

BARREIRAS E FACILITADORES À PRÁTICA DO  
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NOS  
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES  
PORTUGUESES

Isabel Batista Brazinha

Dissertação de Mestrado em Acompanhamento Farmacoterapêutico

SETEMBRO DE 2010



BARREIRAS E FACILITADORES À PRÁTICA DO  
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NOS  
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES  
PORTUGUESES

Dissertação submetida à Universidade de Évora para obtenção do Grau de  
Mestre em Acompanhamento Farmacoterapêutico sob a orientação do  
Professor Doutor Fernando Fernández-Llimós



176 221

SETEMBRO DE 2010

Isabel Batista Brazinha

## Agradecimentos

Queria agradecer a todos os que, nesta fase de questionamento contínuo e de luta contra mim própria, me incentivaram e me apoiaram na realização deste trabalho:

A todos os participantes, por terem partilhado as suas experiências e opiniões e sem os quais este estudo não teria sido possível.

A todos os meus professores com quem eu aprendi imenso e que me forneceram bases essenciais para o desenvolvimento deste estudo e, especialmente, ao meu orientador, o Professor Fernando Fernández-Llimós, por ter exigido, despertado dúvidas e novos caminhos, pela dedicação, ânimo e paciência, e pelas dicas práticas, sempre imprescindíveis na realização deste tipo exaustivo de trabalho.

Aos meus colegas de curso, especialmente, ao Fernando, à Joana, à Alzira e à Lénia, pelas terapias de grupo.

À Maria, ao Henrique, à Laura e ao Bruno pelas transcrições cuidadas e (que bom!) algumas vezes divertidas.

Aos amigos, à família e aos colegas que prescindiram com paciência da minha companhia enquanto o estudo se desenrolava.

A todos os meus colegas da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, particularmente, ao pessoal da cirurgia e da ortopedia, por perceberem o que há de bom em trabalhar em equipa, e, especialmente, aos meus colegas dos serviços farmacêuticos, pela camaradagem e ânimo com que me têm mimado, com um destaque para a Margarida e para a Dr.<sup>a</sup> Lurdes Miranda, por nós proporcionar abertura e estímulo na construção contínua de um melhor serviço.

À minha mãe, que, mesmo não percebendo muito bem o porquê de tanto esforço, sempre me apoiou e incentivou com os seus bons conselhos: “Nunca se deve dizer nunca!”.

Ao meu pai, por me ter deixado o seu espírito aventureiro.

Ao João, à Luisa e à Arminda, pelo carinho, a amizade e os raspanetes, especialmente, ao João pelo apoio na realização da trabalhosa formatação.

À Carla Pepino e à Fernanda Tomé da Sanofi-Aventis, ao Nuno Olav e à Graça Portela da Merck Sharp & Dohme e ao João Pedro Campos do Raul Vieira Biotecnologia, pelo apoio consciente à investigação, através da disponibilização de artigos científicos.

# **Barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses**

## **Resumo**

**Objectivos:** Identificar e compreender as barreiras e os facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses.

**Método:** Estudo qualitativo mediante realização de entrevistas semi-estruturadas a farmacêuticos hospitalares com e sem experiência no AFT e análise de conteúdo, retroactiva e temática.

**Resultados:** Estrutura dos serviços farmacêuticos: barreiras (1) falta de tempo, organização das actividades orientadas para a logística, instabilidade dos recursos humanos, barreiras físicas à comunicação, relações em divergência; facilitadores (2) reestruturação, trabalho em equipa. Farmacêutico: (1) resistência à mudança, qualificação inadequada; (2) atitude positiva, legitimação, formação. Meio externo: (1) falta de apoio institucional, relacionamento com o doente, o médico e farmacêutico comunitário, ensino inadequado; (2) apoio institucional, procura do doente, cooperação com o médico e o farmacêutico comunitário, ensino adequado. Tecnologia: (1) acesso aos dados clínicos e a informação, método inadequado; (2) acesso à informação, método adequado, documentação, informatização, marketing, boas práticas.

**Conclusão:** As entrevistas semi-estruturadas fornecerem uma visão ampla, detalhada e pragmática dos potenciais determinantes de uma prática generalizada do AFT nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses.

**Palavras-chave:** Inovação organizacional; Acompanhamento Farmacoterapêutico; Serviços farmacêuticos hospitalares; Farmacêutico; Investigação qualitativa; Portugal

# **Barriers and facilitators for practice of Medication Therapy Management in Portuguese's hospital pharmacy**

## **Abstract**

**Objectives:** To identify and understand the barriers and facilitators for the practice of Medication Therapy Management (MTM) in Portuguese's hospital pharmacy.

**Method:** Qualitative study through semi-structured interviews with MTM experienced and inexperienced hospital pharmacists followed by retroactive content and thematic analysis.

**Results:** Structure of hospital pharmacy: barriers (1) lack of time, activities focused on logistics, instability of human resources, physical barriers to communication, divergent relationships; facilitators (2) restructuring, teamwork. Pharmacist: (1) resistance to change, inadequate skills, (2) positive attitude, legitimating, formation. Environment: (1) lack of institutional support, relationship with patient, physician and community pharmacist, inadequate teaching, (2) institutional support, patient's demand, cooperation with physician and community pharmacist, appropriate teaching. Technology: (1) lack of access to clinical data and information, inadequate method, (2) access to information, appropriate method, documentation, computerization, marketing, good pharmacy practices.

**Conclusion:** The semi-structured interviews provide a broad, comprehensive and pragmatic view of potential determinants for wide practice of MTM in Portuguese's hospital pharmacy.

**Key-words:** Organizational Innovation; Medication Therapy Management; Pharmacy Service, Hospital; Pharmacists; Qualitative Research; Portugal

## Siglas e Abreviaturas

ACCP:	American College of Clinical Pharmacy
ACSS:	Administração Central dos Serviços de Saúde
AFT:	Acompanhamento Farmacoterapêutico
DP:	Desvio Padrão
EAM:	Evento Adverso associado ao Medicamento
E:	Estrategia sem experiência no Acompanhamento Farmacoterapêutico
EP:	Estrategia com experiência no Acompanhamento Farmacoterapêutico
Infarmed:	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
MTM:	<i>Medication Therapy Management</i>
NP:	Farmacêutico sem experiência no Acompanhamento Farmacoterapêutico
P:	Farmacêutico com experiência no Acompanhamento Farmacoterapêutico
RT:	Revisão Terapêutica
SCF:	Serviços Cognitivos Farmacêuticos
SFH:	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SFT:	Seguimento Farmacoterapêutico

## Índice

1.	INTRODUÇÃO.....	6
1.1.	Função clínica do farmacêutico hospitalar .....	9
1.1.1.	Farmácia Clínica, Cuidados Farmacêuticos e Acompanhamento Farmacoterapêutico.....	9
1.1.2.	Eficácia do Acompanhamento Farmacoterapêutico .....	14
1.2.	Barreiras e facilitadores .....	18
1.2.1.	Fundamento teórico .....	18
1.3.	Farmácia hospitalar em Portugal.....	22
2.	OBJECTIVOS .....	25
3.	MATERIAL E MÉTODO.....	26
3.1.	Desenho do estudo.....	26
3.2.	Método .....	26
3.3.	Guião de entrevista.....	28
3.4.	Participantes .....	31
3.4.1.	Definição da população.....	31
3.4.2.	Seleção da amostra .....	33
3.4.3.	Captação dos entrevistados .....	34
3.4.4.	Número de entrevistados.....	34
3.4.5.	Características da amostra .....	34
3.5.	Entrevista.....	36
3.5.1.	Consentimento informado.....	36
3.5.2.	Introdução .....	36
3.5.3.	Processo .....	37
3.5.4.	Registo das características.....	37
3.6.	Análise .....	38
4.	RESULTADOS.....	40
4.1.	Conceito de Acompanhamento Farmacoterapêutico .....	41
4.2.	Funções do Farmacêutico hospitalar.....	44
4.2.1.	Funções e actividades actuais.....	44
4.2.2.	Funções e actividades desejadas.....	44
4.3.	Estrutura dos serviços farmacêuticos hospitalares .....	47
4.3.1.	Barreiras.....	47
4.3.1.1.	Falta de tempo.....	47
4.3.1.2.	Organização das actividades farmacêuticas orientada para a logística	47
4.3.1.3.	Instabilidade dos recursos humanos.....	48
4.3.1.4.	Barreiras físicas à comunicação .....	48

