde, na

medida em que assenta naquelas que são as características que definem este tipo de inovação, de acordo com aquele grupo de trabalho.

3. Cuidados Farmacêuticos e integração em CSP

3.1. Cuidados Farmacêuticos e Farmácia Clínica

O conceito de Cuidados Farmacêuticos -*Pharmaceutical Care*- surgiu em 1975 como sendo “todo o cuidado que um doente requer e recebe, assegurando o uso seguro e racional do medicamento” (Mikeal, Brown, Lazarus, & Vinson, 1975). Em 1980, Brodie introduziu neste conceito “a necessidade de medicamentos para um doente individual e a disposição, não só do medicamento necessário, mas também dos serviços de forma a garantir uma terapêutica segura e efetiva” (Brodie, 1981).

Hepler e Strand (1990), conhecidos como pais dos Cuidados Farmacêuticos, enfatizam a importância de uma orientação em torno dos resultados (*outcomes*) do doente, que estaria implícita na definição anterior. É então que surge a definição clássica de Cuidados Farmacêuticos como a “dispensa responsável da terapêutica farmacológica, com o intuito de obter resultados definitivos que promovam a melhoria da qualidade de vida do doente”.

Segundo Martín-Calero et al. (2004), embora o conceito de Cuidados Farmacêuticos seja amplamente aceite como uma filosofia de atuação assistencial, para alguns autores (Winslade, Strand, Pugsley, & Perrier, 1996) existe alguma falta de entendimento e compreensão das funções e responsabilidades assumidas pelo farmacêutico na prestação de Cuidados Farmacêuticos. De acordo com aqueles autores, é por este motivo que muitos trabalhos e projetos de investigação desenvolvidos nesta área nem sempre coincidem com o conceito e filosofia de prática descrita por Hepler e Strand.

A definição de um conceito uniforme na Europa torna-se difícil devido aos diferentes países, diferentes línguas sistemas de saúde envolvidos (Foppe van Mil & Schulz, 2006). Embora haja uma grande quantidade de estudos a utilizar designações diferentes para esta prática, tais como serviços farmacêuticos clínicos, serviços cognitivos, gestão da medicação, revisão da terapêutica, todos eles descrevem práticas semelhantes (Roughead, Semple, & Vitry, 2002).

Cipolle, Strand e Morley (1998) caracterizam os serviços farmacêuticos cognitivos como um conjunto atividades realizadas em farmácia comunitária incluindo, aconselhamento do doente, oferecimento de formação e informação técnica, revisão da medicação, programas de gestão da doença e seguimento farmacoterapêutico.

Já alguns autores compreendem os serviços cognitivos como sendo serviços de valor acrescentado em cuidados farmacêuticos, incluindo aconselhamento farmacêutico, programas específicos de gestão da doença e serviços para prevenção e deteção de patologias diversas (Spruill, Wade, Taylor, Burke, & Longue, 2003).

Segundo Martin-Calero et al. (2004), este facto levou a uma certa confusão em relação àquilo que são ou não Cuidados Farmacêuticos, assim como na tentativa de identificação e especificação dos diferentes serviços cognitivos que os farmacêuticos podem oferecer. Na opinião destes autores, independentemente da designação atribuída, estes programas devem ser baseados numa filosofia e numa prática de cuidados subjacentes ao seguinte conceito: deve ser orientada para o envolvimento responsável do farmacêutico nos resultados de saúde do doente.

Na figura seguinte pode observar-se um esquema do processo de prestação de cuidados farmacêuticos centrados no doente:



Figura 6 – Processo de prestação de cuidados farmacêuticos centrados no doente. Adaptado de Bennett (2017).

O Colégio Americano de Farmácia Clínica, *American College of Clinical Pharmacy (ACCP)* define Farmácia Clínica como “uma especialidade da ciência da saúde que integra

a aplicação por parte dos farmacêuticos dos princípios científicos da farmacologia, toxicologia, farmacocinética e terapêutica para o cuidado dos doentes" (Cipolle et al., 1998). Segundo Hepler (2004), estes autores caracterizam a farmácia clínica como sinónimo de serviços cognitivos.

Já para a *European Society of Clinical Pharmacy (ESCP)*, Farmácia clínica é uma “especialidade de saúde que descreve as atividades e serviços do farmacêutico clínico para desenvolver e promover a utilização racional e adequada de produtos e dispositivos médicos”.

De facto estes dois conceitos estão interligados e, segundo Hepler (2004), Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos são conceitos complementares e parecem ter objetivos semelhantes, contudo são expressos em diferentes enquadramentos e enfatizando diferentes aspetos na prática. A farmácia clínica é considerada como um componente essencial da prestação de cuidados farmacêuticos e em ambos o farmacêutico reconhece a necessidade de melhoria da segurança e eficácia da terapêutica do doente.

Segundo Correr et al. (2013), as diversas classificações encontradas na literatura para serviços farmacêuticos dificulta a padronização das práticas. Um estudo realizado por estes autores analisou os serviços farmacêuticos clínicos reportados em revisões sistemáticas no período entre 2000 e 2010. Foram incluídas no estudo as revisões sistemáticas que avaliassem o impacto dos serviços farmacêuticos clínicos nos indicadores de qualidade do processo de uso dos medicamentos ou nos resultados terapêuticos (clínicos, humanísticos e económicos). Foram considerados serviços prestados em qualquer local de prática, como farmácia comunitária, hospitalar, clínicas privadas, hospitais, cuidados primários e lares, tendo sido identificadas as categorias de serviços farmacêuticos que constam no quadro seguinte:

Categorias de Serviços farmacêuticos clínicos

Serviços focados no aconselhamento ao doente sobre medicamentos, doenças e medidas não farmacológicas

Serviços incluem programas de deteção, prevenção ou controlo de fatores de risco

Serviços focados na adesão à terapêutica

Serviços focados na revisão da medicação e ajuste da terapêutica do doente

Serviços focados no acompanhamento farmacoterapêutico, com foco nos resultados em saúde

Serviços focados na elaboração da história terapêutica e na reconciliação da terapêutica

Serviços focados no fornecimento de informação ao médico e equipa de saúde

Serviços onde o farmacêutico tem autonomia para prescrever ou iniciar tratamento farmacológico de acordo com protocolos definidos.

Quadro 1- Serviços farmacêuticos clínicos implementados até 2010.

Adaptado de Correr et al. (2013).

Estes serviços centrados no doente promovem o uso seguro e efetivo dos medicamentos, permitindo assim uma otimização da terapêutica e a melhoria dos resultados em saúde. A prestação destes serviços está consagrada na lei portuguesa, como veremos no capítulo seguinte.

3.2. Enquadramento legal da atividade farmacêutica

Considerou-se útil uma breve exposição do enquadramento legal do exercício da atividade farmacêutica e sua evolução ao longo dos últimos anos, com especial foco nos serviços focados no doente, no âmbito dos cuidados farmacêuticos.

Embora alguma da legislação descrita de seguida se enquadre no âmbito da atividade exercida em farmácia comunitária, muitos destes cuidados podem ser prestados em outras áreas, como em ambulatório hospitalar, lares ou em cuidados de saúde primários, como será analisado neste estudo.

Em 2001, através do Decreto-Lei nº288/2001 de 10 de novembro, a lei portuguesa consagra que o exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente (artigo 72º), sendo a principal responsabilidade do farmacêutico para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral (artigos 81º e 107º).

O artigo 77º apresenta as atividades consideradas com parte integrante do ato farmacêutico, salientando-se as mais focadas no doente: interpretação e avaliação das

prescrições médicas, informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes de modo a promover a sua correta utilização.

Também o artigo 87º refere que o farmacêutico deve: colaborar com outros profissionais de saúde promovendo junto deles e do doente a utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos; assegurar que na dispensa do medicamento o doente recebe informação correta sobre a sua utilização; dispensar ao doente o medicamento em cumprimento com a prescrição médica ou exercer a escolha que os seus conhecimentos permitem e que melhor satisfaça as relações benefício/risco e benefício/custo.

Em 2007, o regime jurídico das farmácias de oficina, previsto no Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, consagrou a possibilidade das farmácias prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes.

A portaria nº 1429/2007 (artigo 2º), veio então concretizar esses serviços, definindo, pela primeira vez um conjunto de serviços que as farmácias podem prestar aos utentes (onde são considerados, na alínea f), os programas de cuidados farmacêuticos):

- a) Apoio domiciliário;
- b) Administração de primeiros socorros;
- c) Administração de medicamentos;
- d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico;
- e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- f) Programas de Cuidados Farmacêuticos;
- g) Campanhas de Informação;
- h) Colaboração em programas de educação para a saúde.

Com a evolução no setor das farmácias nos últimos 10 anos, considerou-se necessário englobar novos serviços de promoção da saúde, pelo que se assistiu muito recentemente à primeira alteração desta portaria (nº 1429/2007), através da publicação da portaria nº97/2018 de 9 de Abril. Este diploma veio alargar os serviços que as farmácias podem disponibilizar aos utentes, mantendo os serviços definidos nas alíneas de a) a f), acrescentando:

- g) Consultas de nutrição;
- h) Programas de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica e de preparação individualizada de medicamentos, assim como programas de educação sobre a utilização de dispositivos médicos;
- i) Realização de testes rápidos de VIH, VHC, VHB (...);
- j) Serviços simples de enfermagem;
- k) Cuidados ao nível I de prevenção e tratamento do pé diabético de acordo com as orientações estabelecidas pela DGS.

Verifica-se portanto que os programas de Cuidados Farmacêuticos foram consagrados na lei pela primeira vez em 2007, como um serviço a prestar pelo farmacêutico no âmbito da farmácia comunitária. Quanto aos programas de adesão à terapêutica e reconciliação da terapêutica, são agora consagrados no presente diploma de 2018.

No entanto, já em 2014, Figueiredo *et al.* (2014), considerava que “independentemente de estar consagrada na lei ou não, a questão da prestação de serviços farmacoterapêuticos centrados no doente, dentro de uma filosofia de Cuidados Farmacêuticos, é emergente nos nossos dias e exige novas competências ao farmacêutico que se assume como clínico”.

Como será abordado nos capítulos seguintes, a existência de algumas barreiras explica o facto de alguns programas, como os cuidados farmacêuticos, a revisão e reconciliação da terapêutica, não estarem amplamente difundidos nas farmácias comunitárias. Estas barreiras estão também identificadas em diferentes países (Costa et al., 2017; Farris, Fernandez-Llimos, & Benrimoj, 2005; Martín-Calero et al., 2004).

Procura-se com neste estudo, com base na evidência internacional recolhida, fundamentar a prestação de alguns destes serviços consagrados na lei -nomeadamente programas de cuidados farmacêuticos, de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica, informação sobre medicamentos e educação para a saúde- nos CSP, através da integração do farmacêutico nas suas equipas.

3.3. Integração do farmacêutico nas equipas de CSP

Os problemas relacionados com medicamentos representam uma preocupação em CSP, onde o farmacêutico comunitário tem capacidade de identificar e prevenir (Hazen et al., 2015; Tan et al., 2014b). Contudo, questões como a dificuldade de comunicação com o médico ou de acesso à informação clínica do doente são algumas das limitações para o farmacêutico comunitário que poderão ser ultrapassadas com sua integração nos CSP (Tan et al., 2014b).

Diversos estudos descrevem as barreiras à implementação dos serviços farmacêuticos em farmácia comunitária, como a separação geográfica entre o farmacêutico e o médico, a dificuldade de acesso à informação clínica do doente, a falta de formação na área clínica, a falta de tempo ou de remuneração do serviço (Farris et al., 2005; Van Mil, De Boer, & Tromp, 2001).

Em Portugal, o farmacêutico tem revelado o valor do seu contributo na prestação de serviços farmacêuticos clínicos, como o reforço da adesão à terapêutica, a informação sobre medicamentos, revisão da medicação, deteção precoce de fatores de risco ou o acompanhamento farmacoterapêutico (Figueiredo, Caramona, Fernandez-Llimos, & Castel-Branco, 2014). Contudo, a existência das barreiras descritas faz com que a prestação destes serviços não esteja amplamente difundida nas farmácias comunitárias. Estas barreiras são identificadas por vários autores em diferentes países (Costa et al., 2017; Farris et al., 2005; Martín-Calero et al., 2004).

No quadro seguinte pode observar-se alguns dos resultados de um estudo descritivo realizado em Portugal, no âmbito do Programa MBA para Executivos da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, que analisou as barreiras à implementação dos Cuidados Farmacêuticos (CF) (Lourenço, 2016). De 20 potenciais barreiras apresentadas, foram classificadas por farmacêuticos (hospitalares e comunitários) pelo grau de importância, na escala de *Likert* de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante). Apresentam-se de seguida as 10 barreiras classificadas como mais importantes:

Ordem	Priorização das principais barreiras à implementação dos Cuidados Farmacêuticos	Média
1º	Falta de apoios por parte das autoridades de saúde	4,2593
2º	Falta de reconhecimento por parte das autoridades de saúde	4,2500
3º	Dificuldade de acesso à informação clínica do doente	4,0278
4º	Resistência por parte dos outros profissionais de saúde à cooperação com o farmacêutico	3,9815
5º	Falta de remuneração adequada à prestação de Cuidados Farmacêuticos	3,9352
6º	Ausência de <i>guidelines</i> (orientações) para a prática de cuidados farmacêuticos de forma sistematizada	3,8889
7º	Falta de oferta formativa na área de farmácia clínica	3,8148
8º	Falta de tempo para recolha e registo de informação clínica do doente	3,7593
9º	Dificuldade de comunicação com outros profissionais de saúde	3,6944
10º	Falta de tempo por parte do farmacêutico	3,5926

Quadro 2 – Priorização das 10 principais barreiras à implementação dos Cuidados Farmacêuticos. Escala: 1- Nada importante; 2-Pouco importante; 3-Importante; 4-Muito importante; 5-Extremamente importante. (Lourenço, 2016).

As barreiras que existem atualmente à implementação dos serviços farmacêuticos em farmácia comunitária dificultam a comunicação entre profissionais e o desenvolvimento de um trabalho colaborativo. Os resultados de alguns estudos sugerem que a integração nos CSP poderá ser uma solução para ultrapassar algumas destas barreiras.

São vários os estudos na literatura que sustentam a hipótese de integração do farmacêutico nas equipas de saúde, evidenciando melhoria dos resultados clínicos do doente, otimização da prescrição, redução do recurso aos serviços de saúde ou e de custos associados (Dolovich et al., 2008; Tan, Stewart, Elliott, & George, 2014c; Tan et al., 2014b). Há ainda evidência de que os serviços prestados pelos farmacêuticos nas diferentes áreas de cuidados de saúde resultam não só numa melhoria dos resultados observados no doente como também nos padrões de prescrição (Nkansah et al., 2010).

A integração do farmacêutico nos cuidados primários tem potencial para melhorar o trabalho das equipas multidisciplinares e os cuidados prestados ao doente, contudo, esta prática ainda não se encontra muito difundida (Tan et al., 2014c). Em diversos países

o farmacêutico é visto como um recurso qualificado, no entanto subutilizado pelos serviços de saúde (Freeman et al., 2012).

Uma revisão sistemática analisou a relação entre o grau de integração do farmacêutico nos CSP e o impacto nos resultados do doente, concluindo que a integração total do farmacêutico nos cuidados de saúde primários acrescenta valor aos serviços farmacêuticos clínicos centrados no doente. Este artigo de revisão recomenda a integração total do farmacêutico nos CSP para que se possa obter o máximo benefício em doentes polimedicados ou com comorbilidades (Hazen et al., 2016).

Nos últimos anos verifica-se que vários países como o Reino Unido, Canadá, EUA, Holanda ou Austrália, têm vindo a adotar medidas que vão no sentido da integração do farmacêutico nas equipas de CSP. Os decisores políticos investem em mudanças no sistema de saúde de forma maximizar os cuidados prestados ao doente e as autoridades de saúde começam a apostar no financiamento de projetos que integram farmacêuticos nas equipas de CSP (Woden, 2009; NHS England, 2016; Dolovich *et al.*, 2008).

Nos EUA, que apesar assentarem num modelo de sistema de saúde diferente, é igualmente reconhecido o papel do farmacêutico nos cuidados primários. As organizações de prestação de cuidados primários- *Accountable Care Organizations (ACO)*- são um modelo de prestação de cuidados de saúde inovador caracterizado por uma rede de médicos e outros profissionais de saúde que partilham responsabilidades na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em populações específicas. Estas organizações reconhecem a gestão da terapêutica como um elemento chave na medição dos indicadores de qualidade de *benchmark*. Os cuidados prestados pelo farmacêutico revelaram uma diminuição do custo com medicamentos, das readmissões hospitalares, do tempo de internamento (Joseph et al., 2017).

Algumas das intervenções farmacêuticas descritas em estudos piloto no âmbito dos cuidados primários incluem: revisão da medicação (Bush et al., 2017; Dolovich et al., 2008; Hazen et al., 2015; Tan, Stewart, Elliott, & George, 2012), renovação da prescrição (Bush et al., 2017), monitorização da terapêutica (Bush et al., 2017), reconciliação da medicação (Bush et al., 2017), gestão da doença crónica (Bush et al., 2017; Rodis et al.,

2017), participação nas reuniões multidisciplinares (Bush et al., 2017) e informação sobre medicamentos à equipa de saúde (Dolovich et al., 2008; Pottie et al., 2008; Tan et al., 2012). O quadro 3 apresenta os principais serviços farmacêuticos prestados em CSP de acordo com os estudos descritos.

Principais serviços farmacêuticos clínicos realizados em CSP
• Revisão da medicação
• Monitorização da terapêutica
• Renovação da prescrição
• Reconciliação da medicação
• Gestão da doença crónica
• Participação nas reuniões multidisciplinares
• Informação sobre medicamentos à equipa de saúde

Quadro 3 – Principais serviços farmacêuticos clínicos realizados em CSP.

São diversos os estudos que têm sido realizados nestes países, procurando apresentar evidência dos benefícios da integração do farmacêutico nas equipas de CSP, demonstrando que esta integração está associada a uma melhoria da adesão à terapêutica, a um aumento da deteção e resolução de problemas relacionados com os medicamentos, redução dos custos em saúde e melhoria dos resultados observados no doente. (Bourne, Shulman, & Jennings, 2018; Bush et al., 2017; Dolovich et al., 2008; Kennedy et al., 2015; Tan et al., 2014c; Zermansky et al., 2001)

A integração do farmacêutico nos cuidados primários não é um conceito novo (Fish, Watson, & Bond, 2002). Esta revisão sistemática publicada em 2002 revela que os serviços farmacêuticos são efetivos na obtenção dos resultados desejados, no entanto, a evidência que a suporta é limitada, sendo necessária realização de mais estudos com maior robustez (ensaios randomizados controlados). Esta revisão analisa estudos realizados no Reino Unido, Escandinávia, Austrália, Canadá e EUA, que apresentam alguma heterogeneidade nos resultados medidos, no tipo de intervenção e no local onde foram prestados os serviços farmacêuticos (farmácia comunitária e clínicas médicas). Segundo Tan *et al.*, desde a publicação daquela revisão em 2002, aumentou o número de estudos a analisar o papel do farmacêutico nos cuidados primários (Tan et al., 2014c).

Também uma revisão sistemática realizada em 2010 (Nkansah et al., 2010) conclui haver evidência de que os serviços farmacêuticos clínicos realizados em ambulatório, como farmácias comunitárias ou clínicas medicas, melhoram os resultados do doente e os padrões de prescrição. No entanto refere haver alguma heterogeneidade nos grupos estudados no que respeita a resultados (*outcomes*) medidos, o que dificulta a generalização do impacto desta intervenção em diferentes populações, locais de intervenção ou estados de doença. Uma revisão sistemática realizada nos Estados Unidos, que avalia os efeitos dos serviços farmacêuticos prestados ao doente nos resultados terapêuticos, humanísticos e de segurança, conclui também que os resultados são favoráveis e que a integração nas equipas de saúde poderá ser uma solução viável para ajudar na melhoria do sistema de saúde nos EUA (Chisholm-Burns, Lee, Slack, & Herrier, 2010).

Os autores Tan *et al.*, (2014) salientam o facto de algumas revisões sistemáticas mais recentes de intervenções farmacêuticas, nomeadamente as duas referidas anteriormente, se focarem em grupos de doentes, intervenções e medição de resultados específicos, realizados em diferentes locais de saúde para além das clínicas de CSP, tornando assim difícil concluir que estes resultados da prática se associam apenas cuidados primários. A revisão sistemática realizada por estes autores mais recentemente conclui que a integração de farmacêuticos em cuidados primários apresenta resultados favoráveis em diversas áreas, nomeadamente na gestão da doença crónica e qualidade do uso de medicamentos (Tan et al., 2014c).

Bond (2015) considera igualmente que a falta de evidência observada nos resultados de alguns estudos pode ser atribuída ao uso de indicadores de resultados (*outcomes*) não adequados, com pouca probabilidade de ser afetados pela intervenção. São dados como exemplo a medição do indicador “qualidade de vida” num doente com comorbilidade, numa intervenção de gestão da terapêutica para uma patologia específica; ou a medição do “índice de mortalidade” numa intervenção efetuada num curto período de tempo (Bond, 2015).

Assim, parece ser importante a utilização de indicadores adequados de na realização dos estudos de forma a aumentar a robustez da evidência dos resultados obtidos.

O sucesso da integração do farmacêutico nos CSP implica uma maior clareza na definição do seu papel (Jorgenson, Laubscher, Lyons, & Palmer, 2014) e requer uma extensão das suas competências clínicas como prioridade (Sims & Campbell, 2017). O papel que os farmacêuticos estão a desempenhar deve refletir as necessidades da equipa e o desenvolvimento das competências necessárias será essencial na sua formação (Sims & Campbell, 2017).

4. Evidência da integração dos farmacêuticos nos CSP

4.1. Experiências internacionais

Como já foi referido, nos últimos anos os governos de vários países como o Canadá, Reino Unido, Austrália ou Holanda têm financiado o desenvolvimento de projetos-piloto que integram farmacêuticos nas equipas multidisciplinares de cuidados de saúde primários, promovendo a qualidade, segurança e eficácia no uso de medicamentos, através de uma abordagem de prestação de cuidados de forma coordenada, integrada e em colaboração com os restantes profissionais (Dolovich et al., 2008; Hazen et al., 2015; NHS England, 2015; Pharmaceutical Society of Australia, 2015).

Estão descritos na literatura diversos estudos que analisam diferentes projetos-piloto, como os projetos SMART e IMPACT realizados no Canadá, o projeto *Medication Management Pilot Study* realizado nos EUA, o projeto PIPS realizado na Austrália, o projeto POINT realizado na Holanda e por último, no Reino Unido, os projetos Pincer e o projeto mais recente ainda a decorrer *Clinical Pharmacists in General Practice Pilot*.

Na figura 7 podem observar-se estas experiências internacionais encontradas na literatura:

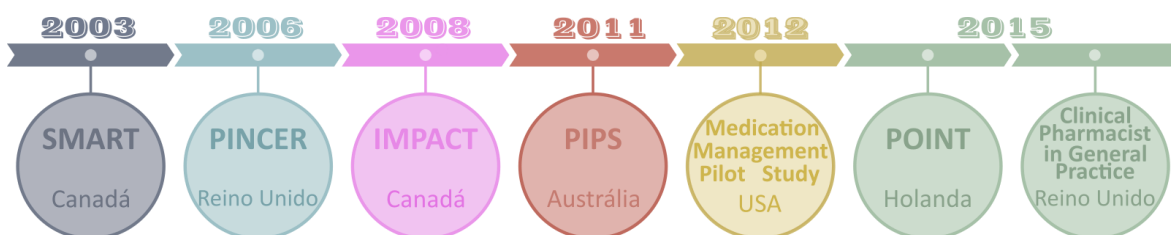


Figura 7- Projetos-piloto internacionais que integram farmacêutico nos CSP.

Os objetivos e a metodologia utilizada variam nos projetos-piloto analisados. Mas de um modo geral, procuram avaliar os resultados da intervenção farmacêutica nos CSP, identificando barreiras e facilitadores deste processo de modo a aumentar a efetividade da intervenção.

São diversos os resultados (*outcomes*) medidos, como o PRMs detetados e resolvidos após intervenção; o aumento da adesão à terapêutica ou proporção de recomendações farmacêuticas implementadas pelo médico.

Alguns estudos focam-se na análise da opinião e perceção médica relativamente ao novo papel desempenhado pelo farmacêutico, fazendo inclusive uma análise da diferença de opinião e perceção tida inicialmente e após a experiência de trabalho em equipa. As competências a considerar no processo de seleção dos farmacêuticos e sua importância para o sucesso desta prática são um tema igualmente abordado nestes estudos. Na grande maioria dos projetos analisados o farmacêutico possui experiência prévia em farmácia comunitária, integrando as equipas de cuidados primários 2 a 3 vezes por semana.

No quadro 4 pode observar-se um resumo das principais dimensões analisadas nos diversos estudos para os diferentes projetos. No anexo I anexo encontra-se a tabela mais completa relativa a este quadro.

País	PROJETO	FONTE	DIMENSÕES ANALISADAS
CANADÁ	SMART	Sellors et al. (2003) Ontário	<ul style="list-style-type: none"> Nº de PRMs identificados no grupo de intervenção Proporção de recomendações farmacêuticas implementadas pelo médico.
		Howard et al. (2003) Ontário	Opinião e perceção dos farmacêuticos e médicos relativamente ao novo papel do farmacêutico. Análise dos temas que emergiram das entrevistas relativamente a pontos fracos e pontos fortes do programa e formas de melhorar.
	IMPACT	Dolovich et al. (2008) Ontário	Resultados de 24 meses de duração do projeto: <ul style="list-style-type: none"> Nº de PRMs identificados Nº de RAMs identificadas Benefícios percebidos pelos médicos Desafios encontrados
		Pottie et al. (2008) Ontário	<ul style="list-style-type: none"> Perspetivas dos médicos de família após 12 meses de trabalho com farmacêuticos
		Pottie et al (2009) Ontário	<ul style="list-style-type: none"> Relatos da experiência dos farmacêuticos durante um período de 9 meses de integração
	Jorgenson et al. (2014) Saskatchevan	<ul style="list-style-type: none"> Barreiras e facilitadores identificados no processo de integração <i>(este estudo, não está diretamente relacionado com o projeto IMPACT mas parte do facto de terem sido identificadas algumas barreiras durante o decorrer deste para justificar a necessidade de analisar barreiras e facilitadores do processo)</i>	
USA	MEDICATION MANAGEMENT PILOT STUDY	Kennedy et al. (2012) Vermont	<ul style="list-style-type: none"> Nº de PRMs identificados Poupança de custos associada às recomendações farmacêuticas Proporção de recomendações aceites pelo médico
AUSTRÁLIA	PIPS	Tan et al. (2014) Austrália	<ul style="list-style-type: none"> Nº de PRMs identificados e Nº de PRMs resolvidos; Aumento da adesão à terapêutica; Nível de satisfação do doente;
		Tan et al. (2013) Austrália	<ul style="list-style-type: none"> Análise das experiências de diferentes interessados - equipa (médicos, enfermeiros, gestor), de farmacêuticos e de utentes - relativamente à integração do farmacêutico nos CSP

Quadro 4- Resumo das principais dimensões analisadas nos diversos estudos.

País	PROJETO	FONTE	DIMENSÕES ANALISADAS
HOLANDA	POINT	Hazen et al. (2015) Utreque Amsterdão	<p>Efeito da integração do farmacêutico na prática clínica na segurança farmacoterapêutica dos doentes na Holanda.</p> <p>Comparação de 3 modelos de prestação de CF:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Farmacêutico integrado na equipa de CSP (10 farmacêuticos integraram 10 equipas por um período de 15 meses) a efetuar revisão da medicação do doente; 2) Farmacêutico na farmácia comunitária com formação em revisão da terapêutica; 3) Farmacêutico em farmácia comunitária (cuidados habituais) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Outcome</i> primário: Nº de admissões hospitalares relacionadas com medicação durante o follow-up. • <i>Outcome</i> secundário- erros de medicação potenciais e custos de medicação.
		Hazen et al. (2016) Utreque Amsterdão	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de consensos e controvérsias entre os interessados relativamente ao processo de integração do farmacêutico nos cuidados primários na Holanda
REINO UNIDO	PPINCER	Avery et al. (2012) Nottinghamshire Staffordshire and Central and Eastern Cheshire	<p>Determinação da efetividade, custo-efetividade e aceitação da intervenção farmacêutica através de informação baseada na tecnologia, em comparação com o simples feedback (controlo), na redução de potenciais erros de medicação dos doentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Outcome</i> primário: proporção de doentes que ao fim de 6 meses após a intervenção tinham tido algum dos erros clínicos relevantes.
	CLINICAL PHARMACISTS IN GENERAL PRACTICE PILOT	NHS England (2015) <i>(Projeto-piloto a decorrer com o apoio do NHS, RPS, RCGP, BMA)</i> Reino Unido	<p>Estudo encontra-se a decorrer. Apresentam-se os instrumentos de medição de resultados através dos quais se vai monitorizar o impacto do contributo (<i>input</i>) da farmácia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do tempo disponível por parte do médico para casos mais complexos / cuidados do doente crónico; • Melhoria do acesso a CSP (diminuição dos tempos de espera e aumento da satisfação do doente); • Aumento da revisão da terapêutica em doentes com demência, dificuldade de leitura ou carências especiais; • Diminuição tempo de espera pela renovação da prescrição; • Aumento da reconciliação da terapêutica em doentes que tenham alta hospitalar; • Melhoria do controlo de doenças crónicas como a Diabetes, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e HTA • Melhoria da comunicação entre CSP, farmácia comunitária e hospitalar

Quadro 4- Resumo das principais dimensões analisadas nos diversos estudos (cont.)

Estes projetos procuram fazer uma análise dos resultados experienciados e desenvolver estratégias para ultrapassar as barreiras encontradas e elaborando recomendações que no seu conjunto, vão contribuir para o desenho de um novo modelo de prática, através de uma abordagem que promova uma gestão coordenada e integrada de cuidados.

De seguida, apresentamos com mais detalhe as principais experiências internacionais identificadas.

4.1.1. Canadá

A inclusão do farmacêutico como membro das equipas de saúde familiar em Ontário surgiu no contexto de grandes alterações no âmbito dos cuidados primários, com foco na sua reforma a política de gestão da medicação e uma conjuntura económica motivada para a prestação de serviços com a mesma qualidade no entanto com menor custo (Dolovich, 2012).

4.1.1.1. Projeto SMART (Seniors Medication Assessment Research Trial)

Este projeto teve início em 2003 e integrou farmacêuticos nos cuidados primários, num trabalho conjunto com os médicos de família para otimizar a terapêutica de doentes seniores (≥ 65 anos), em 24 clínicas em Ontário. Este ensaio controlado randomizado (RCT), foi desenhado para avaliar efeito positivo que as recomendações feitas pelo farmacêutico, através do programa da consulta farmacêutica, poderiam ter na prescrição médica.

Foram medidos como resultados (*outcomes*) neste estudo: o número de problemas relacionados com os medicamentos (PRMs) identificados no grupo de intervenção (a tomar 5 ou mais medicamentos) e a proporção de recomendações farmacêuticas implementadas pelo médico. Foi identificada uma média de 2,5 PRMs por doente no grupo de intervenção. Os médicos implementaram ou tinham intenção de implementar 72.3% (790/1093) das recomendações efetuadas pelo farmacêutico.

Apesar de nas conclusões deste estudo não se considerar que a intervenção farmacêutica tenha tido efeito significativo nos resultados observados no doente, devido

ao curto período de tempo em que o estudo decorreu, os médicos de família foram recetivos às recomendações intervenção. Concluiu-se assim que a colaboração entre profissionais médicos e farmacêuticos é praticável (Sellors et al., 2003).

Ainda no âmbito deste projeto, foi realizado outro estudo por Howard et al (2003), com o objetivo de analisar as experiências de colaboração entre profissionais, identificar deficiências do programa, obstáculos à sua implementação e estratégias para os ultrapassar. Realizaram-se entrevistas aos participantes no estudo, 6 farmacêuticos e 6 médicos de família, e os principais temas que emergiram foram relativos a pontos fracos e pontos fortes do programa e formas de o melhorar.

Conclui-se que médicos e farmacêuticos divergem na perceção que têm do papel do farmacêutico, sendo que estes últimos vêm o programa como uma oportunidade para iniciar um novo papel profissional. Alguns médicos questionaram o valor do programa para alguns dos doentes, uma vez que os critérios de inclusão eram muito abrangentes e nem todos os doentes necessitavam de intervenção. Ambos concordaram com a necessidade de redefinir os critérios de referenciação dos doentes. Alguns médicos demonstraram preocupação relativamente ao espaço físico necessário e aos mecanismos de remuneração. Registaram-se alguns aspetos a ser considerados em estudos futuros como: clarificação do papel dos profissionais no âmbito de um trabalho em equipa; seleção de doentes apropriados ao programa; identificação de uma forma mais eficiente de prestar aconselhamento/recomendações; desenvolvimento de uma forma adequada de remuneração (Howard et al., 2003).

4.1.1.2. Projeto IMPACT (Integrating family Medicine and Pharmacy to Advance primary Care Therapeutics)

O projeto IMPACT teve início em 2004 e foi desenhado com base nos resultados e conhecimento ganho com o projeto anterior (SMART). Segundo Dolovich (2012), os aspetos críticos identificados no projeto SMART a mudar neste novo estudo são os seguintes:

- Mais formação para o farmacêutico na forma como colaborar com os médicos;

- Maior apoio ao farmacêutico, nomeadamente no acesso à informação;
- Envolvimento contínuo com o doente e médico, para além de uma consulta apenas;
- Referenciação por parte dos médicos de doentes-alvo para a consulta farmacêutica, com necessidades específicas e não apenas o critério de toma de mais de 5 medicamentos;
- Aposta em consultas regulares e mais frequentes para maior cobertura e eficiência do serviço;
- Maior robustez da intervenção: através da prestação deste serviço de forma contínua; desenvolvimento das competências do farmacêutico para aumentar a sua familiaridade com o trabalho; melhoria do acesso ao conhecimento especializado, à informação e evidência para desenvolver e suportar as recomendações efetuadas a doentes específicos; maior aproveitamento dos recursos farmacêuticos envolvendo mais formação aos doentes e médicos relativamente a *guidelines* e informação sobre medicamentos.

Resultados do projeto IMPACT sugerem que, uma vez integrado nas equipas multidisciplinares, o farmacêutico pode promover uma maior interligação entre farmacêuticos comunitários, farmacêuticos hospitalares, ou farmacêuticos clínicos, ampliando o círculo de cuidados de saúde, promovendo juntamente com outros profissionais de saúde, uma otimização da gestão da terapêutica (Dolovich et al., 2008).

Este projeto IMPACT consistiu na integração de farmacêuticos nas equipas de cuidados primários, para colaboração com o médico de família, dois a três dias por semana. Neste artigo publicado por Dolovich *et al.* em 2008 é descrito detalhadamente o projeto, particularmente os participantes e o modelo desenhado, conceitos incorporados durante o seu desenvolvimento, alguns resultados iniciais, sustentabilidade do modelo e algumas reflexões sobre a sua implementação.

Todos os farmacêuticos que integraram o projeto tinham experiência prévia em farmácia comunitária e em farmácia hospitalar ou cuidados continuados. Os

farmacêuticos tiveram um *workshop* durante dois dias para apoiar a integração inicial, bem como um tutor que apoiou no desenvolvimento de competências clínicas.

Neste estudo foi desenhado um modelo de prática onde são definidos e detalhados os tipos de intervenção a realizar:

- Avaliação da terapêutica do doente, em colaboração com a equipa, para resolver problemas relacionados com os medicamentos. Esta abordagem envolve uma entrevista com o doente e revisão do seu historial clínico; reuniões com a equipa para monitorização da terapêutica efetuando ajustes quando necessário.
- Informação ao doente e profissionais de saúde, incluído o médico, acerca de novas terapêuticas;
- Inclusão noutras atividades práticas de forma a promover a sua integração.

Também no âmbito deste projeto, foi realizado um estudo que avaliou a perspetiva dos médicos relativamente à colaboração na prestação de cuidados, demonstrando que os resultados foram positivos. Foram mencionados benefícios do trabalho conjunto, como uma menor sobrecarga de trabalho do médico uma vez que assuntos como revisão da terapêutica e aconselhamento do doente passaram a ser praticados pelo farmacêutico. Este estudo concluiu que, uma vez integrado nas equipas de saúde, o farmacêutico pode atuar promovendo uma maior interligação entre farmacêuticos comunitários, farmacêuticos hospitalares ou farmacêuticos clínicos, ampliando o círculo de cuidados, proporcionando juntamente com outros profissionais de saúde, uma otimização da gestão da terapêutica (Pottie et al., 2008).

São vários os artigos na literatura que apresentam resultados deste projeto, analisando diferentes aspetos como barreiras e facilitadores à integração do farmacêutico (Jorgenson et al., 2014) ou estudo de competências clínicas desenvolvidas no trabalho em equipa (Pottie et al., 2009).

4.1.2. Austrália

4.1.2.1. Projeto PIPS (The Pharmacists in Practice Study)

Este estudo prospetivo, multicêntrico, foi conduzido em duas clínicas gerais em Melbourne, Austrália, durante o período de Dezembro de 2011 a Janeiro de 2013. Participaram no estudo quatro a cinco médicos clínicos gerais e foi integrado um farmacêutico em cada clínica, durante pelo menos 8h por semana, por um período de 6 meses. Os farmacêuticos que integraram o estudo eram acreditados pelo programa de revisão da terapêutica no domicílio (programa financiado pelo governo, onde o farmacêutico realiza a revisão da medicação dos doentes no domicílio – *Home Medicines Review*). Estes tinham no mínimo 8 anos de experiência nesta área, não tendo recebido formação adicional para integração nestas clínicas (Tan et al., 2012, 2014b).

A intervenção farmacêutica consistiu em realização de consultas de curta e de longa duração, informação sobre medicamentos à equipa e atividades no âmbito da garantia de qualidade. Os doentes encaminhados na consulta de longa duração foram seguidos durante 3 a 6 meses. Foram selecionados utentes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão que constam no quadro seguinte (Tan et al., 2012):

Critérios de inclusão
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de 5 ou mais medicamentos
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de um ou mais medicamentos que requerem monitorização terapêutica (por ex. varfarina, fenitoína ou lítio)
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de medicamentos para três ou mais problemas de saúde
<ul style="list-style-type: none">• História recentemente admissão hospitalar não programada
<ul style="list-style-type: none">• Ter outro motivo para estar em risco de PRMs (p. ex. problemas de adesão à terapêutica, barreira da língua ou múltiplas prescrições)
Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none">• Ter tido nos últimos meses consulta de revisão da medicação ao domicílio (<i>home medicines review</i>) sem alteração significativa do estado clínico ou regime terapêutico
<ul style="list-style-type: none">• Estar impossibilitado de assinar o documento de consentimento informado
<ul style="list-style-type: none">• Ter menos de 18 anos
<ul style="list-style-type: none">• Estar impossibilitado de ser seguido nos 6 meses seguintes ao recrutamento

Quadro 5 – Critérios de inclusão e exclusão para participação no estudo PIPS.

Adaptado de Tan et al. (2012).

Segundo o protocolo do estudo, publicado em 2012, os resultados (*outcomes*) a medir incluíam: número, tipo e severidade dos problemas relacionados com medicamentos (PRMs) identificados e resolvidos, adesão à terapêutica e satisfação do doente. Este protocolo previa também a realização de breves entrevistas estruturadas aos doentes que participam do estudo para avaliar sua experiência com o serviço, bem como avaliação da colaboração e satisfação da equipa.

Resultados deste estudo publicados em 2014 incluíram como *outcomes* primários o número de PRMs identificados pelo farmacêutico e número de PRMs resolvidos ao fim de 6 meses, após consulta farmacêutica. Os *outcomes* secundários incluíam adesão à terapêutica, utilização do serviço e satisfação do utente. Como resultados verificou-se que, em média, foram detetados 2 PRMs por doente, 6 meses após a consulta passou para 0. A adesão à terapêutica aumentou significativamente, no entanto não houve diferenças significativas na utilização dos serviços e a satisfação dos utentes com a consulta farmacêutica foi elevada (Tan et al., 2014b).

4.1.3. USA

4.1.3.1. Medication Management Pilot Study

Este estudo piloto- *Medication Management Pilot Study*- integra o farmacêutico uma vez por semana em 5 clínicas de cuidados primários em Vermont. Neste estudo observacional sem grupo controlo, o farmacêutico presta serviços focados no doente como a gestão da terapêutica e informação aos prescritores âmbito da prescrição. O estudo decorreu entre Janeiro de 2012 e Agosto de 2013. Foram identificados 708 PRMs alguns dos quais relacionados com não adesão à terapêutica, dosagem desajustada, ou necessidade de informação sobre o medicamento. As conclusões deste estudo indicam haver benefícios na integração do farmacêutico nos CSP. Os autores consideram que esta integração é praticável e está associada a uma redução dos eventos adversos ao medicamento, a uma redução de custos e melhoria dos resultados do doente.

4.1.4. Holanda

4.1.4.1. POINT Study (Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team)

Este projeto teve início em 2014 na Holanda e, segundo o protocolo publicado, este estudo teve como objetivo avaliar o efeito que tem a integração do farmacêutico na prática de clínica na segurança farmacoterapêutica dos doentes. A intervenção consistiu na consulta farmacêutica, incluindo revisão da medicação, comparando três modelos de prestação de cuidados farmacêuticos:

- 1) Farmacêutico como parte integrante da equipa de cuidados primários, sem funções de dispensa de medicamentos (*non-dispensing pharmacist*): 10 farmacêuticos integraram 10 equipas, por um período de 15 meses;
- 2) Farmacêutico a exercer em farmácia comunitária, com formação em revisão da terapêutica;
- 3) Farmacêutico a exercer em farmácia comunitária (cuidados usuais de farmácia).

Como *outcome* primário considerou-se o número de admissões hospitalares relacionadas com a medicação ocorridas durante as consultas de seguimento. Como *outcome* secundário foram medidos potenciais erros de medicação e impacto dos custos associados (Hazen et al., 2015).

Paralelamente a este estudo foi conduzido um estudo qualitativo para avaliar a viabilidade da introdução do farmacêutico nas equipas de cuidados primários.

Os resultados deste estudo seriam esperados em 2016, contudo não foram encontrados na literatura até à data. Projeto continua a decorrer.

4.1.5. Reino Unido

4.1.5.1. PINCER Trial (Pharmacist-led Information Technology based Intervention)

Trata-se de um ensaio randomizado realizado em cuidados primários no Reino Unido. O objetivo deste estudo foi determinar a efetividade, custo-efetividade e aceitação da intervenção farmacêutica através de informação baseada na tecnologia, em comparação com o simples feedback (controlo), na redução de potenciais erros de medicação dos doentes. Como *outcome* primário foi determinada a proporção de doentes que ao fim de 6 meses após a intervenção tinham tido algum dos erros clínicos relevantes:

- Prescrição de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) em doentes com história de úlcera péptica sem prescrição de inibidor da bomba de prótons;
- Prescrição de beta-bloqueantes em doentes com histórico de asma; prescrição por tempo prologado de inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECAs);
- Prescrição de diuréticos da ansa a doentes com 75 anos ou mais sem avaliação da ureia e eletrólitos nos 15 meses anteriores.

Foram determinados como *outcomes* secundários outro tipo de erros clínicos relevantes detetados na terapêutica do doente. O custo por erro evitado foi estimado através de uma análise incremental custo efetividade. Entraram no estudo 72 clínicas de medicina geral e familiar com 480 942 doentes.

Após 6 meses de seguimento, os doentes do grupo de intervenção PINCER tinham significativamente menor probabilidade de: ter sido prescrito AINEs tendo história de úlcera péptica sem fazer proteção gástrica; fazer beta bloqueante no caso de ser asmático; ou de fazer um IECA ou diurético da ansa sem monitorização apropriada. Esta intervenção melhorou também as prescrições múltiplas e a monitorização efetuada.

Conclui-se neste estudo que a intervenção PINCER é um método efetivo na redução dos erros de medicação em doentes de elevado risco. O recurso aos sistemas informáticos utilizados pelos médicos de clínica geral para identificação de doentes com

elevado risco, associada à intervenção farmacêutica, poderá reduzir substancialmente os erros de medicação. O ensaio PINCER tem uma probabilidade de custo efetividade de 95% se for pago o valor máximo de 75£ por cada erro evitado, em 6 meses. A informatização dos registos clínicos do doente é um pré-requisito essencial, sendo esta intervenção adequada para implementação noutros países e onde o papel do farmacêutico neste âmbito poderá ser expandido (Avery et al., 2012).

Este modelo contribui assim para uma maior segurança do doente e promovendo modelos de prescrição mais racionais (Mathers, 2016).

4.1.5.2. Clinical Pharmacists in General Practice Pilot

Desde 2015 que o serviço nacional de saúde em Inglaterra, *National Health Service* (NHS), implementou um projeto-piloto que integra farmacêuticos clínicos nas equipas multidisciplinares de cuidados de saúde primários, promovendo o trabalho integrado entre médicos de clínica geral e farmacêuticos. Este projeto possui a colaboração da *Royal Pharmaceutical Society* (RPS) e *Royal college of General Practitioners* (RCGP), *Health Education England* e da *British Medical Association* (BMA) (NHS England, 2015, 2017).

Segundo Avery (2017), este projeto surge numa fase em que se assiste a uma sobrecarga de trabalho para os médicos de família, causada pelo aumento de população particularmente idosa e com patologias complexas, em que os médicos de família dão resposta à prestação de serviços que eram anteriormente prestados em cuidados secundários. Uma das abordagens para combater este problema passa pela utilização das competências de outros profissionais de saúde, particularmente com competências de prescrição, como é o caso dos farmacêuticos no Reino Unido. E foi neste contexto que houve um investimento por parte do NHS para expandir o número de farmacêuticos nas clínicas de cuidados primários.

Este estudo piloto de larga escala teve um investimento inicial do NHS de 31 milhões de libras para o recrutamento de mais de 450 farmacêuticos clínicos em 650 centros de clínica geral, através de 90 projetos-piloto. Segundo a *General Practice Forward View*, existe um compromisso do sistema de saúde em investir mais de 100

milhões de libras, esperando-se que em 2020 haja um farmacêutico para cada 30 mil habitantes, o que levará à integração de 1500 farmacêuticos nas equipas de cuidados primários (NHS England, 2016, 2017).

Este projeto integra farmacêuticos clínicos experientes com competência de prescrição e farmacêuticos clínicos com menos experiência que serão orientados.

O *feedback* inicial do programa piloto em curso descreve os benefícios potenciais para o doente, para o médico e para o serviço de saúde em geral. São alguns dos benefícios descritos:

- Melhoria dos resultados do doente e da sua qualidade de vida;
- Apoio ao doente para uma melhor gestão da terapêutica e identificação de PRMs;
- Redução das admissões hospitalares;
- A existência de farmacêuticos qualificados para renovação da prescrição reduz tanto o tempo de espera do doente pela terapêutica, como a sobrecarga de trabalho do médico;
- Contribuição para uma comunicação mais eficiente e efetiva entre as equipas de saúde.

Os critérios para integração dos farmacêuticos no projeto-piloto foram os seguintes:

- Os candidatos terão que ter uma população mínima de 30 mil habitantes; o Serviço Nacional de Saúde (NHS) é responsável por contratar e financiar a integração do farmacêutico clínico nas equipas de cuidados primários;
- O farmacêutico deverá desempenhar um papel clínico, voltado para a prestação de cuidados ao doente, apoiando a comunidade, inclusive doentes que necessitam de cuidados domiciliários;
- O farmacêutico clínico deve estar totalmente integrado nas equipas de saúde e nas suas práticas, contactando com todos os profissionais de saúde, tendo acesso ao processo clínico do doente e oportunidade de formação prática;
- O farmacêutico fará parte de uma rede de profissionais clínicos e será supervisionado por um farmacêutico e um médico seniores: receberá no

mínimo uma sessão de supervisão por mês com o farmacêutico e, no mínimo, uma sessão de supervisão a cada três meses com o médico (NHS England, 2017).

No âmbito deste projeto foi publicado recentemente um estudo observacional descritivo que efetuou uma análise quantitativa do tempo que os médicos economizam com a intervenção do farmacêutico clínico bem como da poupança a nível financeiro atribuída a esta intervenção (Bush et al., 2017). Uma análise dos dados disponíveis, relativa a um período de 9 meses, revela que 23 farmacêuticos, o equivalente a 5,4 farmacêuticos em tempo integral, incluídos em 49 clínicas, realizaram 23 172 intervenções, 95% das quais foram aceites pelos médicos e serão implementadas. Estima-se uma poupança financeira anual de aproximadamente 1,5 M£.