4.3.1.5.	Relações em divergência .....	48
4.3.2.	Facilitadores .....	54
4.3.2.1.	Reestruturação dos serviços farmacêuticos hospitalares .....	54
4.3.2.2.	Trabalho em equipa .....	55
4.4.	Farmacêutico hospitalar .....	58
4.4.1.	Barreiras .....	58
4.4.1.1.	Medo da mudança .....	58
4.4.1.2.	Desconhecimento do AFT .....	58
4.4.1.3.	Atitude negativa relativa ao AFT .....	58
4.4.1.4.	Comodismo .....	59
4.4.1.5.	Desmotivação .....	59
4.4.1.6.	Qualificação inadequada .....	59
4.4.2.	Facilitadores .....	64
4.4.2.1.	Vontade de praticar o AFT .....	64
4.4.2.2.	Demonstração da necessidade do AFT .....	64
4.4.2.3.	Capacidade de comunicação .....	65
4.4.2.4.	Formação .....	65
4.5.	Meio externo aos serviços farmacêuticos hospitalares .....	69
4.5.1.	Barreiras .....	69
4.5.1.1.	Falta de apoio institucional .....	69
4.5.1.2.	Dificuldades de relacionamento com o doente .....	70
4.5.1.3.	Falta de cooperação entre farmacêutico hospitalar e comunitário .....	70
4.5.1.4.	Inadequação do ensino facultado pela Universidade .....	70
4.5.1.5.	Dificuldades de relacionamento com o médico .....	71
4.5.2.	Facilitadores .....	75
4.5.2.1.	Apoio institucional .....	75
4.5.2.2.	Adequação do ensino facultado pela Universidade .....	75
4.5.2.3.	Procura por parte do doente .....	76
4.5.2.4.	Cooperação entre farmacêutico hospitalar e comunitário .....	76
4.5.2.5.	Melhor relação com o médico .....	76
4.6.	Tecnologias .....	80
4.6.1.	Barreiras .....	80
4.6.1.1.	Dificuldades de acesso aos dados clínicos .....	80
4.6.1.2.	Dificuldades de acesso ao conhecimento .....	80
4.6.1.3.	Inadequação do método de AFT .....	81
4.6.2.	Facilitadores .....	84
4.6.2.1.	Acesso às fontes de informação .....	84
4.6.2.2.	Disponibilidade de um método adequado .....	84
4.6.2.3.	Definição de critérios de selecção de doentes .....	84
4.6.2.4.	Documentação das actividades .....	84
4.6.2.5.	Informatização e automatização dos SFH .....	85

4.6.2.6.	Fardamento identificador de farmacêutico .....	85
4.6.2.7.	Marketing do AFT .....	85
4.6.2.8.	Definições de Boas Práticas de AFT.....	86
4.6.2.9.	Protocolos terapêuticos .....	87
5.	DISCUSSÃO .....	92
5.1.	Discussão metodológica .....	93
5.2.	Discussão dos resultados .....	95
5.2.1.	Acompanhamento Farmacoterapêutico: um novo paradigma?.....	95
5.2.2.	Acompanhamento Farmacoterapêutico: Uma questão de eficiência estrutural? .....	100
5.2.3.	Acompanhamento Farmacoterapêutico: Uma questão de adaptação? ..	103
5.2.3.1.	Resistência a mudança .....	103
6.	CONCLUSÃO .....	106
6.1.1.1.	Barreiras .....	106
6.1.1.2.	Facilitadores .....	107
7.	BIBLIOGRAFIA .....	109
8.	ANEXOS .....	109

## Índice de figuras

Figura 1 - Elementos do processo de mudança .....	19
Figura 2 - Esquema dos perfis definidos .....	32

## Índice de quadros

Quadro 1 – Características da amostra .....	35
Quadro 2 – Conceito de Acompanhamento Farmacoterapêutico.....	42
Quadro 3 – Funções do Farmacêutico hospitalar .....	46
Quadro 4 – Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras .....	50
Quadro 5 – Serviços farmacêuticos hospitalares: Facilitadores .....	56
Quadro 6 – Farmacêutico hospitalar: Barreiras .....	61
Quadro 7 – Farmacêutico hospitalar: Facilitadores .....	66
Quadro 8 – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras .....	72
Quadro 9 – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Facilitadores .....	77
Quadro 10 – Tecnologias: Barreiras .....	82
Quadro 11 – Tecnologias: Facilitadores.....	88

## 1. INTRODUÇÃO

A morbidade e a mortalidade ligada à utilização do medicamento têm vindo a constituir um objecto considerável de preocupação e atenção, nomeadamente para as autoridades sanitárias.

No início dos anos 60, a talidomida, após 4 anos de utilização como ansiolítico e agente profiláctico dos enjoos matinais durante a gravidez, é identificada com a causa de cerca de 10 000 casos de focomélia. Este acontecimento, conhecido como o “Drama da talidomida”, terá desencadeado o questionar da real segurança dos medicamentos mas ainda da sua real mais-valia. Se até aí, nos Estados Unidos, a autorização de introdução no mercado era concedida mediante a comprovação pré-clínica de não toxicidade - legislação que surge no seguimento de casos fatais devido ao solvente de um elixir de sulfanilamida -, só então é reconhecido como imprescindível a demonstração clínica da segurança, mas ainda da eficácia de um medicamento, previamente à sua comercialização. Para além destas medidas, a implementação de sistemas cooperantes de vigilância das reacções adversas surge com a necessidade de precaver uma monitorização continuada e a obtenção de informação de segurança relativamente ao medicamento, necessidade já distinguida, nos anos 50, aquando da descoberta que o antibiótico cloranfenicol poderia causar anemia aplásica.[1]

Neste contexto, o enfoque é dado à toxicidade intrínseca do medicamento, como patente na definição de reacção adversa medicamentosa da Organização Mundial da Saúde (1969): *“qualquer reacção prejudicial, não procurada e que aparece nas doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento ou para modificação de função fisiológica”*. [1]

Nesta última década, o foco de atenção expandiu-se aos riscos associados aos cuidados de saúde através da publicação e divulgação pública de relatórios de segurança [2], tais como *To err is human: Building a safer Health System* [3], alertando para o significativo custo humano e económico dos erros em saúde e, mais especificamente, dos erros

relacionados com o medicamento, como por exemplo, em *A Spoonful of Sugar - Medicines Management in NHS Hospitals* [4] ou em *Preventing Medication Errors* [5].

Estima-se que entre 44 000 a 98 000 pessoas morrem anualmente nos hospitais americanos devido a erros na prestação de cuidados de saúde, o que, mesmo considerando o valor mais baixo, posiciona estes como a oitava causa de morte, à frente do cancro da mama ou dos acidentes de viação.[3] Para além disso, estima-se que levam a uma perda anual de 17 a 29 mil milhões de dólares, quer devido a um acréscimo dos custos em saúde, quer através da perda de produtividade.[3]

O recente estudo retrospectivo de coorte que abrangeu 24 hospitais espanhóis, *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*, aponta o medicamento, ou os processos relacionados com ele, como a causa mais frequente de danos ligados aos cuidados de saúde (37, 4%), a frente das infeções nosocomiais (25,34%) e dos problemas ocorridos durante procedimentos (25%).[6] Foram observadas incidências de 11, 5 a 70 eventos adversos relacionados como o medicamento (EAM) por mil doentes internados por dia, o que equivale a dizer que num hospital com uma lotação de 500 camas poderão ocorrer, por dia, entre 5 a 35 danos relacionados com a utilização do medicamento, dos quais cerca de 30% potencialmente preveníveis.[5] Realçando que 42% dos EAM, considerados severos ou que puseram em risco a vida do doente, foram considerados preveníveis.[5]

Contudo, os eventos adversos ocorridos durante o internamento não são os únicos que dizem respeito ao meio hospitalar, considerando, nomeadamente, que, em média, 59% das admissões hospitalares relativas ao medicamento poderiam ser evitadas.[7] Num recente estudo francês, dos 1937 pacientes que recorreram às urgências, cerca de 21% o fizeram devido a uma EAM, 37, 9% dos quais foram considerados evitáveis.[8]