Para alguns dos projetos analisados encontram-se publicados resultados, pelo que podem observar-se no quadro seguinte de forma resumida (no anexo I encontra-se o quadro mais completo com informação relativa a este quadro):

País	PROJETO	FONTE	RESULTADOS
CANADÁ	SMART	Sellors et al. (2003) Ontário	<ul style="list-style-type: none"> • Identificados em média 2,5 PRMs por doente no grupo de intervenção • Implementação por parte dos médicos de 72,3% das recomendações farmacêuticas • Embora a intervenção não tenha tido efeito nos resultados do doente devido ao curto tempo de estudo, os médicos foram recetivos às recomendações do farmacêutico, indicado que a colaboração entre médico e farmacêutico é praticável.
		Howard et al. (2003) Ontário	<p>Questões a ser avaliadas em projetos futuros incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarificação do papel do farmacêutico e do médico no âmbito de um trabalho conjunto; • Redefinição dos critérios de referenciação dos doentes/ seleção de doentes apropriados ao programa; • Identificação de uma forma mais eficiente de prestar aconselhamento/recomendações; • Desenvolvimento de um mecanismo apropriado de remuneração.

Quadro 6- Resumo dos principais resultados avaliados nos estudos analisados.

País	PROJETO	FONTE	RESULTADOS
CANADÁ	IMPACT	Dolovich et al. (2008) Ontário	<ul style="list-style-type: none"> • Identificados em média de 4,8 PRMs por doente (93,8% dos doentes tinham pelo menos um PRM) • Identificadas 241 RAMs (26,5% dos doentes) • Benefícios percebidos pelo médico: aumento da segurança na prescrição, ganho de uma nova perspetiva, melhoria na formação do grupo como um todo, maior ligação com a farmácia comunitária, maior sentido de pertença à equipa. • Desafios encontrados: necessidade de tempo para perceber melhor o papel do farmacêutico e as suas competências, insuficiente espaço físico.
		Pottie et al. (2008) Ontário	<p>Perspetivas dos médicos de família após 12 meses de trabalho com farmacêuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foram revelados alguns desafios operacionais, mas as questões principais foram resolvidas. • Benefícios clínicos incluíram: informação sobre medicamento, ganho de novas perspetivas, maior segurança na prescrição
		Pottie et al. (2009) Ontário	<p>Relatos da experiência dos farmacêuticos durante um período de 9 meses de integração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorização e contributo concreto para a melhoria do doente; • Sensação poder contribuir muito mais do que o que é solicitado; • Sensação de que o trabalho é muito lento. <p>Os orientadores ajudaram a lidar com a incerteza e algumas complexidades nos cuidados prestados</p> <p>Os farmacêuticos sentiram também que o seu contributo clínico complementar melhorou a perceção tida pelos médicos e motivou-os para assumir novas responsabilidades.</p>
		Jorgenson et al. (2014) Saskatchewan	<p>Sete temas chave emergiram ao descrever as barreiras e facilitadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Relacionamento, confiança e respeito; 2- Definição do papel do farmacêutico; 3-Orientação e suporte; 4-Personalidade do farmacêutico e experiência profissional; 5- Presença e visibilidade do farmacêutico; 6-Recursos e financiamento; 7- Valor do papel do farmacêutico. <p><i>(este estudo, não está diretamente relacionado com o projeto IMPACT mas parte do facto de terem sido identificadas algumas barreiras durante o decorrer deste, para justificar a necessidade de analisar barreiras e facilitadores do processo)</i></p>
USA	MEDICATION MANAGEMENT PILOT STUDY	Kennedy et al. (2012) Vermont	<ul style="list-style-type: none"> • Identificados 708 PRMs • Verificou-se uma poupança de 2,11 C por cada 1,00 £ despendido na remuneração do farmacêutico • 86% das recomendações foram aceites pelo médico

Quadro 6- Resumo dos principais resultados avaliados nos estudos analisados (cont.).

País	PROJETO	FONTE	RESULTADOS
AUSTRÁLIA	PIPS	Tan et al. (2014) Melbourne	<ul style="list-style-type: none"> • Identificados em média 2 PRMs por doente • Aumento da adesão à terapêutica (de 44,1% para 62,7%) • Satisfação global com a consulta farmacêutica
		Tan et al. (2013) Melbourne	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco temas emergiram: ambiente/envolvente; relacionamento profissional e integração; atributos do farmacêutico; benefícios para o utente e equipa e desafios logísticos.
HOLANDA	POINT	Hazen et al. (2015) Utreque Amsterdão	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados esperados em 2016. No entanto não se encontrou publicação dos mesmos na literatura.
		Hazen et al. (2016) Utreque Amsterdão	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudo identificou consensos em várias características no papel do farmacêutico, assim como aspetos organizacionais, financeiros, colaborativos da integração do farmacêutico nos CSP. • Apesar da atribuição de novos papéis profissionais nos cuidados de saúde ser controversa, demonstrou o potencial do farmacêutico como prestador de cuidados e a motivação para colaboração interprofissional. • As maiores controvérsias identificadas relacionam-se com o nível de independência profissional e inovação no desempenho das tarefas (<i>innovation of task performance</i>).
REINO UNIDO	PPINCER	Avery et al. (2012) Nottinghamshire Staffordshire and Central and Eastern Cheshire	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes do grupo de intervenção tinham significativamente menor probabilidade de ter erro clínico associado. • O ensaio PINCER tem uma probabilidade de custo efetividade de 95% se for pago o valor máximo de 75£ por cada erro evitado, em 6 meses.
	CLINICAL PHARMACISTS IN GENERAL PRACTICE PILOT	NHS England (2015) (Projeto-piloto a decorrer com o apoio do NHS, RPS, RCGP, BMA) Reino Unido	<p>O <i>feedback</i> inicial do programa piloto em curso descreve alguns potenciais benefícios para o doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria dos resultados do doente e qualidade de vida; • Apoio na gestão da terapêutica do doente; • Identificação de PRMs; • Redução das admissões hospitalares; • Redução dos tempos de espera pela prescrição (farmacêutico tem atribuída competência de prescrição no Reino Unido); • Aumento da efetividade da terapêutica; • Aumento da efetividade e eficiência da comunicação entre as equipas de saúde.

Quadro 6- Resumo dos principais resultados avaliados nos estudos analisados (cont.).

4.2. Impacto económico da intervenção farmacêutica nos CSP

A falta de clareza relativamente aos objetivos em saúde tem conduzido a abordagens divergentes e a um progresso lento na melhoria do desempenho. A criação de valor para os doentes deverá ser o objetivo principal na prestação de cuidados de saúde, sendo este determinado pelos resultados em saúde alcançados por cada dólar despendido. Assim, “Se o valor melhorar, os doentes, pagadores, prestadores e fornecedores, poderão beneficiar, enquanto a sustentabilidade económica do sistema de saúde aumenta” (Porter, 2010).

Em todo o mundo os sistemas de saúde tentam travar o aumento dos custos e a qualidade desigual e, apesar de gestores e decisores políticos tentarem inúmeras soluções incrementais, não têm tido muito impacto (Porter & Lee, 2013). Para estes autores, deverá haver uma mudança de estratégia, com o foco na maximização do valor para os doentes, de forma a atingir os melhores resultados ao menor custo. Nesse sentido, defendem que o sistema de saúde deverá deixar de ser orientado para a oferta e organizado em torno das necessidades do doente.

A evidência do impacto económico dos serviços farmacêuticos clínicos representa uma fonte importante na decisão de iniciar, defender e expandir estes programas. Contudo, a diversidade de estudos encontrados na literatura, com metodologias diferentes torna difícil esta análise. Apesar disso, verifica-se que os estudos mais recentes apresentam um desenho do estudo mais rigoroso e incluem a comparação com grupos controlo, aspeto chave para comprovar o efeito da intervenção (De Rijdt, Willems, & Simoens, 2008; Schumock et al., 2003).

A maioria dos estudos encontrados na literatura avalia o impacto económico da intervenção farmacêutica em diferentes áreas (como farmácia comunitária, clínicas ou hospitais) não sendo específicos para a intervenção em CSP. Dos projetos-piloto descritos anteriormente, foi possível encontrar a avaliação económica da intervenção no estudo realizado em Vermont (USA) e no Reino Unido, no entanto neste último os dados são relativos a um curto período de tempo, uma vez que o projeto se encontra a decorrer.

Neste capítulo procura-se fazer uma análise de alguns dos estudos que avaliam o impacto económico da prestação destes serviços em cuidados primários¹, nomeadamente os estudos referidos anteriormente e dois estudos realizados em Minnesota, nos EUA.

4.2.1. Reino Unido

Clinical Pharmacists in General Practice Pilot

No Reino Unido foi publicado recentemente um estudo observacional retrospectivo, no âmbito do projeto-piloto *Clinical Pharmacists in General Practice Pilot*, que efetuou uma estimativa do tempo que os médicos economizam com a intervenção do farmacêutico clínico (em atividades como a revisão da medicação, a reconciliação da terapêutica ou consulta de renovação da prescrição) bem como da poupança financeira atribuída esta atividade.

Uma análise dos dados disponíveis, relativa a um período de 9 meses, revela que 23 farmacêuticos (o equivalente a 5,4 farmacêuticos em tempo integral) incluídos em 49 clínicas, realizaram 23 172 intervenções, 95% das quais foram aceites pelos médicos e serão implementadas.

As intervenções efetuadas foram classificadas por tipo de serviço prestado, sendo que os mais frequentes foram: revisão da terapêutica, alteração da medicação; renovação da prescrição, revisão da carta de alta hospitalar, reconciliação da terapêutica, cuidados ao domicílio, envolvimento em campanhas específicas, gestão de doença prologada, monitorização da terapêutica e revisão dos resultados, auditorias e atividade clínica.

Durante este período verificou-se uma poupança de cerca de 1 milhão de libras e estima-se, assumindo uma atividade consistente durante todo o ano, uma poupança financeira anual de aproximadamente 1,5 milhões de libras.

Na tabela 2 pode observar-se o resultado da poupança financeira associada à prestação de serviços como a consulta farmacêutica, revisão ou reconciliação da

¹ Para a apresentação dos resultados económico-financeiros optámos por não realizar conversões cambiais, sendo os resultados apresentados na moeda do país onde foram realizados.

terapêutica e renovação da prescrição médica, durante o período de setembro a dezembro de 2017.

Outra análise efetuada para o período de abril a dezembro de 2015 considerando um maior leque de intervenções farmacêuticas efetuadas, como gestão da doença crónica, revisões específicas da terapêutica ou envolvimento em campanhas específicas revelou uma poupança de 1 079 084 £. As conclusões deste estudo sugerem que o farmacêutico clínico integrado nos CSP poderá realizar intervenções de forma eficiente e em grande volume, gerando um considerável retorno sobre o investimento (Bush et al., 2017).

Atividade	Nº de consultas com médico de família evitadas	Tempo poupado ao médico de família (h)	Resultado da poupança financeira (£)
Consulta farmacêutica do doente	628	122,5 ¹⁾	27 632 ²⁾
Revisão / reconciliação da terapêutica	---	272,9	38 199 ³⁾
Gestão da renovação da prescrição	---	374,2	52 383 ³⁾
Total	628	769,6	118 214

Tabela 2 – Tempo poupado pelo médico de família e poupança financeira atribuída à prestação de serviços farmacêuticos clínicos. Período de Setembro a Dezembro de 2015, nas clínicas em Dudley, Reino Unido.

Adaptado de Bush et al. (2017).

¹⁾ Com base numa média de tempo de consulta de 11,7 min., como estabelecido pelo *GP Workload survey* e reportado em *Unit Costs of Health and Social Care 2015*.

²⁾ Com base no custo unitário de £ 44 por uma consulta médica de 11,7 min., como reportado em *Unit Costs of Health and Social Care 2015*.

³⁾ Com base no custo unitário de uma 1h de atividade do médico de clínica geral, considerando o valor de £ 140 como reportado em *Unit Costs of Health and Social Care 2015*.

4.2.2. EUA

Programa de gestão da terapêutica- *Medication Therapy Management (MTM)*

Nos EUA há alguns anos que o farmacêutico tem vindo a afirmar o seu papel na melhoria dos resultados clínicos e qualidade de vida do doente, através da prestação de serviços farmacêuticos clínicos nos cuidados primários (Truong et al., 2017).

Desde 2003 que tem vindo a ser implementado o programa de gestão da terapêutica designado *Medication Therapy Management (MTM)*, programa que segue a

filosofia dos “cuidados farmacêuticos” e consiste na prestação de cuidados ao doente envolvendo a tomada de decisões terapêuticas, sendo coordenado por farmacêuticos, médicos e outros profissionais de saúde (Isetts et al., 2008).

O programa de gestão da terapêutica pode melhorar os resultados clínicos, adesão à terapêutica, segurança terapêutica e reduzir a despesa em saúde e é prestado em beneficiários elegíveis em determinados de planos de saúde (De Oliveira et al., 2010; Isetts et al., 2008).

Resultados clínicos e económicos do programa MTM em Minnesota

Um projeto desenvolvido em clínicas no Minnesota avaliou os resultados clínicos e económicos do programa de gestão da terapêutica, prestado por farmacêuticos em beneficiários do plano de saúde *BlueCross BlueShield*.

Neste estudo são reportados dados prospetivos de um ano de intervenção e um ano de período retrospectivo, que serviu como controlo histórico.

Relativamente aos resultados clínicos obtidos, 78% dos PRMs identificados foram tratados sem intervenção médica, 22% com colaboração com o médico ou outro prestador de cuidados de saúde. Na tabela 3 pode observar-se a distribuição dos PRMs identificados, por categoria:

Categoria e tipo de problemas relacionados com medicamentos	Nº de problemas identificados (%)
Indicação	254 (39,9)
Necessidade de terapêutica adicional	216 (33,9)
Terapêutica não necessária	38 (6,0)
Efetividade	201 (31,6)
Terapêutica não eficaz	74 (11,6)
Dosagem baixa	127 (19,9)
Segurança	121 (19,0)
Reação adversa ao medicamento	90 (14,1)
Dosagem muito elevada	31 (4,9)
Não adesão	61 (9,6)
Total de PRMs	637 (100)

Tabela 3- Distribuição dos PRMs identificados por categoria. Adaptado de Isetts et al. (2008).

Neste estudo foi efetuada uma comparação da despesa por doente antes e após intervenção farmacêutica, tendo-se verificado uma redução de 31,5% na despesa, de

11,965.27 dólares para 8,197.33 dólares por doente. A despesa total em saúde no grupo de intervenção foi reduzida em 31,5%, de 2,225,539.88 dólares para 1,524,702.75 dólares no ano após a intervenção. Verificou-se uma redução total da despesa anual em saúde no grupo de intervenção de 700,837 mil dólares, o equivalente a 3,678 mil dólares por pessoa por ano (Isetts et al., 2008).

Resultados de 10 anos do programa MTM no sistema de saúde

Este estudo de larga escala avaliou o impacto da intervenção farmacêutica em Minnesota por um período de 10 anos, através do programa de gestão da terapêutica do doente (*MTM*), no âmbito do serviço *Fairview Pharmacy Services*, uma subsidiária da organização prestadora de cuidados saúde *Fairview Health Services*. Este programa foi oficialmente reconhecido pelo governo federal como um serviço a prestar aos beneficiários elegíveis no âmbito dos diferentes planos de saúde, como *Medicare* ou a *Medicaid*.

Os resultados de uma avaliação feita por um período de 10 anos sugerem que a integração deste programa no sistema de saúde está associada a uma melhoria dos resultados clínicos do doente e uma elevada poupança de custos.

Resultados deste estudo indicam ainda que 85% dos doentes têm pelo menos PRM e 29 % tem 5 ou mais PRMs. O maior problema relacionado com medicamentos na população tem que ver com a subutilização de doses terapêuticas. Dos 28,631 PRMs identificados e tratados através do programa de gestão da terapêutica, o mais frequente é a necessidade de terapêutica adicional (28,1%) e utilização de dose subterapêutica (26,1%). Na tabela 4 pode observar-se os PRMs identificados e tratados pelo farmacêutico no âmbito do programa:

	Categoria de problemas relacionados com medicamentos	Nº de problemas identificados (%)
Indicação	Terapêutica não necessária	2.196 (5,7)
	Necessidade de terapêutica adicional	10.870 (28,1)
Efetividade	Terapêutica não eficaz	3.387 (8,8)
	Dosagem baixa	10.100 (26,1)
Segurança	Reação adversa ao medicamento	3.197 (8,3)
	Dosagem muito elevada	2.502 (6,5)
<i>Compliance</i>	Não adesão	6.379 (16,5)
	Total	38.631 (100)

Tabela 4- Distribuição dos PRMs identificados por categoria. Adaptado de Oliveira, Brummel e Miller (2010).

Estima-se que os serviços prestados pelo farmacêutico através deste programa durante o período de 10 anos promoveram uma poupança de custos ao sistema de saúde de 2.913,850 dólares e o custo do programa de gestão da terapêutica –MTM- teve um custo total de 2.258,302 dólares, com um retorno sobre o investimento estimado de \$1.29 por cada \$ despendido no serviço (De Oliveira et al., 2010).

Projeto-piloto de Gestão da Terapêutica em Vermont

Este estudo piloto descrito anteriormente integra o farmacêutico uma vez por semana em 5 clínicas de cuidados primários em Vermont. Trata-se de um estudo observacional sem grupo controlo, onde o farmacêutico presta serviços focados no doente como a gestão da terapêutica e informação aos prescritores âmbito da prescrição. Na tabela 5 pode observar-se os PRMs identificados pelo farmacêutico no âmbito da intervenção em 5 clínicas de CSP durante o período de 6 meses.

Problema relacionado com o medicamento	Nº (%)
Dosagem muito elevada	150 (21,2)
Não adesão à terapêutica	105 (14,8)
Terapêutica não necessária	100 (14,1)
Necessidade de intervenções específicas	96 (13,6)
Necessidade de terapêutica diferente	72 (10,2)
Necessidade de informação sobre a terapêutica	53 (7,5)
Necessidade de terapêutica adicional	50 (7,1)
Questões relacionadas com os medicamentos	39 (5,5)
Reação adversa ao medicamento	24 (3,4)
Dosagem muito baixa	19 (2,7)
Total de PRMs	708 (100)

Tabela 5- Distribuição dos PRMs identificados por categoria. Adaptado de Kennedy et al (2015).

Resultados do modelo de avaliação de custos sugerem uma economia de 2,11 dólares por cada dólar despendido com o farmacêutico. Neste estudo, para o cálculo dos custos foram utilizados como referência os dados do estudo de Lee et al. (2003), *Clinical and Economic recommendations in Veterans Affairs medical center*. Na tabela seguinte pode observar-se a economia de custos com base nas recomendações farmacêuticas aceites pelo médico (Kennedy et al., 2015).

Recomendações	Economia de custos por recomendação (\$)	N	Total de custos economizados (\$)
Gestão de diagnóstico não tratado	1923,08	61	117.308
Prevenção ou gestão de evento adverso a medicamentos	696,94	128	89.208
Média de qualquer intervenção	568,21	168	95.459
Gestão de interação medicamentosa	412,18	54	22.258
Ajuste de dose ou frequência da terapêutica	375,77	100	37.577
Redução de terapêutica duplicada	175,53	1	176
Descontinuação de terapêutica não indicada	94,92	117	11.106
Aconselhamento	0.00	30	0
Total		659	373.092

Tabela 6- Estimativa de custos economizados com as recomendações farmacêuticas efetuadas. Adaptado de Kennedy et al (2015).

Na tabela seguinte pode observar-se um resumo dos estudos analisados:

Estudo	Período de avaliação	Intervenção	Total poupança de custos
Isetts et al. (2008) Minnesota	12 meses	285 Intervenções 637 PRMs identificados e resolvidos <i>(Farmacêuticos prestam serviços de gestão da terapêutica a beneficiários da seguradora de saúde)</i>	700.837, 13 \$ (Redução da despesa em 31,5%: de 2,225,539.88 \$ para 1,524,702.75 \$)
Oliveira, Brummel e Miller (2010) Minnesota	10 anos	38.631 PRMs identificados e resolvidos <i>(Farmacêuticos prestam serviços de gestão da terapêutica a beneficiários da seguradora de saúde)</i>	No período de 10 anos estimou-se uma poupança de custos de 2,913,850 \$ por cada 2,258,302 \$ gasto nos serviços farmacêuticos prestados ROI* = 1,29 \$ por cada \$ gasto
Kennedy et al. (2015) Vermont	6 meses	708 PRMs identificados em 5 clínicas CSP	Total de poupança de custos associada às recomendações farmacêuticas efetuadas: 373,092 \$ ROI* = 2,11 \$ por cada \$ gasto
Bush et al. (2017) Reino Unido	4 meses	628 Consultas evitadas pelo médico (renovação da prescrição pelo farmacêutico)	118 214 £
	9 meses	23 172 Intervenções (95%) resolvidas	1 079 084 £

Tabela 7- Tabela resumo de alguns estudos de impacto económico das intervenções farmacêuticas descritos na literatura.

ROI (*Return on Investment*) -Retorno sobre o investimento, calculado com base na poupança de custos devido à intervenção farmacêutica e o valor da remuneração do farmacêutico.

Como referido anteriormente, existe alguma dificuldade em comparar os diversos estudos devido às diferentes metodologias utilizadas, períodos de intervenção e tipos de intervenção diferentes. Será necessário o desenvolvimento de mais estudos de avaliação de impacto económico, comparáveis no que respeita à metodologia utilizada, tipo de intervenção efetuada e períodos de intervenção, para permitir uma maior robustez da análise. Contudo, da análise dos estudos descritos pode concluir-se que a prestação de serviços farmacêuticos em CSP, incluindo a revisão e reconciliação da terapêutica ou a informação sobre medicamentos ao doente à equipa de saúde, está associada a uma redução de custos.

Na figura seguinte pode observar-se um esquema resumo dos custos associados à implementação deste modelo de prática bem como das consequências que poderão daí advir:

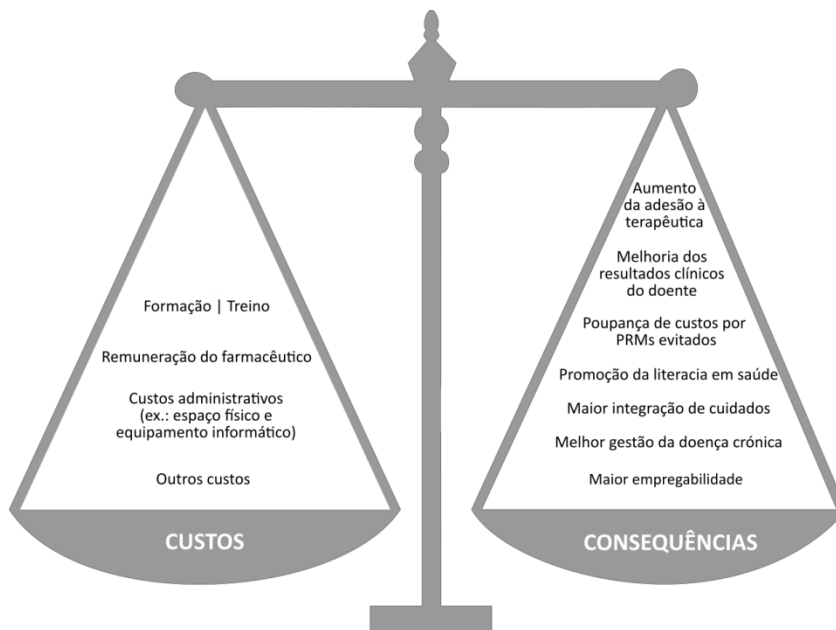


Figura 8 – Análise dos custos e consequências associados à integração do farmacêutico nos CSP.

Ambos têm que ser pesados mas o que se pretende é que a balança tenda para o lado das consequências, isto é que o “ganho” associado a implementação deste modelo de prática seja superior aos custos da sua implementação.

Importa salientar que algumas das potenciais consequências da implementação deste modelo vão ao encontro daquilo que são os objetivos do programa do governo da

atual legislatura relativamente à saúde, descritos no projeto “SNS + Proximidade”, nomeadamente a promoção da literacia em saúde, maior integração de cuidados e melhor gestão da doença crónica.