Para além disso, observou-se que problemas na transição pós alta hospitalar levaram a que cerca de 6% dos pacientes sofressem EAM preveníveis ou melhoráveis, destes 37,5% levaram a incapacidade.[9]

A morbidade e mortalidade farmacoterapêutica encontram-se ainda conectadas aos cuidados hospitalares prestados ao doente ambulatorio. Nesta população, nomeadamente nos indivíduos com idade superior a 65 anos, foi observada uma incidência, por ano, de 13,8 eventos adversos medicamentosos preveníveis em cada 1000 indivíduos, devido maioritariamente aos erros na prescrição, a uma monitorização deficiente ou a falta de adesão. Neste último estudo, foi reportado o falecimento de 5 pessoas em consequência de um EAM prevenível.[10]

Os EAM são definidos como danos devidos ao medicamento. Estes podem ser o resultado de erros, ou seja, ser EAM preveníveis, ou de reacções adversas ao medicamento não preveníveis. Os erros podem ocorrer todo ao longo do processo de utilização do medicamento, desde a sua selecção, dispensa, prescrição, administração à monitorização do seu efeito.[11]

Embora os erros possam ser de comissão, isto é, o insucesso em que o plano estabelecido seja executado, ou de omissão, isto é, a utilização de um plano errado para se obter o objectivo expectado, a maioria dos estudos relativos aos EAM, tem-se focado nos erros de execução, subestimando outras causas de morbilidade. O medicamento pode ser sobreutilizado, isto é, o seu potencial para causar dano ser superior ao seu possível benefício ou, por outro lado, pode ser subutilizado, dado o seu uso poder ter produzido um resultado favorável.[5]

Neste contexto, o risco associado ao medicamento já não é só visto na perspectiva do medicamento em si ou de potenciais erros na sua utilização, mas sim, e sobretudo, da gestão da sua utilização dentro do sistema de saúde.

O relatório *To err is human* [3] veio despoletar a consciência para a necessidade impreterível de construir sistemas de prestação de cuidados de saúde mais seguros, que tornem difícil errar e que quando estes erros sucedem, permitem a sua detecção e correcção antes que o dano ocorre. O relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [12] apontou como objectivos para um sistema de saúde de qualidade, ser seguro, efectivo, centrado no paciente, atempado, eficiente, e equitativo. A semelhança de qualquer profissional de saúde que faz parte deste sistema, o farmacêutico tem o dever moral de contribuir no sentido de alcançar estes objectivos.

Muito já tem sido feito ao nível dos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses: cerca de 80% possuem um sistema de distribuição em dose unitária individual, a validação prévia a distribuição é feita em cerca de 80% dos hospitais, metade destes utiliza circuitos integrados do plano terapêutico do doente, entre outros desenvolvimentos. Contudo, somente 40% dos serviços farmacêuticos dizem praticar Farmácia Clínica.[13]

## 1.1. Função clínica do farmacêutico hospitalar

### 1.1.1. Farmácia Clínica, Cuidados Farmacêuticos e Acompanhamento Farmacoterapêutico

As vantagens de uma maior cooperação entre o farmacêutico e a restante equipa clínica são há muito reconhecidas em Portugal. Nos meados dos anos 70, esta necessidade levou à criação de uma secção independente no seio da farmácia do Hospital Santa Maria, inicialmente, denominada de secção de Informação, a qual viria, mais tarde, a ser designada como de Farmácia Clínica. Para além das actividades de formação e de suporte informativo desta secção, dois farmacêuticos foram colocados a tempo inteiro nos serviços clínicos.[14] A introdução destas novas actividades reflecte o reconhecimento da importância do acesso a informação relativa ao medicamento para a efectividade e segurança da farmacoterapia.

Desde a definição da Farmácia Clínica, outros conceitos têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de clarificar o papel do farmacêutico, enquanto profissional de saúde, na melhoria dos serviços de saúde dedicados ao doente, designadamente os Cuidados Farmacêuticos e o Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Actualmente, existem várias definições para o conceito de Farmácia Clínica. O colégio americano de Farmácia Clínica (ACCP) define-a como “o ramo da farmácia respeitante à ciência e à prática da utilização racional do medicamento” e mais especificamente como “uma disciplina científica, na qual o farmacêutico providencia cuidados ao paciente que optimizam a farmacoterapia e promovem a saúde, o bem-estar e a prevenção da doença”. [15] Para a sociedade europeia de Farmácia Clínica, ela é “uma especialidade sanitária que descreve as actividades e serviços do farmacêutico clínico no desenvolvimento e na promoção do uso racional e apropriado dos dispositivos e produtos medicinais”. [16] Em Portugal, o programa do medicamento hospitalar do Ministério da Saúde refere que “o conceito de Farmácia Clínica tem por base o desenvolvimento da actividade do farmacêutico centrada no doente com o objectivo de optimizar a terapêutica farmacológica promovendo a cura e/ou prevenção da doença”. [17] Quer seja ela entendida como uma ciência ou uma filosofia, o ponto central destas três definições assenta no objectivo comum de optimizar a utilização do medicamento. Se por um lado, na definição europeia, este ultimo objectivo aparece como um fim em si, na americana e

na portuguesa, a optimização da farmacoterapia surge como meio para obter resultados de saúde positivos. Fica porém na dúvida o foco de atenção, o paciente em particular ou/e o paciente na sua generalidade, ou, por outras palavras, o resultado ou/e o processo. O programa do medicamento hospitalar esclarece mencionando que o farmacêutico deve contribuir na elaboração do plano terapêutico, no desenvolvimento e na implementação de protocolos clínicos e em acções de formação sobre a utilização racional dos medicamentos [17]. Isto é, actividades que intervêm na melhoria do processo de utilização do medicamento, fundamentadas no que é favorável a um grupo de pacientes com características semelhantes. Pelo seu lado, o ACCP salienta que o conceito de Farmácia Clínica abraça o de Cuidados Farmacêuticos e que, por esta razão, não se trata somente de fornecer serviços, mas sim, cuidados. Enfatiza ainda que a farmacêutico clínico assume a responsabilidade em conseguir os resultados farmacoterapêuticos predefinidos, o que torna mais que um mero consultante.[15]

Esta noção de responsabilidade e de resultado transparece declaradamente na definição de Cuidados Farmacêuticos de Hepler e Strand: “a dispensa responsável de tratamento farmacológico com o objectivo de alcançar resultados definidos que melhoram a qualidade de vida do paciente”. [18, 19] Nesta definição, é realçado a responsabilidade inerente à relação estabelecida com o paciente através do acto voluntário da dispensa, assim como a filosofia de uma prática centrada na pessoa através da introdução da noção de qualidade de vida, uma avaliação subjectiva da saúde, própria a cada paciente. Há que sublinhar que o objectivo apresentado é alcançar resultados previamente definidos, o que implica uma monitorização e um comprometimento continuado com o paciente. Ao contrário das definições de Farmácia Clínica, esta definição não estabelece que seja o farmacêutico a prestar os Cuidados Farmacêuticos, querendo os autores enquadrar os Cuidados Farmacêuticos num sistema onde intervêm não só o farmacêutico, mas sim, o paciente e o médico, ou por outras palavras, um sistema cujos resultados dependem de uma cooperação entre estes vários elementos.[19] Desta forma, no contexto dos Cuidados Farmacêuticos, o farmacêutico deve orientar a sua prática de acordo com as necessidades do paciente, pessoa, definir objectivos que satisfazem estas necessidades, cooperar com o paciente e com o médico de forma a realizar estes objectivos e responsabilizar-se pelos resultados dos objectivos definidos através da sua monitorização. Contudo, esta definição não contempla quais são os meios, procedimentos, competências necessários para se atingir os objectivos delimitados.