5. Fatores críticos contextuais para o sucesso do modelo

5.1. Barreiras e facilitadores

Vários estudos descritos anteriormente indicam que o farmacêutico integrado nos CSP pode prestar uma variedade de intervenções de valor acrescentado, sobretudo ao nível do processo de uso dos medicamentos e gestão da doença crónica, contribuindo para a melhoria dos resultados observados no doente, prestando ainda de informação sobre medicamentos à equipa de saúde (Bush et al., 2017; Farrell et al., 2013; Hazen et al., 2016; Kennedy et al., 2015; Tan et al., 2014c, 2014b).

Contudo, os farmacêuticos encontram frequentemente algumas barreiras à sua integração, como a indefinição do seu papel na equipa, falta de apoio e orientação no processo de integração nas equipas, falta de formação ou de experiência, falta de recursos ou espaço e falta de valorização e visibilidade (Farrell et al., 2008; Freeman et al., 2012; Jorgenson et al., 2014; Pottie et al., 2008; Tan et al., 2014a).

São igualmente identificados alguns facilitadores no processo de integração, como a existência de um relacionamento prévio com os profissionais da equipa que, num quadro de respeito e confiança, é visto como um importante facilitador do sucesso da integração (Jorgenson et al., 2014; Tan et al., 2014a). Outro facilitador referido por Jorgenson et al. (2014), e não mencionado nos outros estudos, tem que ver com a personalidade: farmacêuticos mais motivados, assertivos e confiantes têm menos dificuldades em integrar a equipa, ultrapassam mais facilmente as barreiras ao tomar a iniciativa em estabelecer relacionamento com a equipa e definir as suas responsabilidades (Jorgenson et al., 2014).

A experiência profissional e a formação do farmacêutico são igualmente considerados como um facilitador da sua integração, uma vez que estes consideram o processo de integração nas equipas mais fácil.

A própria perceção que os farmacêuticos têm do seu papel nos CSP é afetada pela sua experiência prévia. No Reino Unido, um recente estudo qualitativo revelou que farmacêuticos com mais experiência e qualificação parecem estar associados a uma maior

autoconfiança e vontade em aceitar mais responsabilidades, no que respeita a cuidados a prestar ao doente (Butterworth et al., 2017).

O financiamento dos projetos-piloto e remuneração do farmacêutico aspetos são igualmente apontados nestes estudos, como um fator relevante neste processo, podendo ser considerado uma barreira ou facilitador, dependendo da circunstância (Freeman et al., 2012; Jorgenson et al., 2014; Tan et al., 2014a).

Segundo Tan *et al.* (2013) alguns estudos exploram opiniões de participantes que não experienciaram o trabalho prático com farmacêutico nos CSP, pelo que as opiniões expressas poderão ser baseadas em presunções pessoais, mais do que numa experiência real. Este estudo acrescenta que a preocupação expressa com o efeito negativo que o este novo papel do farmacêutico pode ter na relação com o médico não é observada pelos participantes que já experienciaram o trabalho conjunto.

Os resultados deste estudo sugerem ainda que a localização do farmacêutico nos CSP e o ambiente interdisciplinar promovem a comunicação e colaboração, quando comparado com os serviços prestados em farmácia comunitária ou por farmacêuticos independentes.

São referidos como atributos importantes para o sucesso da integração do farmacêutico a flexibilidade, proatividade e empatia. A falta de espaço, a falta de tempo por parte da equipa, ou o reduzido número de horas que o farmacêutico presta serviços nas clínicas, foram algumas das barreiras mencionadas (Tan et al., 2013). Contudo, verifica-se que este estudo refere na sua metodologia apenas um participante farmacêutico com experiência prévia de relação de trabalho com os CSP, não se encontrando contudo integrado neste local.

Este parece ser um critério a ter em conta na metodologia em investigações futuras. A análise das opiniões de participantes que tenham experienciado um trabalho conjunto será um aspeto importante a considerar, uma vez que as barreiras e facilitadores percebidos por estes indivíduos poderão ser diferentes da perceção que têm os indivíduos que não experienciaram esta prática.

No quadro 7 pode observar-se algumas das barreiras e facilitadores identificados na literatura.

Integração do Farmacêutico nos CSP

Barreiras	Facilitadores
<ul style="list-style-type: none">• Indefinição do seu papel na equipa• Falta de apoio e orientação no processo de integração• Falta de formação ou de experiência• Falta de recursos ou espaço• Falta de valorização e visibilidade• Ausência de remuneração ou financiamento• Nº reduzido de horas nos CSP• Dificuldade de acesso à informação clínica do doente• Falta de tempo por parte da equipa	<ul style="list-style-type: none">• Existência de um relacionamento prévio com os profissionais da equipa• Personalidade do farmacêutico: motivação, assertividade, confiança, proatividade, flexibilidade e empatia• Experiência profissional prévia em CSP• Formação na área clínica• Facilidade de comunicação com o médico por partilha do mesmo espaço físico• Remuneração

Quadro 7- Resumo das barreiras e facilitadores à Integração do Farmacêutico nos CSP identificados na literatura.

Muitas destas barreiras podem ser mitigadas se o farmacêutico se encontrar preparado para a integração nas equipas (Jorgenson, Dalton, Farrell, Tsuyuki, & Dolovich, 2013). Porém, estudos mais recentes sugerem que o farmacêutico continua a deparar-se com essas mesmas barreiras, apesar de se encontrarem bem descritas na literatura (Jorgenson et al., 2014).

5.2. Linhas de orientação para o sucesso da integração do farmacêutico nos CSP

Com o intuito de ultrapassar estas barreiras, em 2013 Jorgenson et al. elaboraram linhas de orientação (*guidelines*) onde propõem recomendações que dão suporte ao farmacêutico para uma integração com sucesso nas equipas já existentes de cuidados primários (Jorgenson et al., 2013). Com base na evidência da literatura revista, os autores elaboraram 10 recomendações, classificadas em função da robustez da recomendação, que se serão descritas em seguida:

1. **Determinar as necessidades e prioridades da equipa e dos seus doentes** (nível de recomendação: 1,8). Cada equipa tem necessidades e população únicas, portanto o farmacêutico deverá investir tempo para conhecer bem a equipa que vai integrar. Deste modo, poderá prestar serviços farmacêuticos que acrescentam valor, o que será um passo importante para a definição clara do seu papel. O farmacêutico deverá recolher informação relevante, nomeadamente: saber quais as doenças crónicas mais frequentes na população, quais os principais problemas relacionados com medicação com que a equipa se depara e existência de programas ou prestação de serviços que possam beneficiar de apoio do farmacêutico.
2. **Descrição da profissão farmacêutica** (nível de recomendação: 1,6). Este é considerado pelos autores como o passo seguinte depois de se determinarem as necessidades e prioridades da equipa, que servirá de guia ao farmacêutico nas atividades onde se deverá focar. Deverá existir uma clara definição das funções e responsabilidades inerentes ao farmacêutico, bem como um equilíbrio entre as suas competências e experiência e as necessidades e prioridades da equipa e dos seus doentes.
3. **Descrição detalhada à equipa acerca do papel do farmacêutico** (nível de recomendação: 1,9). Considerado como um aspeto fundamental na integração do farmacêutico; todos os elementos da equipa deverão saber quais as suas funções.

4. **Conhecimento das funções dos outros membros da equipa_** (nível de recomendação: 1,5). É igualmente importante compreender quais as funções e responsabilidades dos restantes profissionais na equipa.
5. **Garantir as infraestruturas clínicas necessárias para o desempenho das funções** (nível de recomendação: 1,7). Neste ponto será essencial o acesso à informação clínica do doente bem como às fontes de informação clínicas e sobre medicamentos.
6. **Garantir visibilidade e acessibilidade** (nível de recomendação: 1,7). A presença em reuniões, por exemplo, é um aspeto importante que cria oportunidade para comunicação, aumenta a sua segurança e oportunidade de ganhar a confiança e reconhecimento da equipa.
7. **Garantir que se possui as competências necessárias** (nível de recomendação: 1,8). A prática em cuidados primários requer competências e experiência únicas, o que será um desafio até para os farmacêuticos mais experientes, que muitas vezes necessitam de realizar formação adicional.
8. **Prestar cuidados de forma proactiva e tomar responsabilidade pelos resultados do doente** (nível de recomendação: 1,7). Segundo a literatura, o farmacêutico pode ter duas abordagens diferentes: atuar de forma reativa, respondendo questões sobre medicamentos, colocadas pelo médico ou atuar de forma proactiva, participando nas decisões relativas ao doente, tomando a responsabilidade pelos seus resultados, procurando oportunidades de melhoria. Nesta segunda abordagem, o farmacêutico não aguarda que o doente seja referenciado pelo médico, ou que sejam colocadas questões mas, de forma proactiva identifica doentes que necessitem de cuidados, dá formação aos outros membros da equipa sobre como prestar os melhores cuidados relacionados com medicamentos. Considerando que este papel proactivo está relacionado com níveis mais elevados de colaboração interprofissional e maior sucesso na integração do farmacêutico (Farrell et al., 2013), os autores Jorgenson et al., (2013) consideram esta a melhor abordagem.

9. **Procurar obter um *feedback* da equipa regularmente** (nível de recomendação: 1,1). É importante receber feedback dos elementos da equipa, acerca de pontos fortes e pontos fracos e sugestões para otimizar o seu trabalho do farmacêutico. Isto poderá se alcançado através da realização de questionários ou discussões informais com os membros da equipa e administradores.
10. **Estabelecer e manter relacionamento interprofissional** (nível de recomendação: 1,9). Os autores recomendam o estabelecimento de fortes laços profissionais para uma integração bem-sucedida nas equipas. Também é recomendado que seja ouvida a opinião dos utentes.

Neste documento é igualmente mencionado pelos autores a importância de se ter a perceção de que o processo integração não ocorre de forma célere, sendo necessário persistência e ter-se expectativas realistas. Características inerentes à personalidade, como assertividade e autoconfiança, são ainda mencionados como importantes fatores de sucesso neste processo.

Em 2016, estas *guidelines* foram revistas por Barry A.R. e Pammett R. T., que concluíram estas recomendações desempenham um papel importante no sucesso da integração em cuidados primários, reforçando o foco no relacionamento entre profissionais e na demonstração de valor do farmacêutico (Barry & Pammett, 2016).

É possível que a identidade do farmacêutico possa mudar com a integração nos CSP e com aquisição de novos papéis, haverá desafios a enfrentar nomeadamente aceitação por parte dos membros da equipa (Sims & Campbell, 2017).

5.3. Competências clínicas e formação prática

Com o desenvolvimento deste novo papel do farmacêutico no contexto dos CSP, as competências clínicas são igualmente um importante fator a ter em conta no sucesso desta integração.

Na análise dos diferentes modelos de integração é importante considerar as diferenças existentes entre os sistemas de saúde de cada país, bem como as responsabilidades atribuídas ao farmacêutico.

Em Portugal, tal como na Holanda, o enquadramento legal da atividade farmacêutica não prevê funções de prescrição de medicamentos, contrariamente ao que acontece no Reino Unido, Canadá e EUA, onde está prevista a função de prescrição de medicamentos pelo farmacêutico.

Já na Austrália, está prevista a prescrição farmacêutica de um grupo específico de medicamentos, designados *over-the-counter* isto é, os medicamentos que não estão sujeitos a receita médica (MNSRM).

Segundo Bond (2015) a nível hospitalar o papel da farmácia clínica está bem instituído há muitos anos, sendo agora altura de o estabelecer também no contexto dos CSP (Bond, 2015).

Sims and Campbell (2017) defendem também que estas iniciativas onde o farmacêutico que presta cuidados ao doente no âmbito dos cuidados primários, requerem a extensão das suas competências clínicas que, adicionadas à experiência que já detém sobre o medicamento, permitem o desenvolvimento de novas funções.

Estas novas funções permitirão assumir a responsabilidade de realizar avaliação do doente e contribuir para as decisões clínicas, diminuindo a sobrecarga dos médicos. (Sims & Campbell, 2017).

Nos Estados Unidos está bem presente a figura do farmacêutico clínico, que num trabalho conjunto com médicos e outros profissionais de saúde, contribui para os melhores resultados em saúde e para uma melhor coordenação de cuidados. O farmacêutico clínico pode ser encontrado em hospitais, em clínicas de ambulatório, nas farmácias comunitárias, clínicas médicas, lares ou seguradoras. O farmacêutico clínico possui competências clínicas para esta prática, sendo necessária formação avançada e especializada, acreditada para a prestação destes cuidados ao doente (ACCP, 2014).

Relativamente à formação necessária para integração dos CSP, verifica-se que a grande parte dos farmacêuticos que integra os projetos tem algum nível de formação específica na área de farmácia clínica e a experiência prévia é maioritariamente em farmácia comunitária, como podemos observar no quadro seguinte:

Projeto	Fonte	Requisitos para integrar o projeto
SMART	Sellors, J. et al. (2003)	Os farmacêuticos que integraram este projeto são farmacêuticos comunitários com formação especializada <i>-specially trained expanded role pharmacists –ERPs</i> .
IMPACT	Dolovich et al. (2008)	Todos os farmacêuticos que integraram o projeto IMPACT tinham experiência prévia em farmácia comunitária e também na área hospitalar ou em cuidados continuados. Os farmacêuticos tiveram 2 dias de formação (<i>workshop</i>) para assegurar a transição para este ambiente de prática. Processo de seleção estruturado que enfatiza as competências de comunicação e pensamento crítico, e a demonstração de motivação para inovação na prática.
Medication Management Pilot Study	Kennedy et al. (2015)	Os farmacêuticos não necessitavam ter experiência ou formação em cuidados de ambulatório para integrar o projeto
PIPS	Tan et al. (2014)	Os farmacêuticos que integraram o projeto eram acreditados pelo programa de revisão da terapêutica no domicílio (<i>Home Medicines Review</i>). Tinham no mínimo 8 anos de experiência na área, não tendo recebido formação adicional para integração nestas clínicas.
POINT	Hazen et al. (2015)	Todos os farmacêuticos que integraram este projeto tinham Mestrado em Farmácia e preferencialmente tinham experiência prévia na prestação de cuidados farmacêuticos. Adicionalmente, no processo de seleção era valorizado: -competências de comunicação e colaboração; -conhecimento em farmacoterapia; -empatia; -capacidade de autorreflexão; -capacidade de inovação.
PINCER	Avery et al. (2012)	Os farmacêuticos que integraram este estudo tinham formação de base na área de farmácia clínica pela Universidade de Manchester ou de Nottingham. Os farmacêuticos pertencentes ao grupo de intervenção tiveram formação para utilização das técnicas e para medição dos resultados com base na evidência.
Clinical Pharmacist in General Practice Pilot	NHS (2017)	<u>Integram este projeto:</u> -Farmacêuticos clínicos com no mínimo 2 a 3 anos de experiência, que poderá ser em farmácia comunitária ou hospitalar; - Farmacêuticos seniores, com 4 a 6 anos de experiência, idealmente em CSP -Deverão ter formação em farmácia clínica ou na área de farmácia comunitária e, no caso dos farmacêuticos seniores, a formação nas áreas descritas deverá ser pós-graduada (<i>masters</i>). - Os farmacêuticos que integram o estudo terão formação para adquirir competências de prescrição.

Quadro 8 – Resumo dos requisitos necessários à integração do farmacêutico nos diferentes projetos.

5.4. Colaboração interprofissional

Os CSP são o pilar central do sistema de saúde, que responde a necessidades da população cada vez mais complexas, onde o profissional por si só não consegue dar resposta, tornando-se essencial promover uma melhor e mais eficiente colaboração interprofissional. Os autores Samuelson et al. (2012) definem colaboração interprofissional como sendo uma cooperação de diversos profissionais de saúde, associando competências e conhecimento complementares tornando possível o melhor uso dos recursos em CSP. A colaboração interprofissional é particularmente importante na gestão da doença crónica, em situações que envolvem múltiplos problemas de saúde, mas também na prevenção e promoção da saúde.

Segundo Samuelson et al. (2012), no artigo que expõe a posição do Fórum Europeu de Cuidados Primários (*Position Paper of the European Forum of Primary*), a colaboração é muito facilitada quando os profissionais trabalham juntos na mesma organização ou estabelecem um relacionamento contínuo.

Neste Fórum são consideradas outras condições que podem facilitar ou dificultar essa colaboração, que estão relacionadas com:

- **A formação dos profissionais** - formação curricular que incentive a colaboração entre diferentes profissionais, nomeadamente através da criação de cadeiras comuns a diversos profissionais de saúde;
- **Os recursos humanos e estrutura ocupacional no sistema de saúde**- as políticas de recursos humanos devem promover o melhor uso da equipa disponível, promovendo a integração na equipa de saúde. No entanto, o relacionamento dos diferentes profissionais caracteriza-se por diferenças no *status* social e profissional, autonomia clínica e poder económico e social. Estas diferenças variam muito entre os sistemas de saúde da Europa, sendo mais fácil a colaboração interprofissional quando existe uma menor diferença entre a posição ocupada pelos profissionais. Neste fórum é salientada a importância de haver um equilíbrio entre o poder das diferentes profissões e de os novos papéis profissionais serem mutuamente reconhecidos.

- **Diversidade de competências (*skill-mix*) a diferentes níveis-** É importante associar nas equipas profissionais com diferentes de competências para que se possam observar benefícios da colaboração interprofissional; deve ainda refletir as necessidades da população local.

Existem ainda fatores contextuais que podem melhorar a colaboração em CSP como fatores económicos, regulamentares e legais e formação (Samuelson et al., 2012).

5.4.1. Modelo de colaboração interprofissional D'Amour

Este modelo de colaboração interprofissional desenvolvido por D'Amour et al. (2008) tem base na sociologia organizacional e consiste em quatro dimensões interrelacionadas que incluem: visão e objetivos compartilhados; internalização; formalização e governação (figura 9):



Figura 9- Quatro dimensões do modelo de Colaboração de D'Amour. Adaptado de D'Amour (2008).

Este modelo é baseado na premissa de que os profissionais pretendem trabalhar em conjunto para prestar os melhores cuidados. Contudo, ao mesmo tempo, têm os seus interesses e querem manter o seu grau de autonomia e independência. Este modelo sugere que a colaboração pode ser analisada em 4 dimensões e 10 indicadores associados. Como se pode observar na figura 9, duas dimensões envolvem

relacionamento entre indivíduos (visão e objetivos compartilhados e internalização) e outras duas dimensões (formalização e governança) envolvem a organização (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008).

Um estudo qualitativo realizado por Tan et al. (2013), que analisa o processo de integração do farmacêutico nos CSP, utilizou o modelo de colaboração de D'Amour para explicar os resultados obtidos e o sucesso na integração do farmacêutico.

Neste estudo foi também utilizado o modelo de Inovação de Rogers (1983) na análise dos resultados. Considerou-se pertinente descrever a explicação das dimensões do modelo através dos resultados deste estudo, para melhor compreender o enquadramento do modelo de D'Amour. Este estudo explorou as experiências e perspetivas da equipa, dos farmacêuticos e utentes relativamente aos serviços prestados pelo farmacêutico (revisão da medicação, realização de formação para a equipa e para o utente, informação sobre medicamentos e prestação de serviços de garantia de qualidade), durante um período de 6 meses (Tan et al., 2013).

As 4 dimensões descritas neste modelo de colaboração interprofissional de D'Amour são utilizadas na avaliação qualitativa dos resultados deste estudo de Tan et al. (2013). A dimensão de "objetivos comuns e visão" foi alcançada através do propósito comum aos farmacêuticos e médicos que consiste em prestar o melhor cuidado ao doente; através da melhoria da gestão da terapêutica. A dimensão da "internalização", que se caracteriza pelo desenvolvimento de confiança e reconhecimento mútuo, é explicada através do processo de integração do farmacêutico e estabelecimento de uma relação com a equipa e com os doentes. A dimensão de "formalização", que se caracteriza por "clarificar expectativas e responsabilidades" (D'Amour et al., 2008), é realçada pelo papel do farmacêutico centrado na gestão da terapêutica, permitindo à equipa a partilha de funções e cuidados a prestar ao doente. A partilha de informação é também facilitada pelo ambiente de partilha disciplinar. A quarta dimensão, "governança", que se caracteriza pelas funções de liderança, que orientam os profissionais na implementação de práticas interprofissionais e organizacionais inovadoras, é explicada neste estudo pelo papel dos gestores de diretores clínicos que apoia, o trabalho em equipa e a inovação (D'Amour et al., 2008; Tan et al., 2013).

5.4.2. Modelo de colaboração interprofissional de Mcdonough and Doucette -Collaborative Working Relationship model (CWR)

Segundo Mcdonough and Doucette (2001), a colaboração entre os diversos profissionais de saúde, com competências e formação especializada, permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente. O farmacêutico, por exemplo, pode dar o seu contributo à equipa de saúde nas necessidades de melhoria da terapêutica do doente na área de autocuidados de saúde. Porém, para otimizar este processo, estes profissionais terão que aprender a trabalhar de forma colaborativa, como membros de uma equipa multidisciplinar (Mcdonough & Doucette, 2001).

Nos EUA há já alguns anos que os farmacêuticos começaram a integrar os seus serviços na prática médica, através de protocolos de colaboração com os médicos, designados *Collaborative Practice Agreements* (CPAs) (Ferro et al., 1998). Segundo Mcdonough and Doucette (2001), apesar de importantes para o sucesso desta integração, este tipo de acordos representa uma fase mais tardia na relação entre o médico e o farmacêutico, que muitos farmacêuticos ainda não atingiram. Apesar de mais de 50 estados possuírem algum tipo de estatuto ou regulamentação relativamente aos protocolos de gestão da terapêutica (*Collaborative drug therapy management*), segundo os autores, na realidade poucos farmacêuticos integram esse tipo de colaboração. Estes autores sugerem que, antes do farmacêutico atingir o nível no qual é possível estabelecer os ditos protocolos de colaboração (CPAs), é necessário que se estabeleça uma boa relação de trabalho com o médico.

Para isso, Mcdonough and Doucette (2001) elaboraram um modelo constituído por várias fases de desenvolvimento da relação interprofissional entre farmacêuticos e médicos - *Collaborative Working Relationship model*- CWR (figura 10), onde são dadas sugestões para atingir cada fase. Numa revisão sistemática de modelos de colaboração interprofissional entre o farmacêutico comunitário e o médico, este modelo é considerado o mais utilizado (Bardet, Vo, Bedouch, & Allenet, 2015).

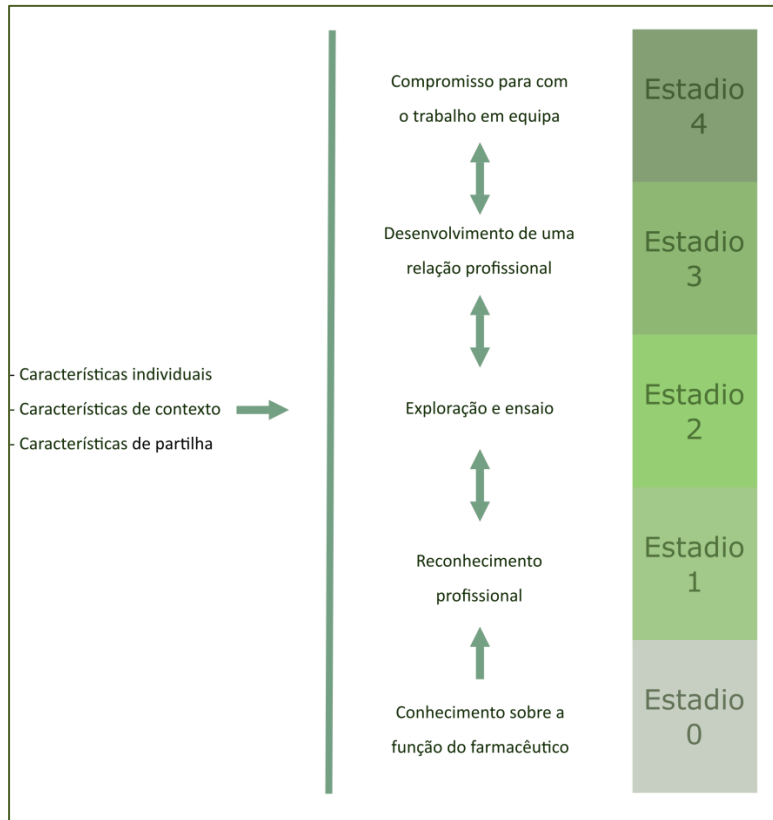


Figura 10 – Modelo de colaboração interprofissional. Adaptado de McDonough and Doucette (2001).

Segundo McDonough and Doucette (2001), uma colaboração efetiva requer que todos prestadores estejam empenhados no estabelecimento desta relação com o objetivo de melhorar os cuidados prestados ao doente. E o modelo CWR pode traduzir-se na melhoria dos resultados do doente, um objetivo que é integral à filosofia de cuidados farmacêuticos. Este modelo baseia-se no desenvolvimento de confiança entre estes profissionais, descrevendo a dinâmica da colaboração em 5 estádios progressivos:

0. **Conhecimento sobre a função e serviços prestados pelo farmacêutico (*Professional Awareness*)** – nesta fase as interações são mínimas e incluem, por exemplo, o farmacêutico contactar telefonicamente o médico para discutir questões relacionadas com a dispensa;
1. **Reconhecimento Profissional (*Professional Recognition*)** – nesta fase o esforço é essencial unilateral, iniciado pelo farmacêutico e o médico pode não ver necessidade de estabelecer esta relação interprofissional com o farmacêutico, nem reconhecer o valor dos serviços por ele prestados;

2. **Exploração e ensaio (*Exploration and Trial*)** - – nesta fase há uma avaliação por parte do médico da qualidade dos serviços prestados pelo farmacêutico ao doente, o que vai determinar se continua ou não a referenciar doentes para os cuidados farmacêuticos. Os esforços para colaboração tornam-se bilaterais.
3. **Desenvolvimento da relação interprofissional (*Professional Relationship expansion*)** – nesta fase a comunicação torna-se mais bilateral; o objetivo é manter e aumentar a qualidade dos serviços prestados para desenvolver a relação profissional.
4. **Compromisso com o trabalho em equipa (*Commitment to the Collaborative Working Relationship*)** - nesta fase verifica-se que ambos os profissionais têm interesse em consolidar um compromisso de colaboração, tendo-se desenvolvido confiança e respeito mútuos.

O nível de maturidade da colaboração entre profissionais é ainda afetado por determinadas características que podem atuar como barreiras ou facilitadores desse processo, como características individuais, do contexto e de natureza e extensão das trocas que existem entre os profissionais. Relativamente às características de contexto, salienta-se a referência de que a colaboração será facilitada se o farmacêutico se encontrar inserido na mesma estrutura organizacional, integrado nas equipas de CSP.

Os exemplos descritos neste modelo envolvem a colaboração entre o médico especialista (neurologista) e o farmacêutico comunitário, que não é parte integrante da equipa, nem encontra na mesma estrutura organizacional.

Apesar do âmbito deste capítulo ser analisar os modelos de colaboração entre profissionais que integram a mesma organização, considera-se pertinente a análise deste modelo, para um melhor entendimento das barreiras e facilitadores envolvidos.

Este modelo é também utilizado por Howard *et al.* (2003) num estudo que avalia a colaboração entre profissionais médicos e farmacêuticos em CSP (no âmbito do projeto SMART), para o enquadramento dos resultados obtidos.

Uma revisão sistemática realizada por Supper *et al.* (2015) identificou barreiras e facilitadores conceptuais e estruturais na colaboração entre diversos profissionais de

saúde em cuidados primários (os estudos analisados envolvem não só farmacêuticos mas também médicos de medicina geral e familiar, profissionais da área de saúde mental, fisioterapeutas, enfermeiras parteiras, assistentes sociais e rececionistas).

Os resultados deste estudo indicam como principal facilitador conceptual o interesse comum demonstrado na colaboração interprofissional e as oportunidades percecionadas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de novos campos profissionais. Como facilitadores estruturais foram identificados a partilha da mesma organização e do mesmo espaço físico.

A principal barreira conceptual identificada é a hierarquia percecionada; outras barreiras conceptuais encontradas foram a falta de definição e reconhecimento das funções e competências de cada profissional; a partilha de informação, questões de confidencialidade e responsabilidade, constituição de equipas e formação interprofissional, financiamento a longo prazo e acompanhamento da evolução deste processo. Uma vez que a maioria dos estudos analisados nesta revisão ocorreu no Reino Unido e EUA, onde os CSP estão organizados em equipas formais de cuidados primários, algumas barreiras estruturais podem ter sido aqui subestimadas (Supper et al., 2015).

6. Exercício exploratório de Análise Estratégica

Após se consolidar a legitimação técnica do modelo (tendo como ponto de partida a revisão da literatura e recolha de elementos dos projetos internacionais e dados de impacto económico), vamos lidar com o contexto, nomeadamente olhar para as barreiras e facilitadores, linhas de orientação seguidas que contribuem para o sucesso do modelo, competências clínicas e formação prática e, nesse âmbito, proceder à análise das metodologias e instrumentos utilizados para a recolha de dados que nos permitam posteriormente identificar e posicionar os interessados.

A análise do contexto será efetuada através de um exercício de análise PESTLE acompanhada de uma análise de interessados (*Stakeholder Analysis*), o que será o primeiro contributo para investigação da questão em estudo e preparação fundamentada para futuros trabalhos a desenvolver.

Atualmente as empresas trabalham num ambiente de mudança constante. O processo de análise das implicações das mudanças e o modo como a organização responde a essa mudança é designado estratégia de negócio (*business strategy*). Um bom conhecimento das técnicas de análise de negócio apropriadas ajudará a contribuir para o processo de tomada de decisão estratégica (Newton, Paul; Bristoll, 2013).

A análise estratégica das organizações permite garantir a eficácia na prestação de serviços, a eficiência no uso de recursos, a criação de valor para todas as partes interessadas e a sustentabilidade contínua da organização. Esta análise compreende duas etapas distintas, análise interna e externa.

Na figura seguinte pode observar-se como cinco ferramentas amplamente utilizadas na análise de negócio se adequam no processo de planeamento estratégico. Esta análise permite o exercício de elaboração das melhores estratégias para uma organização entrar no mercado ou se posicionar melhor neste.

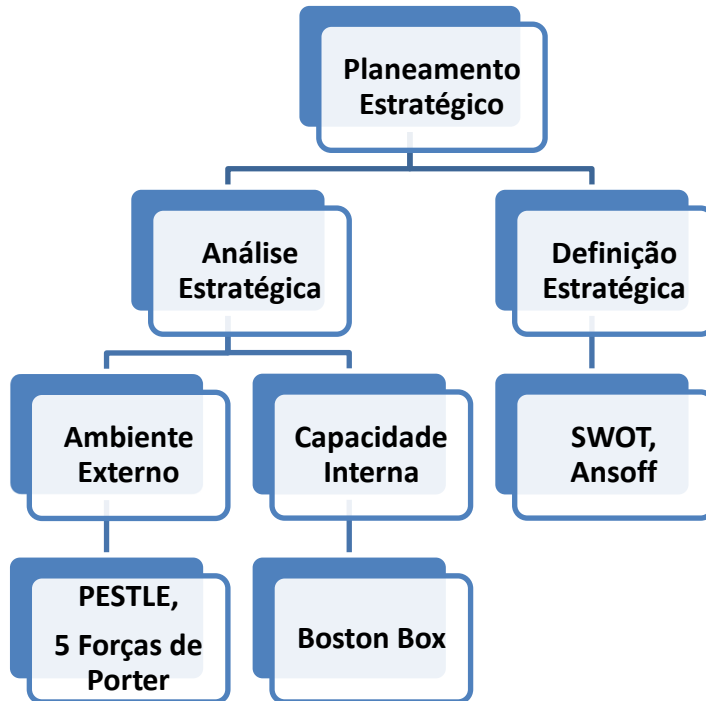


Figura 11 – Demonstração de como as cinco ferramentas utilizadas na análise de negócio se adequam ao processo de planeamento estratégico. Adaptado de: Newton, Paul; Bristoll (2013).

6.1. Análise PESTLE

A análise PESTLE (figura 12) - acrónimo para Política, Económica, Social, Tecnológica, ambiental (*Environment*) e Legal - é uma ferramenta muito utilizada na identificação dos fatores externos que influenciam uma organização (Newton, Paul; Bristoll, 2013).

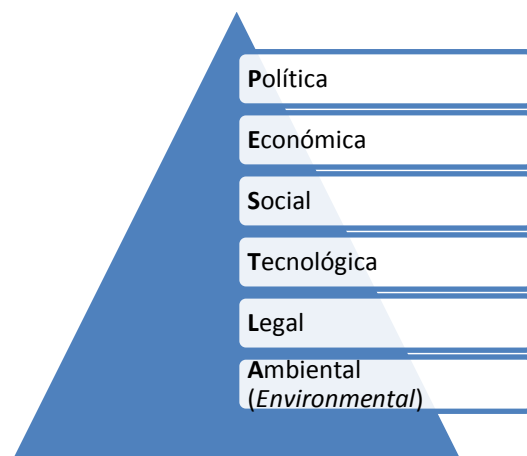


Figura 12 Esquema da análise PESTLE- fatores externos analisados. Adaptado de: Newton, Paul; Bristoll (2013).

Esta análise permite-nos observar o ambiente externo e identificar os fatores que potencialmente terão algum impacto na organização. No caso concreto deste trabalho, esta ferramenta poderá ser útil na avaliação da proposta de um novo modelo de prática, caracterizado pela prestação de um novo serviço pelo farmacêutico que adquire um papel clínico ao nível dos CSP.

Com base no esquema de Newton, Paul; Bristoll (2013) apresenta-se de seguida de forma resumida cada um dos fatores a ter em conta nesta análise:

- Fatores Políticos: os fatores políticos incluem decisões do governo relativamente ao emprego, à proteção do consumidor, ao ambiente, ou reformas na sociedade. Qualquer mudança política do governo pode ter implicações na organização, nomeadamente sobre a sua atividade económica.
- Fatores Económicos: incluem as taxas de juro, taxas de câmbio ou de inflação. O estado da economia do país tem grande impacto na organização. Além da alocação direta de recursos, deve ser tido em conta o custo de determinadas medidas que são tomadas.
- Fatores sociais: fatores sociais incluem o envelhecimento da população, a taxa de crescimento, níveis de emprego, formação, aspetos culturais da sociedade.
- Fatores tecnológicos: correspondem a mudanças na tecnologia que poderão ter impacto na atividade da organização.
- Fatores legais: estes fatores estão relacionados com o enquadramento legal da atividade.
- Fatores ambientais: os fatores ambientais estão relacionados com preocupações de caráter ambiental que incluem o tempo, a mudança de clima, infraestruturas ou consequências ecológicas a ter em conta pela organização.

Tendo em conta o modelo proposto, apresentamos no quadro seguinte os principais elementos a considerar, de acordo com esta análise:

Fatores	Análise
Políticos	A implementação do deste modelo estará dependente de qualquer decisão política nesse sentido, pelo que fatores políticos terão grande implicação no modelo em estudo.
Económicos	Os fatores económicos terão grande impacto na implementação do modelo e será fundamental um estudo de avaliação económica para demonstrar com base na evidência que os benefícios da prestação deste serviço serão superiores ao custo da alocação de recursos.
Sociais	Estes fatores terão um impacto relevante no modelo proposto na medida em que a aquisição de um novo papel pelo farmacêutico implica a integração nas equipas pré-existentes e colaboração com outros profissionais de saúde, o que poderá ser influenciada por fatores culturais.
Tecnológicos	Aparentemente alguns fatores relacionados com a evolução da tecnologia poderão ter impacto positivo na modelo proposto. Um exemplo será o projeto-piloto PINCER <i>study</i> , onde o farmacêutico recorre intervenção farmacêutica através de informação baseada na tecnologia, em comparação com o simples feedback (procedimento habitual) na redução de potenciais erros de medicação dos doentes.
Ambientais	<p>Numa primeira análise não são identificados questões ambientais de relevo.</p> <p>Contudo, poderá considerar-se que a prestação de serviços no âmbito da otimização da terapêutica e educação para a saúde poderão resultar numa diminuição de desperdícios e racionalização do uso de medicamentos, que implica menos consumos de fatores de produção (energia, matérias primas, etc.) que podem constituir externalidades positivas.</p>
Legais	<p>Num cenário de implementação deste modelo de prática, o enquadramento legal da atividade farmacêutica prevê que possam ser prestados serviços farmacêuticos ao nível dos CSP (apesar do farmacêutico não ser considerado parte integrante das equipas de CSP).</p> <p>Contudo, outras questões relacionadas com o acesso à informação clínica do doente ou a possibilidade da realização da consulta farmacêutica em CSP poderão ser aqui levantadas.</p>

Quadro- 9 Principais elementos a considerar de acordo com a análise PESTLE.

A identificação dos potenciais interessados poderá levar à identificação de outros fatores com impacto no modelo.

Em síntese, a análise PESTLE é uma ferramenta importante na análise do ambiente externo, no entanto não deverá ser a única análise a efetuar mas sim apenas um

componente no processo compreensivo de análise estratégica (Newton, Paul; Bristoll, 2013).

6.2. Análise de Interessados

A análise de interessados (*Stakeholders*) é uma ferramenta que permite identificar qualquer pessoa, grupo ou instituição com interesse chave no projeto, avaliando assim o seu interesse e de que forma este pode afetar o projeto ou a sua viabilidade. O interessado não tem necessariamente que estar envolvido no processo de tomada de decisão. A sua identificação e posicionamento deverão ser efetuados com precaução e potenciais conflitos de interesses deverão ser identificados durante esta análise (Levitan, 2009).

No contexto particular das reformas da saúde, por exemplo, os decisores políticos e gestores podem utilizar esta análise para identificar os aqueles que serão os interessados e prever quando estes podem apoiar ou bloquear determinadas reformas na saúde (Schmeer, 2000).

O propósito desta análise é efetuar um primeiro exercício para identificar e posicionar os potenciais interessados, que funcionará com um primeiro contributo para o desenvolvimento de investigações futuras e para a definição e implementação deste novo modelo de prática.

Para este propósito considerou-se relevante uma análise com base na evidência dos estudos disponíveis realizados. O quadro 10 apresenta um resumo das metodologias e ferramentas utilizadas nos vários estudos analisados:

País	Fonte	Participantes	Metodologia
Canadá	Howard et al. (2008)	- 6 Médicos de Clínica geral - 6 Farmacêuticos (Participaram no ensaio controlado randomizado SMART que teve duração de 5 meses).	Análise qualitativa de opinião: realização de entrevistas até 4 semanas após terminar o estudo. (Sem entrevista disponível)

Quadro 10 – Resumo das metodologias e ferramentas utilizadas para ouvir os interessados.

País	Fonte	Participantes	Metodologia
Canadá	Pottie et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos de clínica geral <p>Foram integrados 7 farmacêuticos em 7 equipas de medicina familiar durante 2 anos. Estas equipas nunca tinham experienciado a integração de um farmacêutico</p> <p>(Participantes fizeram parte do estudo IMPACT)</p>	<p>Estudo qualitativo: <i>focus groups</i> exploratórios seguidos de entrevistas semiestruturadas.</p> <p>Conduzidos 4 <i>focus groups</i> (durante 3 meses) de forma a reunir informação do trabalho prático para construir um guião para entrevista. Cada <i>focus group</i> tinha 4-9 médicos de cada clínica.</p> <p>Mais tarde entrevistaram-se 12 médicos após 12 meses de trabalho com farmacêutico integrado na equipa. (Sem entrevista disponível)</p>
	Pottie et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 63 Farmacêuticos <p>(Participantes fizeram parte do estudo IMPACT)</p>	<p>Estudo qualitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatos de 63 farmacêuticos das experiências de integração no projeto durante um período de 9 meses. <p>(Sem entrevista disponível)</p>
	Jorgenson et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - 3 Médicos de clínica geral - 14 Farmacêuticos - 8 Enfermeiros 	<p>Estudo qualitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semiestruturadas via telefone em 23 equipas que integraram o farmacêutico. <p>(Guião da entrevista disponível no anexo II)</p>
Austrália	Freeman et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos de clínica geral - Farmacêuticos - Utentes do sistema de saúde - Gestores <p>(58 participantes)</p>	<p>Estudo qualitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 Entrevistas semiestruturadas; - 5 <i>Focus groups</i>. <p>(Guião da entrevista disponível no anexo III)</p>
	Tan et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - 18 Utentes - 14 Elementos da equipa (<i>practice staff</i>): 9 médicos de clínica geral, 4 enfermeiros e 1 gestor - 2 Farmacêuticos <p>(Participantes fizeram parte do estudo PIPS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas telefónicas semiestruturadas aos utentes; - <i>Focus groups</i> para a equipa; - Entrevistas semiestruturadas e de relatórios periódicos dos relatos aos farmacêuticos <p>(Guião da entrevista disponível no anexo IV)</p>
	Tan et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - 11 Médicos de clínica geral - 16 Farmacêuticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semiestruturadas individuais acerca do seu ponto de vista relativamente à integração dos farmacêuticos CSP na Austrália (identificação de barreiras e facilitadores). <p>(Guião da entrevista disponível no anexo V)</p>

Quadro 10 – Resumo das metodologias e ferramentas utilizadas para ouvir os interessados (cont.).

País	Fonte	Participantes	Metodologia
Holanda	Hazen et al. (2016)	<p><u>-163 Participantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Farmacêuticos comunitários, clínicos e hospitalares; - Médicos de clínica geral e de outras especialidades; -Peritos na área da saúde; -Professores universitários; -Decisores políticos - Investigadores; -Enfermeiros em CSP; -Trabalhadores de seguradoras; -Utentes -Estudantes de farmácia ou medicina. 	<p>-Metodologia Q utilizada (estudo qualitativo e quantitativo): Classificação das afirmações na escala de -3 a +3 (discordo completamente a plenamente de acordo)</p> <p>(Guião da entrevista disponível no anexo VI)</p>

Quadro 10 – Resumo das metodologias e ferramentas utilizadas para ouvir os interessados (cont.).

Da avaliação das metodologias e instrumentos utilizados nestes estudos conclui-se que a grande maioria efetuou uma análise qualitativa que compreende a realização de entrevistas semiestruturadas e também de *focus groups* para auscultar os interessados. Na maioria dos estudos os participantes são os farmacêuticos, utentes e médicos de clínica geral que integram o projeto, sendo também ouvidos outros elementos da equipa igualmente envolvidos como: enfermeiros, gestores, estudantes de farmácia ou medicina, utentes, docentes, investigadores, decisores políticos ou peritos na área da saúde.

Com base na análise efetuada, é proposto como metodologia a realização de entrevistas e *focus groups* aos principais interessados identificados, utilizando para o efeito um questionário que servirá de guião de entrevista, que permitirá respostas mais abertas.

Tendo em conta o contexto português e os diferentes níveis de decisão, foi possível identificar as seguintes categorias de potenciais interessados:

- **Responsabilidades governamentais na elaboração de políticas de saúde:**
Ministério da Saúde (Ministro da Saúde e Secretário de Estado da Saúde);
- **Representantes de entidades independentes de Administração Central:**
Unidades de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para os Cuidados Continuados Integrados (MCCI) e outros peritos;

- **Representantes das Administrações Regionais de Saúde (ARS)** -Presidente do Conselho Diretivo (CD) e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) - e **Representantes dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)** -Diretor Executivo (DE) e Conselho Clínico e de Saúde (CCS).
- **Médicos** - a exercer em CSP (de MGF) e em cuidados diferenciados;
- **Equipa de CSP** - Enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares de ação médica, secretário clínico e outros.
- **Farmacêuticos** - a integrar a equipa de CSP (seniores ou com menor experiência prática) e farmacêuticos noutras áreas da rede de cuidados (hospitalar, comunitária);
- **Ordens profissionais** - Ordem dos Farmacêuticos (OF) e Ordem dos Médicos (OM);
- **Utentes**
- **Docentes e investigadores**

Na figura seguinte pode observar-se um resumo dos potenciais interessados no modelo de prática em análise:



Figura 13- Esquema resumo dos potenciais interessados no modelo de prática em análise.

Uma vez identificados os interessados, será feita uma análise mais detalhada utilizando-se para o efeito o quadro proposto por Levitan (2009) onde é definida uma estratégia de gestão dos interessados, tal como podemos observar no quadro seguinte:

Interessados (Stakeholders)	Participação	Impacto	O que necessitados deles?	Riscos associados e atitudes percecionados	Estratégia de gestão dos interessados	Responsabilidade
Presidente do Conselho Diretivo das ARS	Acompanhamento da implementação do novo modelo de prática	Elevado	Compromisso de, acompanhamento no processo de implementação do modelo	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Esclarecimento sobre e do papel do farmacêutico nos CSP Manter informado	Acompanhamento
CFT das ARS	Participação na implementação do novo modelo de prática Partilha conhecimentos e colaboração com o farmacêutico	Elevado	Compromisso colaboração com o farmacêutico e partilha de conhecimentos	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Esclarecimento sobre os objetivos do projeto e do papel do farmacêutico nos CSP Envolvimento no grupo de trabalho, nomeadamente no processo de tomada de decisão	Participante
Diretor Executivo dos ACES	Acompanhamento da implementação do novo modelo de prática	Elevado	Compromisso de acompanhamento no processo de implementação do modelo	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Esclarecimento sobre novo modelo de prática e do papel do farmacêutico nos CSP Manter informado	Acompanhamento
Conselho Clínico e de Saúde dos ACES	Participação na implementação do novo modelo de prática Partilha conhecimentos e colaboração com o farmacêutico	Elevado	Compromisso de colaboração com o farmacêutico e partilha de conhecimentos	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Esclarecimento sobre os objetivos do projeto e do papel do farmacêutico nos CSP Envolvimento no grupo de trabalho, nomeadamente no processo de tomada de decisão	Participante

Quadro 11- Exercício de análise de interessados no modelo de prática proposto. Adaptado de: Levitan (2009)

Interessados (Stakeholders)	Participação	Impacto	O que necessitados deles?	Riscos associados e atitudes percecionados	Estratégia de gestão dos interessados	Responsabilidade
Médicos a exercer em CSP	Compromisso de colaboração com o farmacêutico	Elevado	Informação clínica do doente Partilha de conhecimento e experiência prática Colaboração profissional	Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Esclarecimento sobre novo modelo de prática e do papel do farmacêutico nos CSP Envolvimento no grupo de trabalho, nomeadamente no processo de tomada de decisão Manter informado sobre resultados clínicos do doente	Referenciação de doentes elegíveis para acompanhamento farmacoterapêutico (doentes crónicos, polimedicados, com RAMs, baixa adesão à terapêutica)
Médicos a exercer em Cuidados diferenciados	Colaboração com o farmacêutico em CSP	Moderado	Partilha de conhecimento e experiência prática Colaboração profissional	Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico nos CSP	Esclarecimento sobre novo modelo de prática e do papel do farmacêutico nos CSP Envolvimento quando necessário a fim de promover a integração de cuidados	Referenciação de doentes elegíveis para acompanhamento farmacoterapêutico (doentes crónicos, polimedicados, com RAMs, baixa adesão à terapêutica)
Elementos da equipa de CSP	Compromisso de colaboração com o farmacêutico	Moderado	Partilha de conhecimento e experiência prática Colaboração profissional	Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Envolvimento no grupo de trabalho, nomeadamente formação inicial com explicação e definição clara das funções desempenhadas pelo farmacêutico	-----
Farmacêuticos seniores a integrar a equipa de CSP	Compromisso em integrar a equipa e orientar os farmacêuticos com menos experiência	Elevado	Compromisso em integrar o projeto, identificar necessidades e oportunidades de melhoria	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo	Envolvimento no grupo de trabalho	-----
Farmacêutico com menos experiência a integrar os CSP	Compromisso em integrar a equipa e receber formação e treino adequados	Elevado	Compromisso em integrar o projeto, identificar necessidades e oportunidades de melhoria	Preocupação com dificuldades inerentes à intervenção farmacêutica realizar	Envolvimento no grupo de trabalho Elaboração de linhas de orientação para a prática de forma sistematizada	-----

Quadro 11- Exercício de análise de interessados no modelo de prática proposto. Adaptado de: Levitan (2009) (cont.).