Este ponto vem a ser clarificado através do conceito de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) (tradução pessoal de *Medication Therapy Management*), definido pela *MTM Services Working Group*, em consenso com onze organizações farmacêuticas americanas, como “um serviço ou um conjunto de serviços que optimizam os resultados terapêuticos para um paciente individual”. [20]

O AFT abrange um amplo leque de actividades e responsabilidades, no âmbito da prática de farmacêuticos licenciados ou de outros profissionais de saúde qualificados. O AFT inclui os seguintes serviços, entre outros não especificados a determinar de acordo com as necessidades dos doentes [20]:

- Avaliar o estado de saúde do doente
- Organizar um plano de tratamento farmacoterapêutico
- Seleccionar, iniciar, modificar ou administrar medicamentos
- Monitorizar e avaliar a resposta do doente ao tratamento, incluindo a sua segurança e a sua efectividade
- Realizar uma revisão farmacoterapêutica com o fim de identificar, resolver e prevenir problemas relacionados com o medicamento, incluindo eventos adversos ao medicamento
- Documentar os cuidados prestados e comunicar a informação essencial aos outros profissionais de saúde primária
- Providenciar educação verbal e treino de forma a que o paciente compreenda e utiliza do melhor modo a sua medicação
- Providenciar informação, serviços de suporte e recursos desenhados no sentido de reforçar a adesão do paciente à terapêutica
- Coordenar e integrar os serviços de AFT dentro dos outros serviços sanitários dispensados ao paciente

É definido ainda que um serviço de AFT deve ser prestado a um doente específico, deve privilegiar a relação com o doente, deve permitir identificar pessoas que possam beneficiar deste serviço, deve ser remunerado e deve incluir procedimentos que promovem uma melhoria da continuidade dos cuidados, dos resultados e da medição destes resultados. [20]

Considerando o objectivo do AFT, a optimização dos resultados farmacoterapêuticos para um paciente individual, e os serviços descritos, mantém-se contudo ambíguo que tipos de resultados se pretendem.

A optimibilidade é definida como a avaliação da qualidade de um procedimento de acordo com a sua relação custo /efeito ou custo / benefício.[21] Como por exemplo, querendo avaliar a qualidade do resultado da utilização de um medicamento X de acordo com a sua optimibilidade, será necessário avaliar o custo do medicamento e o seu efeito. Se o medicamento não for efectivo, poder-se-á avaliar que não foi óptimo porque levou a custos sem no entanto beneficiar o doente. Considerando agora a relação custo / benefício e por exemplo, que o processo de utilização do medicamento resultou como um custo e mais efectiva que insegura, poder-se-á qualificar este processo como tendo uma relação custo / benefício positiva para o doente? Quais são os critérios de aceitabilidade? Definir como resultado uma relação poderá permitir avaliar a qualidade de uma tecnologia, comparando. Contudo, no contexto da qualidade dos cuidados de saúde, designadamente do AFT, não surge como conveniente. No contexto da morbilidade e mortalidade relacionado com o medicamento, surge como objectivo primordial o de prevenir e resolver os resultados clínicos negativos associados à utilização do medicamento, entendendo resultados como estados ou condições de um indivíduo ou de uma população atribuível a cuidados de saúde antecedentes.[22]

Enquadrando o AFT na sociedade, que objectivos poder-se-ão definir? Na visão utilitarista de um sistema de saúde com recursos finitos, torna-se inevitável balancear a segurança expectada com a identificação de quem poderia vir a beneficiar mais destes serviços, isto é, optimizar os custos que implicam estes serviços com os benefícios que deles se podem tirar. Neste caso, as actividades de Farmácia Clínica e de AFT complementam-se, definindo a Farmácia Clínica na sua diferença, nas actividades realizadas no sentido de melhorar o processo de utilização do medicamento, fundamentadas no que é favorável a um grupo de pacientes com características semelhantes.

Para além de já terem sido identificadas características, inerentes ao processo de utilização, associadas a resultados negativos associados ao medicamento [23-25], o que permite a sua normalização e a prevenção do risco, a avaliação da melhor e mais actual evidência científica actual permite estabelecer critérios explícitos de qualidade na prescrição e estabelecer protocolos.

Contudo, o processo de utilização do medicamento é um sistema complexo, nomeadamente em termos de relações entre os seus intervenientes – profissionais de saúde, pacientes, familiares. Ademais, as competências e o conhecimento actual, que impõe cada vez mais exigências, não permitem avaliar ou explicar por completo a realidade clínica, dado os múltiplos e complexos factores que intervêm na resposta do paciente ao fármaco.

Se bem que a identificação de um resultado negativo isolado permitirá dificilmente identificar de forma indubitável a ou as suas causas, o cruzamento com um número suficiente de casos permite inferir uma causa comum e estabelecer medidas normalizadoras. Por outro lado, a normalização do processo permite identificar mais eficientemente resultados negativos e as suas causas, facilitando uma resolução atempada e adequada.[21]

Neste quadro, as actividades de Farmácia Clínica serão mais efectivas do que o AFT na prevenção de resultados negativos, enquanto as de AFT o serão na sua resolução e na identificação e avaliação de casos desviantes reveladores da qualidade da normalização do processo e das potenciais causas normalizáveis.

A avaliação da qualidade das intervenções realizadas sobre o processo é deveras importante, considerando o estudo de Wennberg [26] que demonstrou que o aumento dos recursos dispendidos com os cuidados de saúde, comparando duas populações demograficamente semelhantes, não levou a uma melhoria correspondente dos resultados clínicos. Este estudo realça que melhorias no processo nem sempre correspondem a melhorias nos resultados.

A normalização dos procedimentos permite diminuir a variabilidade dos factores que possam afectar os resultados expectados, o que, aplicado ao contexto do AFT, poder-se-á traduzir como uma garantia da sua efectividade, tornando-o num instrumento desenhado para a identificação e resolução de resultados negativos clínicos e ainda para a compreensão das suas causas.

Actualmente, encontram-se desenvolvidos alguns métodos orientadores da prática do AFT, utilizados em serviços farmacêuticos hospitalares: o método Dáder [27], o método laser [28] e a classificação de Cipolle [29] ou da rede Europeia de Cuidados Farmacêuticos: *Pharmaceutical Care Network European* [30].

Recapitulando, poder-se-á definir Acompanhamento Farmacoterapêutico como uma tecnologia sanitária que visa resolver os resultados clínicos negativos associados a farmacoterapia mediante a sua identificação, avaliação e monitorização num doente específico.

## 1.1.2. Eficácia do Acompanhamento Farmacoterapêutico

À semelhança de qualquer tecnologia sanitária, é fundamental que exista evidência suficiente da sua eficácia para se outorgar a legitimidade da prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Bond e Rael têm vindo a realizar uma série de estudos de coortes retrospectivos [31-37], baseada na análise multivariada de dados provenientes dos resultados ao inquérito *National Clinical Pharmacy Services* e da base de dados de doentes cobertos pela Medicare, querendo avaliar uma potencial correlação entre a realização de diversas actividades clínicas farmacêuticas e uma melhoria dos resultados clínicos. Num destes estudos [37], das catorze actividades avaliadas, sete foram associadas a uma diminuição da mortalidade: a gestão de protocolos farmacoterapêuticos, a gestão de reacções adversas, a participação na equipa de ressuscitação cardiopulmonar, a participação na visita clínica, a formação em serviço, a avaliação da utilização de medicamentos e a recolha do histórico de medicamentos no momento da admissão. Se bem que o tamanho da amostra - 7 892 430 admissões (22,98% das admissões anuais americanas) e os 855 hospitais abrangidos - tendem a apontar para uma possível generalização dos resultados, pelo menos à população alvo dos pacientes médico-cirúrgicos, e que o grau de morbilidade dos hospitais em questão tenha sido considerado - avaliado mediante o número de visitas de emergência e a rotatividade - outros múltiplos possíveis factores de confundimento não permitem estabelecer uma causalidade. Para além disso, uma relação causal entre estas actividades e a mortalidade é dificilmente explicável de forma directa, como por exemplo, no caso da formação em serviço. Singularmente, actividades como a monitorização farmacocinética e farmacoterapêutica não parecem estar associados a uma diminuição da mortalidade. Este estudo carece ainda de validade interna, somente 24% dos serviços farmacêuticos inquiridos responderam ao questionário, o que poderá ter introduzido falsos negativos.

Contudo, vários estudos mais robustos, intervencionais, pretenderam evidenciar a efectividade clínica de diferentes actividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico hospitalar, em colaboração com a equipa prestadora de cuidados de saúde, no sentido de resolver a morbilidade associada ao medicamento.