Interessados (Stakeholders)	Participação	Impacto	O que necessitados deles?	Riscos associados e atitudes percecionados	Estratégia de gestão dos interessados	Responsabilidade
Farmacêutico noutras áreas (comunitária, hospitalar)	Colaboração com o farmacêutico em CSP	Moderado	Compromisso em colaboração com o farmacêutico	Incerteza relativamente à intervenção farmacêutica	Esclarecimento em detalhe acerca da intervenção do farmacêutico nos CSP Envolvimento quando necessário a fim de promover a integração de cuidados	Colaboração com CSP
Utentes	Envolvimento no projeto	Elevado	Compromisso de integração participação no projeto	Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico nos CSP	Esclarecimento acerca do papel do farmacêutico nos CSP, sessões de informação para promoção da literacia em saúde e prevenção da doença.	Consentimento Informado
Ordem dos Farmacêuticos	Desenvolvimento do projeto Interlocutor com o Ministério da Saúde	Elevado	Compromisso de desenvolvimento do projeto, identificação de necessidades e oportunidades de melhoria	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo	Envolvimento no grupo de trabalho	Facilitador
Ordem dos Médicos	Acompanhamento do projeto	Elevado	Compromisso de acompanhamento do projeto, identificação de necessidades e oportunidades de melhoria	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo Incerteza relativamente ao papel do farmacêutico	Esclarecimento geral dos objetivos do projeto e do papel do farmacêutico nos CSP Manter informado	Facilitador
Docentes / Investigadores	Acompanhamento do projeto	Elevado	Desenvolvimento de cursos de formação prática na área clínica	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo	Envolvimento no grupo de trabalho	Fornecer conhecimento
Peritos na área da saúde	Avaliação da viabilidade do projeto (qualidade, relevância e impacto) Elaboração de um relatório com o parecer dos especialistas	Elevado	Falta de clareza relativamente aos objetivos do projeto; Inviabilidade económica do modelo	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo	Envolvimento no projeto, integração no painel de peritos Recolha da melhor evidência disponível de projetos realizados	Acompanhamento
Ministério da Saúde	Aprovação da execução do modelo Implementação de medidas legislativas que contemplem a atividade farmacêutica ao nível dos CSP	Elevado	Financiamento	Preocupação com dificuldades inerentes à implementação do modelo nomeadamente custos associados	Recolha da melhor evidência disponível de projetos realizados nomeadamente dados de impacto económico e benefícios	Supervisão

Quadro 11- Exercício de análise de interessados no modelo de prática proposto. Adaptado de Levitan (2009) (cont.)

Esta análise inicial deverá ser revista regularmente uma vez que o posicionamento dos interessados pode mudar e a estratégia de gestão terá que se ajustar. Além disso, novos interessados poderão ser identificados (Levitan, 2009).

De acordo com Levitan (2009), será fundamental uma análise mais detalhada dos interessados em projetos de média ou grande dimensão, na medida em que o sucesso ou falha do projeto pode depender da garantia que os interessados são mantidos informados e “por perto”. Para o efeito, é recomendado um processo de análise de quatro passos, ou pelo menos, os dois primeiros:

- Identificação dos interessados;
- Criação de um mapa de interessados;
- Identificação da fidelidade dos interessados;
- Criação de uma estratégia de gestão de interessados.

Neste exercício foram apenas identificados os potenciais interessados, fazendo-se assim uma ligação daqueles que foram os interessados identificados nos projetos internacionais com o contexto nacional. Foi então esboçado um quadro que permitiu identificar dos primeiros interessados e determinar o potencial impacto que terão no modelo de prático proposto.

Tendo em conta o contexto nacional e as reformas efetuadas nos CSP, consideramos que existe uma questão em aberto, a de perceber qual o modelo de implementação: se o farmacêutico fica ligado à ARS (e provavelmente correndo o risco deste ficar mais próximo de atividades de aprovisionamento) ou ao ACES (ficando mais próximo da prática clínica). Por este motivo não tem responsabilidade atribuída no quadro elaborado.

6.3. Linhas orientadoras de um futuro projeto a desenvolver

Apesar de ficar em aberto o cenário possível para o modelo de integração é contudo possível, com base no exercício de análise efetuado ao longo deste trabalho, propor algumas linhas orientadoras de um futuro projeto a desenvolver:

- O farmacêutico deverá ter experiência na prestação de cuidados farmacêuticos (decorrente da prática em farmácia comunitária ou hospitalar);
- O farmacêutico deverá ter formação pós-graduada /especializada em áreas como farmacologia, farmácia clínica ou cuidados farmacêuticos;
- Características na personalidade do farmacêutico como motivação, assertividade, confiança, flexibilidade e empatia parecem ser facilitadores do processo e portanto deverão ser ponderados no momento do recrutamento;
- O farmacêutico deverá integrar as equipas de CSP preferencialmente a tempo integral (possivelmente assumindo a responsabilidade por mais que uma USF ou centro de saúde): barreiras como a permanência de um número reduzido de horas em CSP seriam assim ultrapassadas e a integração na equipa facilitada;
- Quando não for possível a permanência a tempo inteiro, no mínimo 2-3 vezes por semana será o desejável, de forma a reunir condições para o desenvolvimento de um plano de cuidados a prestar, estabelecer contanto/relacionamento com os profissionais de saúde que constituem a equipa;
- A integração será facilitada se o farmacêutico já conhecer previamente os membros da equipa (médicos, enfermeiros) com que irá colaborar. A evidência recolhida demonstra que o estabelecimento prévio de laços de confiança facilita o trabalho colaborativo;
- No plano de integração do farmacêutico na equipa de CSP deverá ser feita uma descrição detalhada à equipa das funções a desempenhar pelo farmacêutico; bem como das funções dos outros membros da equipa;
- A participação em reuniões multidisciplinares e sessões clínicas criará oportunidade para comunicação com os outros profissionais, estabelecimento de uma relação de confiança e reconhecimento;
- Será fundamental a orientação por parte de farmacêutico sénior, a par da colaboração de docentes e investigadores;

- O médico deverá efetuar a referenciação de utentes elegíveis para o seguimento farmacêutico (por exemplo: doentes crónicos, polimedicados, com baixa adesão à terapêutica, com mais de 65 anos, com história prévia de eventos adversos a medicamentos ou a iniciar uma terapêutica nova).
- Deverá ser promovida a aprendizagem contínua; *workshops* frequentes para discussão de casos clínicos são recomendados.

7. Conclusões

O farmacêutico era tradicionalmente reconhecido pela sua função de dispensa e manipulação de medicamentos. Atualmente esta realidade mudou um pouco por todo mundo, devido ao grande expansão da indústria farmacêutica e desenvolvimento de novas tecnologias de produção de medicamentos. Passou a haver um maior foco no doente e na otimização da sua terapêutica, acompanhado por um reforço do papel clínico do farmacêutico, prestando serviços como revisão da medicação, informação sobre medicamentos ou gestão da doença crónica. A oferta formativa das universidades também foi evoluindo nesse sentido, assistindo-se ao reforço da formação na área de farmácia clínica e de cuidados farmacêuticos.

Esta evolução ocorreu naturalmente de modo diferente nos diversos países e, da revisão da literatura efetuada, pode observar-se que em países como o Canadá, EUA, Austrália, Reino Unido ou Holanda, se assistiu ao desenvolvimento de um novo modelo de prática que integra o farmacêutico nas equipas de cuidados primários, como funções clínicas, claramente distintas do ato de dispensa de medicamentos.

O surgimento deste novo papel do farmacêutico surge assim em resposta a uma mudança do contexto que se vive nos dias de hoje, onde a maioria das prescrições médicas é iniciada ou renovada ao nível dos cuidados primários, sendo os cuidados primários a porta de entrada do sistema de saúde e onde a garantia do uso seguro e efetivo dos medicamentos tornam relevante o papel do farmacêutico a este nível.

Ao nível da farmácia comunitária assistiu-se nos últimos anos ao desenvolvimento e prestação de diversos serviços na área de cuidados farmacêuticos, no entanto, a falta de tempo, questões relacionadas com a remuneração dos serviços, dificuldade de comunicação com outros profissionais, a falta de formação na área clínica ou separação geográfica das organizações, têm constituído barreiras à implementação dos mesmos.

Diversos países ultrapassaram estas barreiras ao desenvolver projetos-piloto que integram o farmacêutico nas equipas de cuidados primários, desenvolvendo assim um novo modelo de prática.

A legitimação técnica deste modelo de integração do farmacêutico nas equipas de CSP assenta em dois pilares fundamentais neste trabalho: na evidência de experiências piloto internacionais e nos dados de impacto económico existentes.

Da revisão dos estudos descritos na literatura, pode observar-se o desenvolvimento de projetos-piloto em vários países como o Canadá, Reino Unido, Austrália, EUA ou Holanda que têm como objetivo demonstrar que existe um valor acrescentado na integração do farmacêutico ao nível dos CSP. A sua integração compreende a prestação de serviços como revisão e reconciliação da terapêutica, informação sobre medicamentos à equipa de saúde e ao utente ou programas específicos de gestão da doença crónica. Pode observar-se nos resultados dos estudos que esta integração está associada de um modo geral à prevenção de PRMs, melhoria dos resultados em saúde e redução de custos para o sistema de saúde.

Os vários estudos realizados no âmbito destes projetos vão fornecer novos dados que no seu conjunto são essenciais para o sucesso de futuros projetos a realizar, por permitirem um ganho de conhecimento, nomeadamente em relação aos fatores críticos para o sucesso do modelo. Estes fatores críticos a ter em conta relacionam-se com a existência de algumas barreiras e facilitadores, com a necessidade de estabelecimento de linhas de orientação, com a definição de um modelo de colaboração interprofissional ideal, bem como com a identificação de competências clínicas e formação necessárias para o sucesso desta prática.

Da análise dos diversos estudos identificaram-se algumas barreiras ao sucesso desta integração, nomeadamente a indefinição do papel na equipa, falta de apoio e orientação no processo de integração, necessidade de formação ou de experiência, tempo reduzido nos CSP ou dificuldade de acesso à informação clínica do doente.

Foram também identificados facilitadores neste processo, como a existência de um relacionamento prévio com os profissionais da equipa, a experiência profissional prévia em CSP, a formação na área clínica, a remuneração ou a partilha do mesmo espaço físico, o que facilita a comunicação entre profissionais. Algumas características na personalidade do farmacêutico, como assertividade, motivação, confiança, proatividade, flexibilidade e empatia, são igualmente considerados facilitadores do processo.

Com base na evidência da literatura, alguns autores elaboraram linhas de orientação que são um bom contributo para o sucesso da integração do farmacêutico nos CSP. As competências clínicas são consideradas um pré requisito essencial e em muitos projetos o farmacêutico necessita de formação especializada e acreditada na área clínica para a prestação de cuidados farmacêuticos. Não menos importante é também estudo dos modelos de colaboração interprofissional, que nos permite caminhar no sentido de uma melhor cooperação entre profissionais, associando competências e conhecimento complementares tornando possível um melhor uso dos recursos em CSP e o compromisso de trabalho em equipa.

Como exercício exploratório, que procurou ligar a evidência recolhida com a realidade nacional, foi realizada uma análise estratégica do modelo, que consistiu numa análise PESTLE acompanhada de uma análise dos interessados, o que permitiu a sua identificação. Este será um primeiro exercício com vista à identificação dos primeiros interessados e de desenvolvimentos futuros em termos de definição e implementação do modelo.

Pretendeu-se com este trabalho a legitimação técnica para a proposta de desenvolvimento de um novo modelo de prática que integra o farmacêutico nas equipas multidisciplinares de cuidados primários, como o objetivo de melhorar os resultados em saúde, prevenir a ocorrência de problemas relacionados com medicamentos e os custos associados.

Este novo papel compreende a prestação de serviços focados no doente, como gestão da doença crónica, revisão e reconciliação da terapêutica, serviços de informação sobre medicamentos ao doente e à equipa de saúde (como a elaboração protocolos clínicos e formulários terapêuticos), programas de promoção da literacia em saúde e prevenção da doença, contribuindo para uma maior integração de cuidados.

O desenvolvimento de um novo modelo de prática poderá ser caracterizado como um exemplo de inovação disruptiva em saúde, na medida em que vai ao encontro daquelas que são consideradas as características deste tipo de inovação: melhoria dos resultados em saúde, da prestação de cuidados de saúde centrados no doente, criação de

novos papéis e competências para os profissionais de saúde; criação de novos serviços e capacidade para ultrapassar desafios, no que respeita à acessibilidade aos serviços existentes e introdução de uma cultura transformacional.

Tendo em conta a complexidade do problema, os diferentes níveis de decisão e os diferentes interessados envolvidos nesta abordagem, este trabalho constitui um primeiro contributo para a discussão, definição e implementação de um modelo inovador nos CSP que cremos contribuir para a maximização da eficácia terapêutica, melhoria dos resultados em saúde e redução de custos para o SNS.

8. Bibliografia

- ACCP. (2014). Standards of Practice for Clinical Pharmacists. *Pharmacotherapy*, 34(8), 794–797. <https://doi.org/10.1002/phar.1438>
- APIFARMA. (2016). A indústria farmacêutica em números.
- Avery, A. J. (2017). Pharmacists working in general practice: Can they help tackle the current workload crisis? *British Journal of General Practice*, 67(662), 390–391. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692201>
- Avery, A. J., Rodgers, S., Cantrill, J. A., Armstrong, S., Cresswell, K., Eden, M., ... Sheikh, A. (2012). A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): A multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *The Lancet*, 379(9823), 1310–1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61817-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61817-5)
- Avery, A. J., Rodgers, S., Cantrill, J. A., Armstrong, S., Elliott, R. A., Howard, R., ... Sheikh, A. (2009). Protocol for the PINCER trial: A cluster randomised trial comparing the effectiveness of a pharmacist-led IT-based intervention with simple feedback in reducing rates of clinically important errors in medicines management in general practices. *Trials*, 10(i), 1–21. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-10-28>
- Bardet, J. D., Vo, T. H., Bedouch, P., & Allenet, B. (2015). Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(5), 602–622. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.12.003>
- Barry, A. R., & Pammett, R. T. (2016). Applying the guidelines for pharmacists integrating into primary care teams. *Canadian Pharmacists Journal*, 149(4), 219–225. <https://doi.org/10.1177/1715163516649621>
- Bennett, M. S. (2017). *Meaningful Collaboration with Pharmacists to Improve Quality and Meet Patient Needs*". Retrieved from

https://www.amga.org/docs/Meetings/AC/2017/Handouts/APhA_Panel.pdf

- Berdine, H. J., & Skomo, M. L. (2012). Development and integration of pharmacist clinical services into the patient-centered medical home. *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(5), 661–667. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.10206>
- Bond, C. M. (2015). Pharmacy: Finally part of the team? *British Journal of General Practice*, 65(639), e638–e639. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686797>
- Bourne, R. S., Shulman, R., & Jennings, J. K. (2018). Reducing medication errors in critical care patients: pharmacist key resources and relationship with medicines optimisation. *International Journal of Pharmacy Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12430>
- Bradley, F., Elvey, R., Ashcroft, D. M., Hassell, K., Kendall, J., Sibbald, B., & Noyce, P. (2008). The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: A case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 387–398. <https://doi.org/10.1080/13561820802137005>
- Brodie, D. C. (1981). Pharmacy's societal purpose. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 38(12), 1893–1896. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7325167>
- Bush, J., Langley, C. A., Jenkins, D., Johal, J., & Huckerby, C. (2017). Clinical pharmacists in general practice: An initial evaluation of activity in one English primary care organisation. *International Journal of Pharmacy Practice*, (July 2015). <https://doi.org/10.1111/ijpp.12426>
- Butterworth, J., Sansom, A., Sims, L., Healey, M., Kingsland, E., & Campbell, J. (2017). Pharmacists' perceptions of their emerging general practice roles in UK primary care: a qualitative interview study. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(662), e650–e658. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691733>

- Castel-Branco, M. M., Caramona, M., Fernandez-Llimos, F., & Figueiredo, I. V. (2013). Necessidades reais de implementação de novos serviços farmacêuticos centrados no doente. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(1), 15–22.
- Chisholm-Burns, M. A., Lee, J. K., Slack, M., & Herrier, R. (2010). U . S . Pharmacists ' Effects as Team Members on Patient Care : Systematic Review and Meta- Analyses O ORIGINAL ARTICLE US Pharmacists ' Effect as Team Members on Patient Care.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice* (3 edition). New York: McGraw-Hill.
- Correr, C. J., Rotta, I., Salgado, T. M., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas? *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(1), 23–42. Retrieved from <http://www.actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/12>
- Costa, F. A., Scullin, C., Al-Taani, G., Hawwa, A. F., Anderson, C., Bezverhni, Z., ... Westerlund, T. (2017). Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: Is it developing and spreading? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1336–1347. <https://doi.org/10.1111/jep.12783>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- De Oliveira, D. R., Brummel, A. R., & Miller, D. B. (2010). Medication therapy management: 10 Years of experience in a large integrated health care system. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 16(3), 185–195. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2010.16.3.185>
- De Rijdt, T., Willems, L., & Simoens, S. (2008). Economic effects of clinical pharmacy interventions: A literature review. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(12), 1161–1172. <https://doi.org/10.2146/ajhp070506>

- Dolovich, L. (2012). Ontario pharmacists practicing in family health teams and the patient-centered medical home. *Annals of Pharmacotherapy*, 46(4), 33–39. <https://doi.org/10.1345/aph.1Q804>
- Dolovich, L., Pottie, K., Kaczorowski, J., Farrell, B., Austin, Z., Rodriguez, C., ... Sellors, C. (2008). Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 83(6), 913–917. <https://doi.org/10.1038/clpt.2008.29>
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2016). *Report on Disruptive Innovation. Considerations for health and health care in Europe*. <https://doi.org/10.2875/881904>
- Farrell, B., Pottie, K., Haydt, S., Kennie, N., Sellors, C., & Dolovich, L. (2008). Integrating into family practice: the experiences of pharmacists in Ontario, Canada. *International Journal of Pharmacy Practice*, 16(5), 309–315. <https://doi.org/10.1211/ijpp.16.5.0006>
- Farrell, B., Ward, N., Dore, N., Russell, G., Geneau, R., & Evans, S. (2013). Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do? *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(3), 288–301. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.005>
- Farris, K. B., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. C. (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research from Around the World. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(9), 1539–1541. <https://doi.org/10.1345/aph.1G049>
- Ferreira, P. L., Raposo, V., & Antunes, P. (2017). Cuidados de Saúde Primários: Governança e Inovação em Saúde em Portugal. In M. S. Bessa, J. I. C. Bezerra, & I. M. T. A. Leitão (Eds.), *Pesquisas em saúde no contexto do cuidado, redes de atenção, fluxos e avaliação: multiplicidade de olhares*. (Editora UE, pp. 457–492). Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.
- Ferro, L. A., Marcrom, R. E., Garrelts, L., Bennett, M. S., Boyd, E. E., Eddinger, L., ... Fields,

- M. L. (1998). Collaborative Practice Agreements Between Pharmacists and Physicians: Some forward-thinking pharmacists are taking what may be the next logical step in the evolution of pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmaceutical Association* (1996), 38(6), 655–666. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1086-5802\(16\)30400-4](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1086-5802(16)30400-4)
- Figueiredo, I. V., Caramona, M., Fernandez-Llimos, F., & Castel-Branco, M. (2014). Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal. *Acta Farmaceutica Portuguesa*, 3(1), 15–22. Retrieved from <http://actafarmaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/38>
- Fish, A., Watson, M. C., & Bond, C. M. (2002). Practice-based pharmaceutical services: a systematic review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 10, 225–233.
- Foppe van Mil, J. W., & Schulz, M. (2006). A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 155–168.
- Freeman, C., Cottrell, W. N., Kyle, G., Williams, I., & Nissen, L. (2012). Integrating a pharmacist into the general practice environment: Opinions of pharmacists, general practitioners, health care consumers, and practice managers. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-229>
- Gregório, J., & Velez Lapão, L. (2012). Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 30(2), 125–142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.003>
- Hazen, A. C. M., de Bont, A. A., Boelman, L., Zwart, D. L. M., de Gier, J. J., de Wit, N. J., & Bouvy, M. L. (2016). The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.04.014>
- Hazen, A. C. M., Sloeserwijn, V. M., Zwart, D. L. M., De Bont, A. A., Bouvy, M. L., De Gier, J.

J., ... Leendertse, A. J. (2015). Design of the POINT study: Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team (POINT). *BMC Family Practice*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0296-8>

Hepler, C. D. (2004). Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy*, 24(11), 1491–1498. <https://doi.org/10.1592/phco.24.16.1491.50950>

Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533–543. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2316538>

Howard, M., Trim, K., Woodward, C., Dolovich, L., Sellors, C., Kaczorowski, J., & Sellors, J. (2003). Collaboration Between Community Pharmacists and Family Physicians : Lessons Learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. *Journal of the American Pharmacists Association*, 43(5), 566–572. <https://doi.org/10.1331/154434503322452193>

INE. (2016). Conta Satélite da Saúde, 1–14. Retrieved from <https://www.ine.pt/>

INE. (2017). Conta Satélite da Saúde, 2014–2016.

INE. (2018). Conta Satélite da Saúde, 1–18.

INFARMED. (2017). Estatística do Mediciamento 2016. Retrieved February 21, 2018, from <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/relatorios-anuais>

International Pharmaceutical Federation (FIP). (2003). FIP statement of professional standards: The role of the pharmacist in encouraging adherence to long term treatments. *Farmaceutski Glasnik*, 59(10), 462–469. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L37409199%5Cnhttp://rug.on.worldcat.org/atoztitles/link/?sid=EMBASE&issn=00148>

202&id=doi:&atitle=FIP+statement+of+professional+standards:+The+role+of+the+p
harmacist+in+encouraging+ad

- Isetts, B. J., Schondelmeyer, S. W., Artz, M. B., Lenarz, L. A., Heaton, A. H., Wadd, W. B., ... Cipolle, R. J. (2008). Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(2), 203–211. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2008.07108>
- Jorgenson, D., Dalton, D., Farrell, B., Tsuyuki, R. T., & Dolovich, L. (2013). Guidelines for pharmacists integrating into primary care teams. *Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada*, 146(6), 342–352. <https://doi.org/10.1177/1715163513504528>
- Jorgenson, D., Laubscher, T., Lyons, B., & Palmer, R. (2014). Integrating pharmacists into primary care teams: Barriers and facilitators. *International Journal of Pharmacy Practice*, 22(4), 292–299. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12080>
- Joseph, T., Hale, G. M., Eltaki, S. M., Prados, Y., Jones, R., Seamon, M. J., ... Gernant, S. A. (2017). Integration Strategies of Pharmacists in Primary Care-Based Accountable Care Organizations: A Report from the Accountable Care Organization Research Network, Services, and Education, 23(5), 541–548. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2017.23.5.541>
- Kalisch, L. M., Caughey, G. E., Barratt, J. D., Ramsay, E. N., Killer, G., Gilbert, A. L., & Roughead, E. E. (2012). Prevalence of preventable medication-related hospitalizations in Australia: An opportunity to reduce harm. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 239–249. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs015>
- Kennedy, A. G., Chen, H., Corriveau, M., & MacLean, C. D. (2015). Improving Population Management through Pharmacist-Primary Care Integration: A Pilot Study. *Population Health Management*, 18(1), 23–29. <https://doi.org/10.1089/pop.2014.0043>
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for health in the 21st century. World Health Organization, Regional Office for Europe.

- Krska, J., Cromarty, J. A., Arris, F., Jamieson, D., Hansford, D., Duffus, P. R. S., ... Seymour, D. G. (2001). Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age and Ageing*, 30(3), 205–211. <https://doi.org/10.1093/ageing/30.3.205>
- Levitan, B. (2009). Stakeholder analysis toolkit. *Manchester Metropolitan University*, 1–5. Retrieved from <http://www2.mmu.ac.uk/bit/project-management-toolkits/>
- Lourenço, A. F. (2016). *A Integração do Farmacêutico na Rede de Cuidados de Saúde: Análise das barreiras à implementação dos Cuidados Farmacêuticos*. Projeto MBA apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Martín-Calero, M. J., Machuca, M., Murillo, M. D., Cansino, J., Gastelurrutia, M. A., & Faus, M. J. (2004). Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Current Pharmaceutical Design*, 10(31), 3969–3985. <https://doi.org/10.2174/1381612043382549>
- Mathers, N. (2016). GENERAL PRACTICE FORWARD VIEW General Practice Forward View General Practice. *Royal College of General Practitioners*, 66(651), 500–501. <https://doi.org/https://doi.org/10.3399/bjgp16X687121>
- Mcdonough, R. P., & Doucette, W. R. (2001). Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians, 41(202), 682–692.
- 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. Retrieved from <http://www.ajhp.org/content/32/6/567.abstract>
- Ministério da Saúde. (2006). Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº 28/2008. *Diário Da República*, 1^ª série(38),

1182–1189.

Mulgan, G. (2007). *Ready or not? Taking Innovation in the Public Sector Seriously*. Nesta.

Mulgan, G. (2014). *Innovation in the Public Sector How Can Public Organisations Better Create, Improve and Adapt? Nesta* (Vol. 1).

Naccarella, L., Greenstock, L. N., & Brooks, P. M. (2013). A framework to support team-based models of primary care within the Australian health care system. *The Medical Journal of Australia*, 199(5), S22–S25. <https://doi.org/10.5694/mjao12.10069>

Newton, Paul; Bristoll, H. (2013). PESTLE Analysis: Strategy Skills. *Free-Management-Ebooks*, 1–31. <https://doi.org/http://www.free-management-ebooks.com/dldebk-pdf/fme-pestle-analysis.pdf>

NHS England. (2015). Clinical Pharmacists in General Practice Pilot. Retrieved October 25, 2017, from <https://www.england.nhs.uk/commissioning/primary-care-comm/gp-action-plan/cp-gp-pilot/>

NHS England. (2016). General Practice Forward View. <https://doi.org/10.1136/bmj.i942.4>.

NHS England. (2017). General Practice Forward View (GPFV) Clinical Pharmacists in General Practice Phase 2 Guidance for applicants. Retrieved October 4, 2017, from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/07/clinical-pharmacists-phase-2-guidance-application.pdf> (accessed 4 October 2017)

Nkansah, N., Mostovetsky, O., Yu, C., Chheng, T., Beney, J., Bond, C. M., & Bero, L. (2010). Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 2010–2012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000336.pub2>

OECD. (2005). *Oslo Manual* (3rd Editio).

OECD. (2015). *Health at a Glance 2015*. https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators* (Health at a Glance). Paris: OECD Publishing. Retrieved from https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OPSS. (2003). *Relatório de Primavera-Saúde que rupturas?*
- OSHA. (2009). *Relatório Anual. Agencia Europeia para a Segurança e Saude no Trabalho*. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS_2016-vf.pdf
- Pharmaceutical Society of Australia. (2015). Submission to the 2015-16 Federal budget: integrating pharmacists into primary care teams.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The Strategy That Will Fix Healthcare. *Harvard Business Review*, 1277(October), 1–19. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pottie, K., Farrell, B., Haydt, S., Dolovich, L., Sellors, C., Kennie, N., ... Martin, C. M. (2008). Integrating pharmacists into family practice teams, 54.
- Pottie, K., Haydt, S., Farrell, B., Kennie, N., Sellors, C., Martin, C., & Dolovich, L. (2009). Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT (†) project. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 5(4), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2008.12.002>
- Rodis, J. L., Sevin, A., Awad, M. H., Porter, B., Glasgow, K., Hornbeck Fox, C., & Pryor, B. (2017). Improving Chronic Disease Outcomes Through Medication Therapy Management in Federally Qualified Health Centers. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2150131917701797. <https://doi.org/10.1177/2150131917701797>
- Roughead, L., Semple, S., & Vitry, A. (2002). The value of pharmacist professional services

- in the community setting: a systematic review of the literature 1990-2002. *Adelaide: University South of Australia; 2002*. Retrieved from http://beta.guild.org.au/uploadedfiles/Research_and_Development_Grants_Program/Projects/2002-507_fr.pdf
- Samuelson, M., Tedeschi, P., Aarendonk, D., & Groenewegen, P. (2012). Position Paper of the European Forum for Primary care February 2012 Title : Improving inter-professional collaboration in Primary Care, (February), 1–26.
- Sarkar, S. (2014). *Empreendedorismo e Inovação* (Escolar Ed).
- Schmeer, K. (2000). Stakeholder Analysis Guidelines. *Analysis, 15*, 338–345. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.338>
- Schumock, G. T., Butler, M. G., Meek, P. D., Vermeulen, L. C., Arondekar, B. V., & Bauman, J. L. (2003). Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy, 23*(1), 113–132. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12523470>
- Sellors, J., Kaczorowski, J., Sellors, C., Dolovich, L., Woodward, C., Willan, A., ... Poston, J. (2003). A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *Cmaj, 169*(1), 17–22.
- Sims, L., & Campbell, J. (2017). Ills, pills, and skills: Developing the clinical skills of pharmacists in general practice. *British Journal of General Practice, 67*(662), 417–418. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692453>
- Sousa-pinto, B., Marques, B., Lopes, F., & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients : A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015.
- Spruill, W. J., Wade, W. E., Taylor, A. T., Burke, S. I., & Longue, L. (2003). A Survey of Pharmacists Opinions on Both the Value of and Reasons for Providing Various Pharmaceutical Care Services. *J Soc Adm Pharm, 20*(6), 213–218.

- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 37(4), 716–727. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>
- Tan, E. C. K., Stewart, K., Elliott, R. A., & George, J. (2012). An exploration of the role of pharmacists within general practice clinics: The protocol for the pharmacists in practice study (PIPS). *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-246>
- Tan, E. C. K., Stewart, K., Elliott, R. A., & George, J. (2013). Stakeholder experiences with general practice pharmacist services: A qualitative study. *BMJ Open*, 3(9), 8–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003214>
- Tan, E. C. K., Stewart, K., Elliott, R. A., & George, J. (2014a). Integration of pharmacists into general practice clinics in Australia: The views of general practitioners and pharmacists. *International Journal of Pharmacy Practice*, 22(1), 28–37. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12047>
- Tan, E. C. K., Stewart, K., Elliott, R. A., & George, J. (2014b). Pharmacist consultations in general practice clinics: The Pharmacists in Practice Study (PIPS). *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(4), 623–632. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.08.005>
- Tan, E. C. K., Stewart, K., Elliott, R. A., & George, J. (2014c). Pharmacist services provided in general practice clinics: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(4), 608–622. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.08.006>
- Truong, H., Kroehl, M. E., Lewis, C., Pettigrew, R., Bennett, M., Saseen, J. J., & Trinkley, K. E. (2017). Clinical pharmacists in primary care: Provider satisfaction and perceived impact on quality of care provided. *SAGE Open Medicine*, 5, 205031211771391. <https://doi.org/10.1177/2050312117713911>

- Van Mil, J. W. F., De Boer, W. O., & Tromp, T. F. J. (2001). European barriers to the implementation of pharmaceutical care. *International Journal of Pharmacy Practice*, 9(3), 163–168. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2001.tb01044.x>
- WHO. (2003). *Adherence to Long -Term Therapies World Health Organization 2003*.
- WHO. (2017). WHO | Health promotion. Retrieved from http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- Winslade, N. E., Strand, L. M., Pugsley, J. A., & Perrier, D. G. (1996). Practice functions necessary for the delivery of pharmaceutical care. *Pharmacotherapy*, 16(5), 889–898. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8888084>
- Zermansky, A. G., Petty, D. R., Raynor, D. K., Freemantle, N., Vail, A., & Lowe, C. J. (2001). Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7325), 1340–1343. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7325.1340>

Anexo I – Resumo dos projetos internacionais analisados

SMART	Artigo	Objetivos do projeto SMART	Metodologia	Resultados
	<p>A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients</p>	<p>Este artigo descreve o projeto SMART, que consistiu na introdução de um novo modelo de prática que integra o farmacêutico nas equipas de cuidados primários, num trabalho em colaboração com o médico de família para otimizar a terapêutica dos doentes.</p> <p>O objetivo deste projeto é determinar a efetividade do programa de consulta farmacêutica a influenciar positivamente a prescrição médica (mais concretamente pretende-se avaliar se a intervenção farmacêutica pode reduzir o número de medicamentos prescritos, os custos e a utilização dos cuidados de saúde).</p>	<p>Este ensaio controlado randomizado (RCT) foi conduzido em 24 clínicas em Ontário, envolveu 889 doentes com mais de 65 anos polimedicados (a tomar 5 ou mais medicamentos).</p> <p>Este projeto integrou um total de 48 médicos, 24 no grupo de intervenção e 24 no grupo de controlo.</p>	<p>Após 5 meses, os seniores do grupo de intervenção e do grupo do controlo tomavam uma média de 12,4 e 12,2 medicamentos por dia, respetivamente ($p=0,50$).</p> <p>Não houve diferença estatisticamente significativa nos na utilização dos cuidados de saúde ou nos custos entre os grupos.</p> <p>Foi identificada uma média de 2,5 PRMs por doente no grupo de intervenção.</p> <p>Os médicos implementaram ou tinham intenção de implementar 72,3% (790/1093) das recomendações efetuadas pelo farmacêutico.</p>
	<p>Duração do Projeto: 5 meses</p>	<p>Requisitos para integrar o projeto</p>	<p>Intervenção</p>	<p>Conclusões</p>
	<p>Autores: Sellors et al. (2003)</p>	<p>Farmacêuticos comunitários com formação especializada -<i>specially trained expanded role pharmacists –ERPs</i>.</p>	<p>Trata-se de um modelo de prática inovador que prevê um trabalho conjunto entre o médico de família e o farmacêutico, onde este conduz serviços de gestão da terapêutica para otimizar os resultados dos doentes.</p>	<p>Não houve um efeito significativo nos resultados dos doentes no grupo de intervenção.</p>
	<p>Local: Ontário Canadá</p>		<p>Nesta intervenção foi determinado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de problemas relacionados com os medicamentos (PRMs) identificados entre os utentes seniores no grupo de intervenção; - Proporção de recomendações farmacêuticas implementadas pelo médico. 	<p>Contudo, os médicos foram recetivos às recomendações feitas pelo farmacêutico para resolver PRMs, o que sugere que a colaboração entre estes profissionais é exequível.</p> <p>(Não contempla estudo de impacto económico)</p>
<p>Revista: <i>Canadian Medical Association</i></p>				

SMART	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	<p>Collaboration Between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)</p>	<p>O objetivo deste estudo foi conhecer as experiências dos farmacêuticos e médicos que integraram projeto SMART, identificar as lacunas do programa, obstáculos à sua implementação e estratégias para os ultrapassar.</p>	<p>Este estudo consistiu na realização de entrevistas 6 farmacêuticos e 6 médicos de família que participaram no ensaio controlado randomizado SMART.</p> <p>As entrevistas foram realizadas dentro de 4 semanas após o estudo ter terminado.</p> <p>Os principais resultados (<i>outcomes</i>) medidos neste estudo foram os temas que emergiram das entrevistas relativamente a pontos fracos e pontos fortes do programa SMART e formas de o melhorar.</p>	<p>Farmacêuticos e médicos divergem na perceção que têm do papel do farmacêutico.</p> <p>ERPs vêem o programa como uma oportunidade para iniciar um novo papel profissional.</p> <p>Os médicos apreciam a informação que lhes é dada pelos farmacêuticos acerca da adesão do doente à terapêutica e uso de medicamentos não prescritos, mas não tencionam que o farmacêutico aconselhe diretamente o doente.</p> <p>Alguns médicos questionaram o valor do programa para alguns dos doentes, uma vez que os critérios de inclusão eram muito abrangentes e nem todos os doentes necessitavam de intervenção.</p> <p>Ambos concordaram com a necessidade de redefinir os critérios de referência dos doentes.</p> <p>Alguns médicos demonstraram preocupação relativamente ao espaço físico necessário e aos mecanismos de compensação (remuneração).</p>
	<p>Duração do Projeto: 5 meses</p>	<p>Requisitos para integrar o projeto</p>	<p>Intervenção</p>	<p>Conclusões</p>
	<p>Autores: Howard et al.(2003)</p>	<p>Integram este projeto farmacêuticos comunitários com formação especializada - specially trained expanded role pharmacists –ERPs.</p>	<p>A intervenção farmacêutica no projeto SMART consistiu na otimização da terapêutica de doentes idosos (com mais de 65 anos), durante 5 meses.</p> <p>O farmacêutico efetuou a avaliação da terapêutica dos doentes selecionados no e elaborou recomendações para cada doente em particular.</p>	<p>Alguns aspetos a ser considerados em estudos futuros: Clarificação do papel do farmacêutico e do médico no âmbito de um trabalho conjunto; Selecionar doentes apropriados ao programa; Identificação de uma forma mais eficiente de prestar aconselhamento/recomendações; Desenvolver um mecanismo apropriado de compensação (remuneração). (Não contempla estudo de impacto económico)</p>
<p>Local: Ontário Canadá</p>				
<p>Revista: <i>Journal of American Pharmacists Association</i></p>				

IMPACT	Artigo	Objetivos do projeto IMPACT	Metodologia	Resultados
	<p>Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advanced Primary Care Therapeutics</p>	<p>Este artigo descreve o projeto IMPACT, que foi desenhado para demonstrar que é possível a integração do farmacêutico nos cuidados primários.</p> <p>O modelo de prática deste projeto pretende facilitar a integração do farmacêutico nas equipas, promover a otimização da prescrição e do uso dos medicamentos.</p>	<p>Neste projeto os farmacêuticos integram 7 equipas de cuidados primários, 2-3 dias por semana, durante 24 meses.</p> <p>Para a realização deste estudo foram conduzidas entrevistas semiestruturadas a 12 médicos participantes no estudo, 12 meses após início do projeto.</p>	<p>- Os doentes consultados tinham em média de 4,8 problemas de saúde e tomavam em média 7 MSRM e 3,4 MNSRM.</p> <p>- Pelo menos um PRM foi identificado em 93,8 % dos doentes (PRMs mais comuns: ausência de terapêutica; terapêutica inapropriada; dosagem insuficiente).</p> <p>-Foram identificadas 241 reações adversas (26,5% dos doentes), sendo as mais comuns associadas a MNSRM, AINEs, BZD.</p>
	<p>Duração do Projeto: 24 meses</p>	<p>Requisitos para integrar o projeto</p>	<p>Intervenção</p>	<p>Conclusões</p>
	<p>Autores: Dolovich et al (2008)</p>	<p>Todos os farmacêuticos que integraram o projeto IMPACT tinham experiência prévia em farmácia comunitária e também na área hospitalar ou em cuidados continuados.</p>	<p>A intervenção farmacêutica consistiu na realização de consultas de gestão da terapêutica para promover a otimização da prescrição dos doentes.</p>	<p>Benefícios percebidos pelos médicos: _melhoria da formação do grupo com um todo; maior ligação com a farmácia e maior sentido de pertença a uma equipa.</p>
	<p>Local: Ontário Canadá</p>	<p>Os farmacêuticos tiveram 2 dias de formação (<i>workshop</i>) para assegurar a transição para este ambiente de prática.</p>	<p>Foram referenciados 1.544 utentes para avaliação farmacêutica.</p>	<p>Desafios: necessidade de tempo para perceber melhor qual o papel do farmacêutico e as suas competências; insuficiente espaço físico.</p>
<p>Revista: <i>Clinical Pharmacology & Therapeutics</i></p>	<p>Processo de seleção estruturado que enfatiza as competências de comunicação e pensamento crítico, e a demonstração de motivação para inovação na prática.</p>		<p>Os esforços deste projeto, juntamente com outras iniciativas locais e mudanças políticas, ajudaram a promover uma mudança sustentada na prestação de cuidados de saúde. (Não contempla estudo de impacto económico)</p>	

IMPACT	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	Integrating Pharmacists into Primary Care Teams Physicians perspectives on collaborative care	O objetivo deste estudo foi explorar as perspectivas dos médicos de família após 12 meses de trabalho conjunto com farmacêuticos no âmbito do projeto IMPACT.	<p>Foram integrados 7 farmacêuticos em 7 equipas de medicina familiar durante 2 anos. Estas equipas nunca tinham experienciado a integração de um farmacêutico nas suas equipas.</p> <p>Foram conduzidos 4 <i>focus groups</i> (3 meses) de forma a reunir informação acerca do trabalho prático de forma a construir um guião para entrevista.</p> <p>Mais tarde entrevistaram-se 12 médicos após 12 meses de trabalho com farmacêutico integrado na equipa.</p>	<p>Foram revelados alguns desafios operacionais, mas as questões principais foram resolvidas.</p> <p>Benefícios clínicos incluíram: informação sobre medicamento, ganho de novas perspectivas, maior segurança na prescrição.</p>
	Duração do Projeto: 24 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	Autores: Pottie K. et al. (2008)	<p>O processo de seleção procurava características no farmacêutico que facilitassem a sua integração nas equipas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidade; - Boas competências de comunicação; - Evidência de adaptabilidade; - Experiência prévia em cuidados farmacêuticos. 	<p>A intervenção farmacêutica consistiu na realização de consultas de gestão da terapêutica para promover a otimização da prescrição.</p>	<p>A perspectiva dos médicos após 12 meses de integração do farmacêutico nas suas equipas foi positiva de um modo geral.</p> <p>Permanecem alguns desafios operacionais.</p> <p>Algumas das preocupações iniciais acerca do trabalho conjunto foram resolvidas assim que os médicos descobriram os benefícios em trabalhar com os farmacêuticos, como o aumento da “segurança” na prescrição.</p> <p>(Não contempla estudo de impacto económico)</p>
	Local: Ontário, Canadá			
Revista: <i>Canadian family physician</i>				

IMPACT	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	Pharmacists identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontário; qualitative results of IMPACT project	Este estudo teve como objetivo analisar as narrativas dos farmacêuticos durante a sua integração no projeto IMPACT para avaliar o “desenvolvimento de uma identidade” na equipa de cuidados.	Analisaram-se relatos da experiência de 63 farmacêuticos durante um período de 9 meses que integraram o projeto IMPACT.	<p><u>Descrição dos relatos das experiências do trabalho diário:</u></p> <p>1-valorização e contributo concreto para a melhoria do doente;</p> <p>2- Sensação poder contribuir muito mais do que o que é solicitado;</p> <p>3- Sensação de que o trabalho é muito lento.</p> <p>Os orientadores ajudaram a lidar com a incerteza e algumas complexidades nos cuidados prestados</p> <p>Os farmacêuticos sentiram também que o seu contributo clínico complementar melhorou a perceção tida pelos médicos e motivou-os para assumir novas responsabilidades.</p>
	Duração do Projeto: 24 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	Participantes neste estudo integraram o projeto durante 9 meses	A equipa do projeto selecionou os farmacêuticos com base em fatores chave que incluíam:	A intervenção farmacêutica consistiu na gestão da terapêutica do doente para promover a otimização da prescrição e na prestação de informação sobre medicamentos.	Mudanças na perspetiva, desenvolvimento de competências relevantes e senso de profissionalismo assinalam uma identidade emergente.
	Autores: Pottie et al. (2009)	- Flexibilidade; - Boas competências de comunicação; - Evidência de adaptabilidade; - Experiência prévia em cuidados farmacêuticos.		Os farmacêuticos consideraram que a integração nos cuidados primários promove desafios e novas oportunidades.
Local: Ontário, Canadá			As identidades profissionais desenvolvidas pelo farmacêutico evoluíram no que respeita ao modelo de valorização do seu papel, oportunidades de prática emergentes e contributo dado ao doente.	
Revista: Research in social and administrative pharmacy			(Não contempla estudo de impacto económico)	

IMPACT ¹	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	Integrating Pharmacists into Primary Care Teams: barriers and facilitators	Este estudo avaliou as barreiras e facilitadores experienciados pelos diferentes profissionais de saúde no âmbito do projeto IMPACT, que integrou farmacêuticos em 23 equipas de cuidados primários nas zonas rurais e urbanas em Saskatchewan, no Canadá.	Este estudo consistiu na realização de entrevistas telefónicas a farmacêuticos, enfermeiros e médicos das 23 equipas que integraram o projeto. Tirar não é IMPACT	Sete temas chave emergiram ao descrever as barreiras e facilitadores: 1-Relacionamento, confiança e respeito; 2- Definição do papel do farmacêutico; 3-Orientação e suporte; 4-Personalidade do farmacêutico e experiência profissional; 5- Presença e visibilidade do farmacêutico; 6-Recursos e financiamento; 7- Valor do papel do farmacêutico.
	Duração do Projeto: 24 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	Autores: Jorgenson, D. <i>et al.</i> Local: Saskatchewan, Canadá Revista: International journal of pharmacy practice	Os farmacêuticos integraram as equipas de CSP neste estudo trabalhavam em farmácia comunitária, pelo que não têm um dia fixo para integrar as equipas. A maioria dos farmacêuticos trabalha em CSP 1 x semana enquanto os restantes trabalham 2,5 dias / semana (enfermeiros e médicos trabalham a tempo integral).	A intervenção farmacêutica consistiu na realização de consultas de gestão da terapêutica para promover a otimização da prescrição dos doentes.	O impacto negativo destas barreiras pode ser mitigado com um planeamento efetivo e suporte individualizado para o tipo de comunidade onde a equipa está integrada. Assertividade e confiança – fatores chave para ultrapassar as barreiras (Não contempla estudo de impacto económico) (Guião da entrevista no anexo II)

¹ Este estudo, não está diretamente relacionado com o projeto IMPACT mas parte do facto de terem sido identificadas algumas barreiras durante o decorrer deste projeto para justificar a necessidade de analisar barreiras e facilitadores no processo de integração, pelo que consideramos relevante a sua análise.

Medication Management Pilot Study	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	Improving Population Management through Pharmacist-Primary Care Integration: A Pilot Study	O objetivo deste estudo foi determinar o impacto da intervenção farmacêutica nos CSP, como foco nos serviços de gestão da terapêutica.	Neste projet piloto os farmacêuticos integraram 5 clínicas de cuidados primários 1vez por semana, durante 22 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificados 708 PRMs - Verificou-se uma poupança de 2,11 C por cada 1,00 £ despendido na remuneração do farmacêutico - 86% das recomendações efetuadas pelo farmacêutico foram aceites pelo médico
	Duração do Projeto: 20 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	Autores: Kennedy. et al. (2012)	Farmacêuticos que integraram o projeto não necessitaram de formação adicional na área de cuidados de ambulatório.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados centrados no doente; - Gestão da terapêutica da população - Informação sobre medicamentos no âmbito da prescrição médica 	<p>A integração do farmacêutico nos cuidados de saúde primários está associada à prevenção de eventos adversos a medicamentos, redução de custos e melhoria dos resultados do doente</p> <p>(Estudo contempla estudo de impacto económico)</p>
	Local: Vermont USA			
Revista: Population Health Management 2015				

	Artigo	Objetivos do projeto POINT	Metodologia /Intervenção	Resultados
POINT	<p>Design of the POINT study: Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team Study Protocol</p>	<p>Este artigo descreve o desenho do estudo POINT, que tem como objetivo avaliar o efeito da integração do farmacêutico na prática clínica na segurança farmacoterapêutica dos doentes na Holanda.</p>	<p>Este estudo controlado não randomizado compara de 3 modelos de prestação de cuidados farmacêuticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Farmacêutico (<i>non-dispensing</i>) como parte integrante da equipa- 10 farmacêuticos integraram 10 equipas por um período de 15 meses; Intervenção: consulta farmacêutica incluindo revisão da medicação, partilha da responsabilidade de prestação de cuidados farmacêuticos na prática clínica. 2) Farmacêutico na farmácia comunitária com formação em revisão da terapêutica; 3) Farmacêutico em farmácia comunitária (cuidados habituais). <p>Os modelos 2) e 3) consistem na prática de cuidados primários em colaboração com farmacêuticos (a exercer em farmácia comunitária).</p> <p><i>Outcome</i> primário- nº de admissões hospitalares relacionadas com medicação durante o <i>follow-up</i>.</p> <p><i>Outcome secundário</i>- erros de medicação potenciais e custos de medicação</p>	<p>Sendo este um estudo de intervenção em larga escala, deverá demonstrar evidência de que a integração do farmacêutico clínico no cuidados primários resultará numa farmacoterapia mais segura.</p> <p>A análise qualitativa também deverá trazer mais dados para a otimização do modelo de implementação em cuidados primários.</p> <p>Os resultados seriam esperados em 2016, no entanto até à data não foram encontrados dados publicados na literatura.</p> <p>(Não contempla estudo de impacto económico)</p>
	<p>Período pré-intervenção: 1 ano <i>Start-up period</i>: 3meses Período de intervenção do estudo: 1 ano</p>	<p style="text-align: center;">Requisitos para integrar o projeto</p> <p>Todos os farmacêuticos que integraram este estudo tinham Mestrado em Farmácia e preferencialmente experiência prévia na prestação de cuidados farmacêuticos.</p> <p>Adicionalmente, no processo de seleção era valorizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -competências de comunicação e colaboração; -conhecimento em farmacoterapia; -empatia; -capacidade de autorreflexão; -capacidade de inovação. 		
	<p>Autores: Hazen et al. (2015)</p>			
	<p>Local: Holanda</p>			
	<p>Revista: <i>BioMed Central Family Practice (2015)</i></p>			