O estudo de Leape *et al* [38], ensaio pré-pós teste com grupo de controlo, aleatorizado e cego, que abrangeu um total de 275 doentes, mostrou que a integração do farmacêutico

numa equipa de cuidados intensivos levou a uma diminuição significativa ( $p < 0,001$ ) da incidência de eventos adversos medicamentosos preveníveis de 10,4 para 3,5/1000 doentes/dia (66%) e do total de eventos adversos de 33 para 11,6 por 1000 doentes/dia.

Uma diminuição significativa ( $p=0,02$ ) da ocorrência de eventos adversos medicamentosos preveníveis, em cerca de 78%, foi ainda observada no estudo de Kucukarslan *et al* [39], ensaio, não aleatorizado, cego que envolveu 165 doentes de Medicina interna.

No estudo de Canales *et al* [40], ensaio não aleatorizado e não controlado, realizado em meio psiquiátrico (93 doentes), os resultados destas intervenções já não são apresentados somente em termos de segurança, isto é, de danos resultantes dos cuidados de saúde, mas sim, e se bem que relacionáveis, em termos de efectividade. Para além de se ter observado uma diminuição significativa ( $p < 0,05$ ) das reacções adversas específicas aos tratamentos neurolépticos, tais como os síndromes extra-piramidais, a acatisia e a discinésia, observou-se, ainda, um maior controlo dos sintomas psiquiátricos.

O recurso aos cuidados de saúde no período pós-internamento foi utilizado como uma medida indirecta da morbilidade associada ao medicamento em dois estudos recentes. No ensaio, randomizado e controlado para a idade, cego, conduzido por Gillespie *et al* [41], num total de 400 doentes com idade superior a 80 anos, o grupo sujeito à intervenção recorreu 16% ( $p < 0,05$ ) menos ao hospital e 47% ( $p < 0,05$ ) menos às urgências, durante os 12 meses subsequentes à alta. Estimou-se ainda que as readmissões devido ao medicamento diminuíram ( $p < 0,05$ ) em 80%

Por outro lado, o ensaio multicêntrico, quasi-randomizado, controlado e cego, de Makowsky *et al* [29], abrangendo 452 doentes de Medicina interna e familiar de 3 hospitais universitários canadianos, mostrou uma diminuição das readmissões aos 3 meses ( $p < 0,05$ ) de 45.5%, no grupo controlo, para 36.2%, no grupo de intervenção, mas não aos seis meses. O tempo de internamento foi também avaliado nos estudos de Kucukarslan *et al* [39] e Canales *et al* [40], não tendo sido observadas diferenças significativas.

Todos estes estudos levantam questões de validade interna que podem levar a sub ou sobrestimar o benefício da integração do farmacêutico na equipa clínica. As diferenças entre o grupo controlo e grupo de intervenção, designadamente uma maior proporção de doentes esquizofrénicos no grupo de intervenção, referidas no estudo de Canales *et al* [40], não permitem evidenciar com clareza uma causalidade entre as intervenções farmacêuticas e uma diminuição significativa de reacções adversas relacionadas com os neurolépticos. Por outro lado, no estudo de Leape *et al* [38], singularmente, a incidência de eventos adversos não

preveníveis também diminuí, possivelmente devido a subjectividade da avaliação causal que poderá ter levado a falsos negativos. Um baixo poder estatístico é ainda de referir, designadamente no estudo de Kucukarslan *et al* [39], onde se observou uma diminuição estatisticamente significativa da taxa de eventos adversos mas não da sua incidência, o que poderá por em questão a efectividade num maior número de doente. Apesar do maior número de doentes envolvidos, os estudos de Makowsky *et al* [29] e Gillespie *et al* [41], atribuem uma diminuição do recurso aos cuidados de saúde pós internamento a um conjunto de actividades, cuja maioria dificilmente a podem directamente explicar, a não ser a educação prestado ao doente, nomeadamente no momento da alta. Estas limitações vêm mostrar as dificuldades metodológicas, logísticas e possivelmente ainda éticas (não foi encontrado nenhum estudo pediátrico) à demonstração da efectividade clínica do AFT.

Aliás, é no rol variado de intervenções farmacêuticas descritas nestes estudos que reside o maior problema. Mais ainda do que testar e poder comparar a capacidade de determinados meios em diminuir a morbilidade associada ao medicamento, importa que estes possam ser utilizados noutros hospitais, com os mesmos resultados. Porém, dificilmente se consegue clarificar uma actividade ou um conjunto de actividade que possam cumprir este objectivo.

Se por um lado, no estudo de Leape *et al* [38], o farmacêutico intervém maioritariamente através da clarificação ou correcção, da prestação de informação, da recomendação de uma alternativa farmacoterapêutica mais custo/efectiva ou de menor risco/benefício, da identificação de alergias prévias e de interacções medicamentosas e das restantes, consta a identificação de eventos adversos - que não terão levado a recomendações em termos de prescrição - e intervenções ligadas a logística e a política institucional do medicamento. Por outro lado, no estudo de Canales *et al* [40], surge a monitorização farmacoterapêutica e no estudo de Kucukarslan *et al* [39], desaparece a prestação de informação e aparecem outras recomendações farmacoterapêuticas, tais como a adição ou suspensão de medicamentos.

Se nos estudos anteriores, o farmacêutico participou na prestação de cuidados de saúde ao doente ao longo de toda a sua estadia no hospital, noutros, as suas intervenções clínicas focalizaram-se na entrada, na alta ou na monitorização de determinados medicamentos. Os serviços de reconciliação, à entrada e/ou à saída do hospital, da medicação domiciliária com a medicação prescrita durante o internamento, a monitorização farmacocinética e farmacoterapêutica de fármacos associados a um maior risco como os aminoglicosídeos ou os anticoagulantes, e a prestação de recomendações acerca da utilização

de antibióticos, medicamentos que representam um elevado custo económico, são actividades que têm vindo a ser avaliadas, com mais ou menos sucesso.[42] Contudo, estas actividades, não deixando de ser instrumentos potencialmente válidos, não acautelam todo o espectro de eventos adversos medicamentosos preveníveis a nível hospitalar. Para além disso, pretendendo-se estabelecer prioridades de intervenção, é necessário conhecer a realidade de cada instituição. Embora se consigam discernir causas e características comuns para este problema, como por exemplo, a falta de conhecimento do medicamento e o erro na fase da prescrição, estimados como os mais frequentes no estudo conduzido por Leape *et al* [23] em 1995, nos hospitais americanos Brigham and Women's e Massachusetts General, estas dependem de um sistema com uma estrutura própria, como os próprios autores sustentam, e variável ao longo do tempo. Exemplificando com o estudo de Barker *et al* [43], onde para uma mesma definição de erro e o mesmo método de identificação, distinguiu-se uma variação substancial da taxa de erro ao nível da administração (0 a 66,7%) de instituição para instituição.

Em conclusão, a evidência disponível aponta para um benefício clínico da integração do farmacêutico na equipa prestadora de cuidados. Contudo, não permite determinar nenhum método que garante a sua efectividade em qualquer ambiente hospitalar, nem nenhum que permita monitorizar a incidência e as causas da morbilidade associada à utilização de medicamentos particular de cada um deles.

## 1.2. Barreiras e facilitadores

### 1.2.1. Fundamento teórico

O AFT impõe à Farmácia hospitalar uma mudança, ou por outras palavras, a introdução de novas actividades. Perceber os mecanismos de inovação possibilita o desenho sistemático de uma estratégia de mudança que se pretende efectiva.[44]

Inovação é uma ideia, prática ou objecto que é percebida como nova por um indivíduo ou outra unidade de adopção. O processo de inovação pode ser subdividido em 4 estádios principais: a disseminação, a adopção, a implementação e a sustentação. A passagem de um estádio para outro pode ser influenciado por vários factores que se poderão classificar em [44]:

- Características do contexto sócio-político, tal com leis, normas, características dos pacientes ou dos profissionais de saúde
- Características da organização, tal como a estrutura do processo de decisão, a rotatividade dos seus recursos humanos ou a organização das suas actividades.
- Características do indivíduo utilizador ou potencial utilizador desta inovação, como por exemplo, as suas competências, os seus conhecimentos e o suporte percebido pelos outros colegas.
- Características da inovação, tal como a sua complexidade ou as suas vantagens relativas.

Barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses

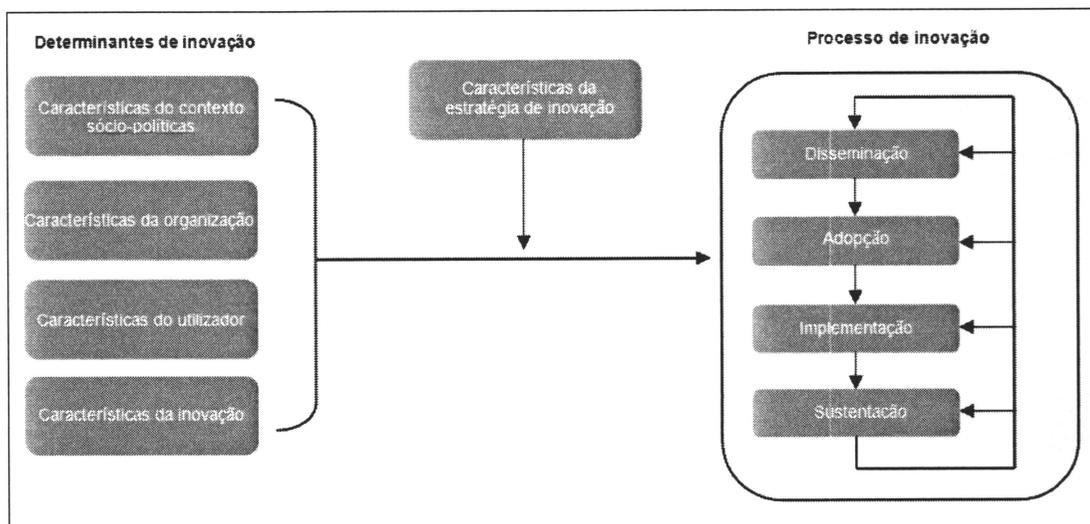


Figura 1 - Elementos do processo de mudança  
Adaptada de Fleuren *et al* [44]

Ao influenciar o processo de mudança, estes factores intervêm como determinantes do resultado da implementação da estratégia delineada. Este determinantes podem influenciar positivamente, isto é, serem facilitadores ou por outro lado, negativamente, isto é, constituírem barreiras. No contexto da implementação de uma estratégia que conduza a uma prática sustentada do AFT, poder-se-á definir como:

- **Facilitadores:** os elementos que facilitam a supressão das barreiras e/ou agilizam a passagem entre as diferentes fases do processo de inovação
- **Barreiras:** os elementos que impedem ou dificultam a passagem entre as diferentes fases do processo de inovação

Uma vez identificados os facilitadores e as barreiras relevantes para o processo de mudança, torna-se possível modifica-los com o recurso a métodos teóricos e a estratégias práticas, completando uma estratégia sistemática de inovação. O método teórico é uma técnica delineada com base numa teoria, no sentido de influenciar comportamentos ou condições ambientais, enquanto a estratégia é a forma como se encontra organizado e operacionalizado este método.[44]

Para Fleuren *et al* [44], a análise das barreiras e facilitadores não ser realizada e/ou a escolha da estratégia de inovação não ser a adaptada aos determinantes relevantes e/ou a estratégia prática não ser baseada num método adequado, podem levar ao insucesso do processo de mudança pela seguintes razões:

- A estratégia de inovação baseia-se em determinantes irrelevantes para o processo de mudança.
- O método e a sua aplicação prática não permitem modificar de maneira efectiva os determinantes considerados como relevantes.
- Os determinantes foram identificados somente numa população de indivíduos que não adoptaram a inovação, o que dificulta a percepção da sua importância no processo de inovação.

Observou-se que apesar dos serviços cognitivos serem remunerados pela administração central, de existir o apoio das organizações profissionais e da disponibilização de programas de apoio prático, a implementação destes serviços mantinha-se um desafio para muitas das farmácias comunitárias australianas. Neste contexto, Roberts *et al* [45] consideraram que o processo de mudança devia ser perspectivado ao nível da organização e fundamentaram a compreensão deste processo num modelo organizacional e, particularmente, na teoria da rede social – *Social Network* e na teoria da mudança organizacional de Borum.

A teoria organizacional baseia-se no modelo de organização de Leavitt, que define uma organização como um conjunto de indivíduos que trabalham para uns mesmos objectivos, cujo comportamento é modificado por normas e pela estrutura. Os elementos de uma organização são definidos com os seguintes [45]:

- **Participantes**: os indivíduos que fazem parte desta organização, designadamente a sua cultura, o seu papel, os seus conhecimento e as suas competências.
- **Objectivos/actividades**: os objectivos comuns da organização e as actividades desenvolvidos para atingir estes objectivos
- **Estrutura social**: os recursos humanos, as relações e a forma como os participantes se organizam dentro da farmácia mas ainda a sua estrutura física.
- **Tecnologia**: meios, procedimentos ou ferramentas que apoiam os processos ou a aplicação do conhecimento, isto é, meios informáticos, registos de actividades, protocolos de actuação, entre outros.

- Meio envolvente: relações que a organização estabelecem com o meio externo e das quais dependem a suas funções

Estes elementos encontram-se inter-relacionados, pelo que uma variação num deles pode se repercutir em qualquer dos outros e até em toda a organização.

A teoria da rede social foca-se na compreensão das relações e interacções entre participantes com características sociais comuns, partindo do princípio de que a forma como se encontram estruturadas estas relações influencia o funcionamento dos processos que ocorrem no seio da organização. Contudo, esta teoria pode ser expandida ao meio envolvente e as relações entre organizações ou entre actores sociais pertencentes a estas organizações.[45]

Por outro lado, a teoria da mudança organizacional de Borum pretende fornecer uma base conceitual para o entendimento da mudança e ainda um modelo para a definição de um plano estratégico de mudança. Borum classifica as estratégias de mudança como racional, política, humanística e exploradora. Cada estratégia tem o seu objectivo, métodos e problemas [45]:

- Estratégia racional: O foco aqui é sobre os processos e a sua eficiência, recorrendo a métodos tais como reorganização e a racionalização da organização. O principal problema deste tipo de estratégia é a implementação.
- Estratégia política: O objectivo aqui é influenciar, promover o interesse ou uma identificação com a mudança. Esta estratégia passa pela modificação da estrutura de controlo, como por exemplo, a legislação ou a negociação. O seu principal problema é a modificação de relações conflituosas e mostrar a legitimidade da mudança.
- Estratégia humanística: Nesta pretende-se promover a inovação, nomeadamente, a que leva a uma adequação. Esta estratégia passa pela modificação das interacções, designadamente, mediante a alteração dos processos de comunicação. Intervém ainda aqui a formação, a auto-reflexão e a identificação com a mudança. Os seus principais problemas são assegurar um compromisso, problemas relacionados com a qualidade da comunicação, como por exemplo, uma interpretação diferente da mudança pretendida, e a aceitação da mudança.
- Estratégia exploradora: Nesta pretende-se fomentar a criatividade, de forma a que os próprios actores da organização procurem novas ideias e soluções, promovendo a autonomia, aproveitando os momentos e as tendências e criando oportunidades de aprendizagem.

### 1.3. Farmácia hospitalar em Portugal

O Regulamento geral da Farmácia hospitalar (Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962, Lisboa) define a Farmácia hospitalar como “o conjunto de actividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços”. Estas actividades são realizadas e desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos, departamentos com “autonomia técnica, sem prejuízo de estarem sujeitos à orientação geral dos órgãos da administração, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício”. Inseridos nos hospitais, os serviços farmacêuticos compartilham dos mesmos objectivos e das mesmas diferenças em termos organizacionais no seio do sistema de saúde.

Os hospitais são, de acordo com a Direcção Geral de Saúde, os “estabelecimentos de saúde dotados de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo lhes também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”. Os estabelecimentos hospitalares podem ser classificados consoante vários critérios: área de influência/diferenciação técnica; hierarquização de valências<sup>1</sup>; número de especialidades/valências; regime de propriedade; ensino universitário; situação na doença; ligação entre hospitais.