	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
POINT	Controversy and consensus on a clinical pharmacist in primary care in the Netherlands	O objetivo deste estudo é orientar o debate sobre o novo papel do farmacêutico entre os principais interessados (<i>stakeholders</i>) para desvendar e perceber as controvérsias e consensos.	Metodologia Q utilizada para revelar os diferentes pontos de vista relativamente ao valor e posição do farmacêutico sem funções de dispensa nos CSP.	Este estudo identificou consensos em várias características no papel do farmacêutico, assim como aspetos organizacionais, financeiros, colaborativos da integração do farmacêutico nos CSP.
	Duração do estudo: 24 meses	Participantes no estudo		A análise do fator Q revelou 4 perspetivas:
	Autores: Hazen et al. (2015)	-163 Participantes -Farmacêuticos comunitários, clínicos e hospitalares;	Os 163 participantes classificaram as afirmações nas categorias de -3 a +3	A- Farmacêutico clínico independente B- Farmacêutico comunitário independente C- Farmacêutico clínico dependente D- Especialista em gestão da terapêutica medicamentosa (<i>medication management specialist</i>)
	Local: Holanda	- Médicos de clínica geral e de outras especialidades; -Peritos na área da saúde; -Professores universitários;	(-3= “discordo completamente”; +3 =“completamente de acordo”)	Estas 4 perspetivas mostraram controvérsias com o nível de independência profissional e inovação no desempenho das tarefas (<i>innovation of task performance</i>).
	Revista: <i>International Journal of Clinical Pharmacy</i> (2015)	-Decisores políticos - Investigadores; -Enfermeiros em CSP; -Trabalhadores de seguradoras; -Utentes -Estudantes de farmácia ou medicina.		(Não contempla estudo de impacto económico) (Guião da entrevista no anexo VI)

PIPS	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	Pharmacist consultations in general practice clinics: The Pharmacists in Practice Study (PIPS)	O objetivo deste estudo prospetivo é avaliar a efetividade da consulta farmacêutica nos cuidados de saúde primários.	Participaram no estudo 4 a 5 médicos de família e 1 farmacêutico em cada clínica, pelo menos 8h por semana, durante 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Foram detetados em média 2 PRMs por doente, 6 meses após a consulta passaram para 0; - A adesão à terapêutica aumentou significativamente, - A satisfação dos utentes com a consulta farmacêutica foi elevada.
	Duração do estudo: 24 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	Autores: Tan et al. (2014)	Os farmacêuticos que integraram o estudo PIPS tinham acreditação pelo programa de revisão da terapêutica no domicílio (<i>Home Medicines Review</i>). Tinham no mínimo 8 anos de experiência na área, não tendo recebido formação adicional para integração nestas clínicas.	A intervenção farmacêutica consistiu em: <ul style="list-style-type: none"> - Revisão da medicação em consultas de curta e de longa duração; - Informação sobre medicamentos à equipa; - Atividades no âmbito da garantia de qualidade. <u>Outcome primário:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Número de PRMs identificados e resolvidos; <u>Outcome secundário:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão à terapêutica; - Utilização dos serviços de saúde; - Nível de satisfação do doente. 	As consultas farmacêuticas realizadas em cuidados primários foram efetivas na identificação de PRMs. Os utentes foram recetivos a esta intervenção, que está associada a uma melhoria na adesão à terapêutica. (Não contempla estudo de impacto económico)
	Local: Austrália			
Revista: Research in Social and Administrative Pharmacy				

PIPS	Artigo	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados
	Stakeholder experiences with general practice pharmacist services: a qualitative study	O objetivo deste estudo é explorar as experiências dos diferentes interessados (<i>stakeholders</i>) que participaram no estudo PIPS, relativamente à integração do farmacêutico nos CSP.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de entrevistas telefónicas semiestruturadas aos utentes; - <i>Focus groups</i> para a equipa (<i>practice staff</i>); - Realização de entrevistas semiestruturadas e relatórios periódicos dos relatos aos farmacêuticos. 	<p>Cinco temas emergiram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente/envolvente; - Relacionamento profissional e integração; - Atributos do farmacêutico; - Benefícios para o utente e equipa - Desafios logísticos.
	Duração do estudo: 24 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	<p>Autores: Tan et al. (2014)</p> <hr/> <p>Local: Austrália</p> <hr/> <p>Revista: <i>BMJ</i></p>	<p>Os participantes neste estudo pertencem a duas clínicas de Melbourne que integraram o projeto PIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 utentes; - 9 médicos; - 4 enfermeiros; - 1 gestor <p>(os farmacêuticos que integraram o projeto PIPS tinham acreditação pelo programa de revisão da terapêutica no domicílio e tinham no mínimo 8 anos de experiência na área.)</p>	<p>A intervenção farmacêutica consistiu na prestação dos seguintes serviços durante 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisão da medicação; - Informação sobre medicamentos ao utente e à equipa; - Atividades no âmbito da garantia de qualidade. 	<p>Várias barreiras e facilitadores foram identificados.</p> <p>Os participantes consideram que a integração do farmacêutico nas equipas de CSP promove a comunicação e colaboração quando comparado com a prestação destes serviços pelo farmacêutico comunitário.</p> <p>(Guião da entrevista no anexo IV)</p>

PINCER	Artigo	Objetivos do estudo PINCER	Metodologia	Resultados
	A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis 2012	Este artigo descreve o estudo PINCER, que teve como objetivo a determinação da efetividade, custo-efetividade e aceitação da intervenção farmacêutica através de informação baseada na tecnologia, em comparação com o simples feedback (controlo), na redução de potenciais erros de medicação dos doentes.	Estudo randomizado que compara a intervenção em doentes de elevado risco de erros clínicos com o grupo controlo. Foi realizado em 72 clínicas de cuidados primários no Reino Unido.	<ul style="list-style-type: none"> - Após 6 meses de intervenção, os doentes do grupo de intervenção tinham significativamente menor probabilidade de ter erros de medicação associados. - Esta intervenção melhorou as prescrições múltiplas e a monitorização efetuada. - Houve evidência de custo efetividade desta intervenção.
	Duração do estudo: 6 meses	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção	Conclusões
	Autores: Avery, A. J. et al.	<p>Formação de base na área de farmácia clínica. Universidade de Manchester e de Nottingham.</p> <p>Os farmacêuticos pertencentes ao grupo de intervenção tiveram formação para utilização das técnicas e para medição dos resultados com base na evidência.</p>	<p>A intervenção farmacêutica, aliada ao recurso a sistemas informáticos, consiste na monitorização clínica dos doentes e na otimização da sua terapêutica de forma a melhorar a segurança dos doentes e promover a racionalização da prescrição.</p> <p>Foram determinados os seguintes outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Outcome primário</u>: proporção de doentes que ao fim de 6 meses após a intervenção tinham tido algum dos erros clínicos relevantes: - Prescrição de AINEs em doentes com história de úlcera péptica sem prescrição de inibidor da bomba de protões; - Prescrição de beta-bloqueantes em doentes com histórico de asma; prescrição por tempo prologado de IECAs; - Diuréticos da ansa a doentes com 75 anos ou mais sem avaliação da ureia e eletrólitos nos 15 meses anteriores. <p><u>Outcome secundário</u>: outro tipo de erros clínicos relevantes detetados na terapêutica do doente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A intervenção PINCER é um método efetivo na redução dos erros de medicação em doentes de elevado risco. - O recurso aos sistemas informáticos utilizados pelos médicos de clínica geral na identificação de doentes com elevado risco, associado à intervenção farmacêutica, poderá reduzir substancialmente os erros de medicação. - A informatização dos registos clínicos do doente é um pré-requisito essencial, sendo esta intervenção adequada para implementação noutros países e onde o papel do farmacêutico neste âmbito poderá ser expandido. <p>(Não contempla estudo de impacto económico)</p>
	Local: Reino Unido			
Jornal: <i>The Lancet</i>				

Clinical Pharmacist in General Practice Pilot	Documento	Descrição do projeto-piloto	Metodologia	Resultados
	General Practice Forward View (GPFV) Clinical Pharmacists in General Practice Phase 2 Guidance for applicants	Este projeto-piloto foi anunciado no documento oficial do NHS (GPFV) onde constam orientações para os prestadores de cuidados primários se candidatarem ao projeto, que financia a integração do farmacêutico nestas equipas. Este estudo de larga escala apoia a integração de mais de 450 farmacêuticos clínicos em 650 clínicas gerais, através de 90 projetos-piloto. Existe um compromisso do NHS para que em 2020 haja um farmacêutico para cada 30 mil habitantes, o que levará à integração de 1500 farmacêuticos nas equipas de cuidados primários.	O farmacêutico fará parte da equipa de CSP e será supervisionado por um farmacêutico e um médico seniores: receberá no mínimo uma sessão de supervisão por mês com o farmacêutico e, no mínimo, uma sessão de supervisão a cada três meses com o médico de clínica geral.	Este projeto-piloto encontra-se em curso. No entanto o primeiro feedback do programa descreve benefícios potenciais para o doente, para o médico e para o serviço de saúde em geral. São alguns dos benefícios descritos: - Melhoria dos resultados do doente e qualidade de vida; - Redução das admissões hospitalares; - A existência de farmacêuticos qualificados para renovar a prescrição reduz o tempo de espera do doente pela medicação bem como a sobrecarga de trabalho do médico; - Comunicação mais eficiente e efetiva entre os cuidados primários e os restantes sistemas de saúde. - Otimização da terapêutica, garantindo um serviço com qualidade, segurança para o doente. (Disponível um estudo retrospectivo de impacto económico realizado em 2015, num período de 9 meses, realizado por Bush et al. (2017)).
	Duração do projeto-piloto: 2015-2020	Requisitos para integrar o projeto	Intervenção do farmacêutico clínico	
	Financiador: Sistema de saúde -NHS	-Farmacêuticos clínicos com no mínimo 2 a 3 anos de experiência, que poderá ser em farmácia comunitária ou hospitalar; - Farmacêuticos seniores, com 4 a 6 anos de experiência, idealmente em cuidados primários. -Deverão ter formação em farmácia clínica ou na área de farmácia comunitária e, no caso dos farmacêuticos seniores, a formação nas áreas descritas deverá ser pós-graduada (<i>masters</i>). - Os farmacêuticos que integram o estudo terão formação para adquirir competências de prescrição.	- Revisão da terapêutica; - Renovação da prescrição; - Gestão da doença crónica; - Reconciliação da terapêutica; - Monitorização da terapêutica; - Participação em reuniões multidisciplinares.	
Local: Reino Unido				

Anexo II – Guião da entrevista. Fonte: Jorgenson et al. (2014).*Pharmacist Interviews*

1. Can you start off by telling me about your educational background?
2. Please describe your previous work experience as a pharmacist prior to working with the primary care team.
3. Can you tell me how many days per week you work directly with the primary care team and how long have you worked there? Do you work elsewhere on the other days of the week (if so where)?
4. Can you list the different health professionals that work directly within your primary health centre?
5. Please describe your role and responsibilities on the primary health care team at the present time.
6. Can you describe your collaborative working relationship with the other team members prior to your integrating onto the team?
7. Can you describe your experience as you integrated onto this primary health care team?
8. What surprised you most about your integration process into this team?
9. Please describe any factors that you feel made it easier or that were helpful to you in attempting to integrating into this team.
10. Please describe any factors that you feel made it difficult for you or that were barriers to integrating into this team.
11. Do you remember what was done just prior to, or soon after, you started working with your team to assist in making your integration more successful?
12. What would you do differently if you could go back and attempt integrating into the team again?
13. Do you have anything else that you would like to add that you think is relevant to this topic that I have not already asked?

Physician / Nurse Practitioner Interviews

1. Can you describe your job title, role and responsibilities in the primary care team at the present time?
2. Approximately when did your team integrate a pharmacist and how many days per week is the pharmacist now working directly with the team?
3. Can you briefly describe the pharmacists' role and responsibilities on your team?
4. Can you describe your collaborative working relationship with the pharmacist prior to him/her integrating onto the team?
5. Can you list the other different (non-pharmacist) health professionals that work directly with your team?
6. Can you describe your experience as you integrated the pharmacist onto your existing team?
7. What surprised you the most about the process of integrating the pharmacist onto your team?
8. Please describe any factors that you feel made it easier or that were helpful in attempting to integrate the pharmacist into your team.
9. Please describe any factors that you feel made it difficult or that were barriers to integrating the pharmacist into your team.
10. Do you remember what was done just prior to, or soon after, the pharmacist started working with your team to assist in making his/her integration onto the team more successful?
11. What would you do differently if you could go back and attempt integrating the pharmacist onto the team again?
12. Do you have anything else that you would like to add that you think is relevant to this topic that I have not already asked?

Anexo III – Guião da entrevista. Fonte: Freeman et al. (2012).

Interview Guide

General Practitioners, Pharmacists, and Practice Managers

1. In general do you believe it is appropriate to have a (non dispensing) pharmacist integrated into a general practice environment?
 - a. If so, why?; If not why not?
2. Specifically what roles would you perceive a pharmacist performing in a general practice environment?
3. Specifically what roles would you not perceive a pharmacist performing in a general practice environment?
4. Are there any current pharmacist services provided outside the general practice environment that could be adapted to be performed within a general practice environment?
5. Are there any roles/activities which a pharmacist does not currently perform that would be beneficial in a general practice environment?
6. What do you think are the barriers to having a pharmacist integrated into a general practice environment?
7. What do you think are the enablers to having a pharmacist integrated into a general practice environment?
8. What do you perceive as the benefits of having a pharmacist co-located within the general practice environment?
9. How do you think services conducted by an integrated pharmacist should be funded?

Seeding Questions to Health Care Consumers

1. In general do you believe it is appropriate to have a pharmacist (not dispensing medications) working within a general medical practice?
2. Specifically what roles would you perceive a pharmacist performing in a general practice environment?
3. Specifically what roles would you not perceive a pharmacist performing in a general practice environment?

4. Are there any current pharmacist services provided outside the general practice environment that could be adapted to be performed within a general practice environment?
5. Are there any roles/activities which a pharmacist does not currently perform that would be beneficial in a general practice environment?
6. Do you think there is anything that would prevent having a pharmacist integrated into a general medical practice environment?
7. Do you think that there is anything that would make it possible to have a pharmacist integrated into a general practice environment?
8. What do you perceive as the benefits of having a pharmacist co-located within the general practice environment?
9. How do you think services conducted by an integrated pharmacist should be funded?
 - a. Would you be willing to pay for pharmacist services conducted within a medical centre environment?

Anexo IV – Guião da entrevista. Fonte: Tan et al. (2013).**Patient Interview Guide**

The broad topic areas to be covered in the semi-structured interviews (duration 10 to 15 minutes)

1. How did you feel about being asked to attend the pharmacist appointment?
 - a. What did you think would happen at the appointment?/What did you think the pharmacist would do?
 - b. Did you have any concerns about the purpose of the visit?

2. How did you find your appointment with the pharmacist?
 - a. What did you like about it?
 - b. What did you actually achieve?
 - c. Did you find it useful? What in particular?
 - d. What did you not like about it?

3. Did your visit to the clinic pharmacist meet your expectations? In what way?
 - a. Was anything not achieved that you hoped would be?

4. What could have been improved and how?

5. What are the benefits of having a pharmacist working in the GP surgery?

6. What are the disadvantages of having a pharmacist working in the GP surgery?

7. Did you have any concerns about discussing medication issues with a pharmacist rather than with the doctor?
 - a. Were you comfortable?
 - b. Do you think discussing your medicine with the pharmacist could have affected your relationship with the doctor?

8. In relation to having your medicines reviewed and receiving medicines information, would you prefer to see a pharmacist in the clinic, a pharmacist at your local community pharmacy or your doctor?
 - a. Do you think anything extra could be achieved by seeing the clinic pharmacist that would not have been by seeing your doctor or community pharmacist in the normal way?

9. Would you prefer to see the pharmacist in the clinic or at home?

10. Do you see a role for pharmacists in the GP surgery/clinic?

Ref: Petty D et al. Patients' views of a pharmacist-run medication review clinic in general practice. British Journal of General Practice, 2003, 53, 607-613.

Anexo IV – Guião da entrevista. Fonte: Tan et al. (2013) (cont.).**FOCUS GROUP INTERVIEW GUIDE****Question 1.**

What did you think about having a pharmacist working in your clinic?

- What do you see as the advantages/disadvantages of having a pharmacist working in your clinic? What could be improved?

Specific roles

The pharmacist performed a few different roles in your clinic. These included:

- Long Patient Consultations (HMRs); Short Patient Consultations (SPCs); drug information and education; and quality assurance activities (including a drug use evaluation).

Question 2.

How did you find the long patient consultations (LPCs)?

Question 3.

How did you find the short patient consultations (SPCs)?

Question 4.

How did you find the drug information or education he provided?

Question 5.

How did you find the osteoporosis drug use evaluation (DUE)?

Question 6.

Was there anything else that the pharmacist did in the clinic that you found useful (or not)?

Question 7.

Now that we have discussed each of the roles:

- What do you think was the most useful role? Why?
- Which was the least useful? Why?
- What other roles would you have liked a pharmacist to have done in your clinic?

Anexo IV – Guião da entrevista. Fonte: Tan et al. (2013) (cont.).

SUPPLEMENTARY FILE 3.
STUDY PHARMACIST INTERVIEW GUIDE

General feedback
How did you find your experience working at (West Brunswick Clinic)?

- Like/ dislike?
- Benefits/disadvantages?
- Meet initial expectations?
- Challenges/Eased integration?

Staff
How did you find the staff at the clinic?

- Relationships
- Supportive
- Challenges
- Communication – opportunities?

Patients
How would you describe the types of patients you consulted?

- Similar to HMR clients?
- Receptive to seeing you in clinic?
- Benefited?

Specific Roles
How did you find the long patient consultations (LPCs)?

- Differences with normal HMR style?
- Communicating referrals – written/verbal?
- Presentation of reports/findings – content/communication?
- Acceptance of recommendations – differences?

Short patient consultations (SPCs)?

- Useful/How improve?

Drug information/education you provided to staff?

Drug use evaluation (DUE)?

- Audit
- Case conference

Which roles:

- Enjoy the most? Why?
- Most effective or useful for staff/patients
- Could have been improved? How?
- Other potential roles in this setting?

Future
How do you see the role of pharmacists in general practice in the future?

- Advice for other pharmacists?

3

Anexo V – Guião da entrevista. Fonte: Tan et al. (2014).

Table 1 Semi-structured Interview guide for general practitioners and pharmacists

Topic area 1:

The potential role(s) for a practice pharmacist:

- What is your perception of the skills and knowledge of pharmacists?
- What are the potential roles of pharmacists in health care?
- Have you had any experience working with a pharmacist?
 - (Previous experience with community/HMR pharmacists/team care arrangements?)
 - How did you find this?
- What do you think of pharmacists working in general practice?
- Have you had experience working with a practice pharmacist?
- What roles could the pharmacist undertake in general practice?
 - Do you see these as collaborative roles with other staff or as an individual role?
 - Are there any other tasks or activities that the pharmacist could undertake besides those you mentioned?
- Which patients do you think would benefit from a pharmacist working in general practice?
 - How could a pharmacist improve the level of care these patients receive?
 - Do you think patients would be receptive to seeing a pharmacist?
- What may be some of the advantages/disadvantages of having a pharmacist working in general practice?

Topic area 2:

The integration of a pharmacist into the general practice team:

- How do you think members of the general practice will feel about having a pharmacist join the team?
 - Do you think general practice staff will benefit from having a pharmacist?
 - Do you think pharmacists will reduce staff workload?
- What are some of the factors that may make it difficult for pharmacists to integrate?
 - Would staff support a pharmacist as a new member of the team? If yes/no – why?
- What are some of the factors that may make it easier for pharmacists to integrate?

Topic area 3:

The logistics of integrating a pharmacist into general practice:

- Do you think general practices have the resources to support a practice pharmacist?
 - Office space
 - Administrative support
- Should pharmacists have access to medical records/patient data?
- How should patients be identified and referred to the pharmacist?
- What sort of hours do you think the pharmacist should be available (full-time/part-time/sessional)?
- How should practice pharmacists be funded or reimbursed?
- Do you think pharmacists in this new role require additional training?
 - What sort of training do you think they should receive?
- Do pharmacists in this new role need certain attributes/characteristics?
- Do you see pharmacists working in general practice as a viable role in the future?
 - How could it be made viable?

HMR, Home Medicines Review.

Anexo VI – Questionário. Fonte: Hazen et al. (2016).

Table 1 Q set of 37 statements and idealized Q sort for the four factors representing perceptions of integration of an NDP in primary care clinics

Statements	Factor A: independent clinical pharmacist	Factor B: independent community pharmacist	Factor C: dependent clinical pharmacist	Factor D: medication therapy management specialist
1. With the introduction of the NDP confusion arises about whom the patient can ask questions related to medication	-1*	0	0*	0
2. The GP wishes to minimize the number of other healthcare providers in general practice	-1	0*	-2*	-1
3. The NDP poses a risk to patient safety due to the resulting formation of an additional link between prescription and delivery	-2	-1	-3	-2
4. The patient has more confidence in the NDP than in the community pharmacist	0	-1*	1	1
5. The community pharmacist is insufficiently informed about the pharmacotherapy of the individual patient	1*	-2*	0	-1
6. The NDP improves adherence	2	1	2	1
7. A community pharmacists' primary concern includes the financial status of the pharmacy business	-2	-1	0*	-2
8. The health insurance company pays too little for pharmaceutical care	2	2*	1	1
9. A fee for practice costs for community pharmacists is essential to enable delivery of pharmaceutical care	1	2*	1	-1*
10. Earmarked funding for pharmaceutical care in general practice should be initiated	1	1	2	1
11. The NDP loses its independent position as healthcare provider as an employee of a general practice	-2	0	-1	0
12. GP care will be unnecessarily expensive by nationwide introduction of the NDP	-2*	0	0	-1
13. The GP has insufficient knowledge of medication	1	1	-1*	2
14. <i>The tasks of the NDP and the community pharmacist are different</i>	1	0*	1	1
15. The knowledge of the NDP about clinical pharmacology is essential in general practice	3*	1	1	1
16. Shared training in the GP's and pharmacist's educational programmes improves pharmaceutical care	1	2	3	1
17. To improve pharmaceutical care, the community pharmacist needs to give advice about the choice of medication	0	2*	0	0
18. The added value of the NDP is the care of the individual patient	1	1	2	3
19. Medication reviews should take place in general practice	0	-2*	1*	0
20. Access to medical records is an essential prerequisite for pharmaceutical care	3	3*	2	2

1252

Int J Clin Pharm (2016) 38:1250–1260

Anexo VI – Questionário. Fonte: Hazen et al. (2016) (cont.).

Table 1 continued				
Statements	Factor A: independent clinical pharmacist	Factor B: independent community pharmacist	Factor C: dependent clinical pharmacist	Factor D: medication therapy management specialist
21. The GP and NDP share a common goal in the pharmacotherapy of the patient	2	3	3	2
22. Information on medication provided to the patient by the community pharmacist does not sufficiently reflect the GP's advices	0*	-1	0	2*
23. The inferior position of the pharmacist relative to the GP impedes medication safety	0	0*	-2*	-1
24. <i>The NDP will take on the fun part of the community pharmacist's work</i>	-1*	0	0	0
25. Without proactive identification of patients with potential drug therapy problems, the NDP has no added value	0	1*	-1	3*
26. The advice on pharmacotherapy and the dispensing of the medication should be separated	0	-2*	0*	0
27. The community pharmacist is not skilled to perform a patient consultation	0	-3*	0	0
28. To enable a successful collaboration it is necessary that GP and NDP are working in the same organisation	2*	0	0	0
29. The NDP is doing work that can be done more adequately by a practice nurse	-3	-2*	-3	-3
30. <i>The logistics in the community pharmacy can be coordinated more adequately by someone with a bachelor's degree</i>	0	0	0	0
31. The education of the patient about their medication use should be linked to the dispensing of the medication	-1	1*	-1	-2*
32. Pharmaceutical care (including the dispensing of the medication) can best be accommodated at a general practice	0	-3*	-1	-1
33. <i>The community pharmacist should focus solely on counselling on pharmacotherapy</i>	-1	-1	-1	0
34. The NDP must be an independent prescriber	0*	0*	-2	-3
35. <i>A general practice with 10,000 patients is too small to employ a full-time NDP</i>	-1*	0	-1*	0
36. The NDP cannot be employed at a community pharmacy due to conflict of interest	-1	-1*	1*	-1
37. The NDP takes on too many tasks of the GP	-3	-1	-2	-2

-3 indicates that the factor on (weighted) average disagrees most with that statement
3 indicates that the factor on (weighted) average agrees most with that statement
* Distinguishing statements ($p < 0.01$), consensus statements: bold, neutral statements (neglected in final results): italic

Int J Clin Pharm (2016) 38:1250–1260