A rede de prestação de cuidados de saúde, dos quais os cuidados hospitalares, encontra-se subdividido em regiões de saúde - Norte, Centro, Lisboa e vale do Tejo, Alentejo e Algarve -, existindo uma coordenação inter e intra-regional entre os hospitais de acordo com a diferenciação técnica das suas valências. Por um lado, os hospitais centrais, gerais ou especializados, que dispõe de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, por outro, os hospitais distritais e distritais de nível 1 que possuem os recursos inerentes às valências básicas, sendo que os distritais de nível 1 apresentam valências de internamento mais básicas relativamente aos distritais, os quais podem ainda ter, nalguns casos, valências intermédias ou diferenciadas.

---

<sup>1</sup> Valência: conjunto de meios humanos e físicos, que permite a aplicação de saberes específicos em medicina

O sistema de saúde em Portugal é essencialmente um serviço público. O direito à saúde encontra-se consagrado pela Constituição da República Portuguesa, incumbindo ao Estado, através de um “serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito”, garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde e ainda fiscalizar as formas empresariais e privadas de cuidados de saúde. Actualmente, integram a rede de prestação de cuidados de saúde 198 hospitais, dos quais 99 públicos, os hospitais do sector público administrativo (SPA) e os hospitais com carácter de entidade pública empresarial (EPE) e 99 estabelecimentos hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos. Para além do financiamento e do quadro jurídico, respectivamente, público, misto ou privado, estes estabelecimentos diferem ainda pelo seu tipo de gestão. Nestes últimos anos, uma componente empresarial foi introduzida na gestão hospitalar pública levando a uma transição gradual dos hospitais com gestão pública tradicional (SPA) a entidades públicas empresariais e congregando, em muitos destes casos, hospitais em centros hospitalares com gestão centralizada ou em unidades locais de saúde, que, para além de hospitais, integram cuidados primários.

São ainda distinguidos os hospitais universitários, aos quais compete, para além das responsabilidades inerentes a qualquer hospital, “cooperar para que a investigação e o ensino universitário possam ser utilizados numa melhoria progressiva da prestação dos cuidados de saúde”.

Embora o facto de se encontrarem inseridos em determinado hospital confira aos serviços farmacêuticos particularidades próprias, tais como a diferenciação dos seus serviços ou requerimentos diferentes em termos de gestão, a função destes, de uma forma essencial, é análoga. O Regulamento da Farmácia hospitalar, ainda vigente, define que compete aos serviços farmacêuticos hospitalares “preparar, verificar analiticamente, armazenar e distribuir drogas e medicamentos”, assim como outros produtos químicos, mas ainda “dar apoio técnico a outros serviços que dele careçam”, “cooperar na acção médica e social”, “promover e apoiar a investigação científica” e “colaborar na preparação e aperfeiçoamento de pessoal destinado a estes serviços e na educação farmacêutica de outros serviços com que estejam em ligação”. Bem que este regulamento já introduza a concepção de uma necessidade de trabalho em equipa dos SFH com os restantes serviços assistenciais hospitalares, mediante, designadamente, a participação em Comissões de Farmácia e terapêutica, e foca a importância das suas funções em termos de educação do pessoal hospitalar, ele reflecte a realidade de uma época onde as responsabilidades dos serviços farmacêuticos eram ainda essencialmente, na sua globalidade, as de produzir, armazenar e distribuir medicamentos. De

acordo com o Manual da Farmácia hospitalar, manual elaborado pelo Conselho Executivo do Plano de Reestruturação da Farmácia Hospitalar nomeado pelo Ministério da Saúde, os serviços farmacêuticos hospitalares são “o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove acções de investigação científica e de ensino”, incumbindo-lhes a responsabilidade pela gestão do medicamento, de outros produtos farmacêuticos e dos medicamentos experimentais e a implementação e monitorização da política do medicamento. Esta definição manifesta os actuais objectivos dos SFH: assegurar a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, continuando a realçar a importância da integração dos farmacêuticos nas equipas de saúde, do ensino e da investigação.

Com o fim de atingir estes objectivos, as Boas Práticas em Farmácia hospitalar elaboradas pelo Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos, agrupa as actividades de Farmácia hospitalar em cinco áreas funcionais principais, relacionados como o medicamento, sendo estas a gestão, a distribuição, o ambulatório, a preparação e a informação através de centros de informação. Estas encontram-se redefinidas no Programa do Medicamento Hospitalar, sob a tutela do Ministério da Saúde, em gestão, aprovisionamento e logística, distribuição de medicamentos, farmacotecnia, Farmácia Clínica e informação sobre medicamentos, salientando a Farmácia Clínica como uma área independente ao invés das primeiras que a incorpora na distribuição quer ao doente em regime de ambulatório quer ao do internamento.

Nem todas estas áreas se encontram implementadas, ou da mesma forma, na globalidade dos hospitais, como visível no Relatório do 1.º Questionário Nacional do Programa do Medicamento Hospitalar [13], que avaliou o panorama actual (2008) dos SFH públicos em termos de aplicação das Boas Práticas na Área do Medicamento hospitalar. Neste, verifica-se que 48,8% dos hospitais tem distribuição em dose unitária em mais de 80,0% da lotação de camas em internamento, e só 12,5% têm um número de camas com dose unitária inferior a 20% da lotação. Estes valores reflectem o quão largamente difundido se encontra a distribuição individualizada em dose unitária diária e a respectiva validação da terapêutica a ser distribuída, após avaliação do perfil farmacoterapêutico do doente. Para além disso, este relatório mostra que a distribuição ao doente em regime de ambulatório é assegurada em 67,5% dos casos por farmacêuticos. Se por um lado, os tipos de distribuição que permitem o conhecimento ao farmacêutico da terapêutica instituída a determinado doente se encontraram desenvolvidos, as actividades de Farmácia Clínica ainda se encontram ausentes em 60% dos hospitais consultados.

## 2. OBJECTIVOS

Os objectivos deste estudo são:

- Compreender o porquê da adopção, implementação e sustentação e disseminação e do Acompanhamento Farmacoterapêutico se encontrarem actualmente limitadas ao nível dos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses através da identificação e análise de barreiras.
- Identificar e analisar facilitadores à disseminação, adopção, implementação e sustentação do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses



### **3. MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1. Desenho do estudo**

Realizaram-se 20 entrevistas semi-estruturadas a farmacêuticos hospitalares portugueses em exercício, durante o período de 06 de Maio a 20 de Novembro de 2009.

#### **3.2. Método**

Atendendo aos objectivos deste estudo e ao seu cariz exploratório, optou-se por um método qualitativo baseado na recolha de dados mediante a realização de entrevistas semi-estruturadas.

A entrevista semi-estruturada [46] – entrevista realizada através de perguntas abertas de acordo com um guião pré-estabelecido – foi escolhida no intuito de não restringir os resultados a conceitos pré-determinados e de obter informação em profundidade. Estas são as principais vantagens da entrevista semi-estruturada em relação a utilização de questionários de definição teórica prévia e fechada, particularmente, neste estudo, onde os conhecimentos sobre o fenómeno em análise se encontram limitados.

Neste tipo de entrevista, o entrevistador não deixa de direccionar o discurso para as questões em estudo, contudo, é dada a liberdade ao participante de seguir novas direcções. A imposição ao entrevistado de um referencial teórico inerente a utilização de um guião pré-concebido mantém-se, ao contrário do que sucede com a utilização de entrevistas não estruturadas. Contudo, o facto de garantir que todos os tópicos pré-definidos vão ser colocados a consideração, e não somente os levantados pelos entrevistados, permite a comparação de

dados entre diferentes perfis de participantes. Será ainda de referir que os conceitos teóricos utilizados tornam-se mais consistentes e transparentes a medida que se aumenta a estruturação da entrevista. Se bem que na entrevista não estruturada se pretenda que o conceito emerge genuinamente dos dados, o carácter subjectivo repercutido nas direcções e nos assuntos, mais ou menos aprofundados, faz com que este tipo de abordagem exija do entrevistador um elevado grau de auto-consciência relativamente a suas opiniões e percepções acerca do que ele pretende investigar.

Para além disso, a flexibilidade deste tipo de entrevista, em termos de formulação e ordem das perguntas, permite ao investigador aprofundar e clarificar as respostas, traduzindo-se num conhecimento mais pormenorizado e numa compreensão facilitada das experiências, percepções e explicações dos entrevistados.

### 3.3. Guião de entrevista

O guião da entrevista utilizado (Anexo 3) teve por base o guião previamente concebido e utilizado por Roberts *et al* [45], o qual foi traduzido e adaptado pelo investigador.

O guião de Roberts *et al* [45] foi desenvolvido no intuito de fornecer um instrumento de investigação qualitativa que permita investigar o processo de mudança relativamente às práticas em farmácia comunitária, tendo como objectivos específicos os de adquirir conhecimentos sobre as circunstâncias envolvidas nas tentativas de implementar serviços cognitivos farmacêuticos (SCF) e a compreensão das relações que são importantes para o processo de mudança. Este instrumento foi desenvolvido com base na teoria da mudança organizacional de Borum e na teoria da rede social.

Com o fim de alcançar os objectivos descritos e, considerando a evidência já existente sobre o tema, o guião foi organizado em quatro temas principais: o papel do farmacêutico, a experiência na implementação e disseminação de SCF, as estratégias de mudança e a rede social.

Os propósitos de cada tema são:

- **Papel do farmacêutico**: este tema foi incluído com o fim de permitir recolher as descrições detalhadas dos participantes sobre as suas funções e o papel do farmacêutico comunitário. A compreensão das percepções relativas a estes, principalmente, em relação com os SCP, tem com intuito apreender as dificuldades em mudar de prática, percebidas de uma perspectiva individual num contexto organizacional. Para recolher um retrato da evolução da mudança, este ponto abrange questões sobre as funções actuais, desejadas e expectadas, particularmente, no enquadramento dos SCP. Dentro deste tema, as metas dos informantes em se envolver nestes serviços também são exploradas.
- **Experiência na implementação e disseminação de SCF**: este tema tem a finalidade de compreender, numa perspectiva organizacional, os factores que afectam a disseminação e a implementação do SCF através das experiências dos informantes. Neste ponto, é pedido aos participantes que relatam as suas experiências e,

especificamente, as barreiras encontradas, a forma como elas foram ultrapassadas e os elementos que facilitaram o processo de mudança.

- Estratégias de mudança: este tema tem o intuito de recolher as descrições das estratégias utilizadas pelos participantes nos projectos de mudança onde foram envolvidos. Estes dados poderão permitir conceber a complexidade da mudança e o tipo de estratégias utilizadas, à luz da teoria da mudança organizacional.
- Rede social: este tema tem o fim de obter os dados necessários a uma compreensão da organização em termos de rede social, levando a questionar os participantes sobre os actores determinantes e as suas relações recíprocas, no âmbito da implementação e divulgação dos SCF.

Este guião foi adaptado, tendo em consideração as particularidades deste estudo, relativamente as do estudo delineado por Roberts *et al.* [45], para o qual foi desenvolvido.

Roberts *et al* [45] consideraram ao desenvolver o guião, que o conhecimento acerca da perspectiva individual da mudança era o suficiente, pelo que focaram a sua atenção no contexto organizacional desta. Ao invés da farmácia comunitária, a evidência disponível, relativa a compreensão de uma mudança direccionada para uma maior vertente clínica da função do farmacêutico hospitalar, é limitada, pelo que, de forma a contemplar a perspectiva individual do processo, foram introduzidos os tópicos da aptidão do farmacêutico para este serviços e do AFT. O tema relativo ao AFT pretende, principalmente, retratar o que os entrevistados entendem e sentem pelo AFT. Esta tema ganha ainda outra relevância, considerando que estudo pretende abranger, para além do ponto de vista de quem tem experiência no AFT - o único tipo de informante envolvidos no estudo de Roberts *et al* -, a perspectiva de quem não tem. Os entrevistados exprimem-se baseando-se no seu próprio conceito de AFT. De acordo com Fischbein e Ajzen [47], a intenção de mudar é influenciada, entre outros factores, interligados, pelas crenças informativas e avaliativas acerca do objecto de mudança e, sobretudo, das consequências do comportamento inerente a esta. Neste contexto, a percepção das barreiras e facilitadores dependem, não só, da concepção da mudança em si, mas ainda, do objecto de mudança.

A inclusão destes dois tipos de informantes levou ainda a adaptação, dos temas relativos à experiência e às estratégias, mediante, por um lado, a introdução de questões levantando uma concepção hipotética da experiência e, por outro, pela generalização das estratégias indagadas. Este último ponto encontra-se fundamentado na teoria de que, para determinada organização, um tipo particular de estratégia terá maior probabilidade de sucesso

[45], pretendo-se observar que tipo é potencialmente mais favorável a uma mudança no âmbito dos SFH. Contudo, dado a complexidade e a diversidade dos processos de mudança descritos, a análise das primeiras entrevistas não permitiu alcançar nenhuma mais-valia informativa, pelo que este aspecto foi posto de lado.

O guião original não abrange a pesquisa de factores relacionados com a tecnologia, outro elemento, segundo o modelo de Leavitt, constituinte de uma organização, pelo que este tema foi acrescentado.

As entrevistas semi-estruturadas limitam a obtenção de dados ao que os participantes se recordam durante o período da entrevista, o que poderá levar a uma carência de informação. No sentido de introduzir elementos que despoletassem o discurso para áreas não recordadas ou de obter opiniões sobre assuntos não considerados, mas potencialmente válidos, distinguiu-se alguns aspectos relativos a barreiras e facilitadores à prática do AFT, previamente descritos na literatura.

Dado o objectivo do guião - garantir a abordagem de todos os pontos pré – definidos numa entrevista de carácter flexível, este manteve a divisão original, em tópicos a abordar, a aprofundar e a clarificar. Dentro de cada tema, foram discriminados sub-temas considerados essenciais à uma posterior análise. Esta forma de apresentação do guião tem como intuito permitir ao entrevistador apontar os pontos já abordados pelo participante no decurso da entrevista, assim como, visualizar os aspectos que ainda necessitam de ser levantados.

## **3.4. Participantes**

### **3.4.1. Definição da população**

Dado os farmacêuticos hospitalares se encontrarem directamente envolvidos na implementação de novos serviços tais como o AFT e o carácter de autonomia técnica conferido aos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses, o ponto de vista dos farmacêuticos hospitalares foi considerado como a fonte de informação mais válida e apta em atender aos objectivos deste estudo. Foi por estas razões estabelecido como critério de elegibilidade ser-se farmacêutico hospitalar a exercer em Portugal.

A população foi segmentada de acordo com factores que poderiam eventualmente modificar a perspectiva do entrevistado sobre o fenómeno em estudo. O discernimento destas diferenças teve com intuito garantir a abrangência dos mais variados pontos de vistas possíveis. Foram assim estabelecidos os seguintes critérios de heterogeneidade:

- Género
- Idade
- Tempo de exercício da profissão de farmacêutica hospitalar
- Funções desempenhadas nos SFH
- Funções de responsabilidade noutras organizações farmacêuticas
- Formação no âmbito do AFT
- Experiência laboral de AFT
- Recursos humanos do SFH
- Estado de informatização e automatização do SFH
- Tipo de gestão hospitalar
- Diferenciação técnica do hospital
- Área geográfica do hospital
- Dimensão do hospital

Contudo, no contexto da análise, foram principalmente distinguidas quatro subpopulações de acordo com os factores com maior potencial em fomentar uma variação máxima em termos de perspectivas.

Desta forma, foram estabelecidos os seguintes perfis: os farmacêuticos hospitalares directores dos SFH e/ou com funções de responsabilidade em outras organizações profissionais, pela visão mais estratégica em termos de disseminação e implementação de mudanças de práticas, inerente a estes cargos, e os que não possuem tais cargos; os farmacêuticos com experiência laboral em AFT e os que não possuem tal experiência. Se por um lado, a perspectiva de quem já tomou a decisão de pôr em prática o AFT, em determinado contexto organizacional, deve permitir observar barreiras e facilitadores experienciados, respectivos à implementação e à sustentação do AFT. Por outro, o ponto de vista de quem tenciona ou não pôr em prática o AFT deve permitir observar barreiras e facilitadores dependentes da concepção informativa e avaliativa de AFT e, se bem que hipotéticos, reais aos olhos de quem os concebe.

Desta forma, este estudo posiciona-se numa visão da mudança centrada quer na organização, os SFH, quer no indivíduo como actor nesta organização, o FH.

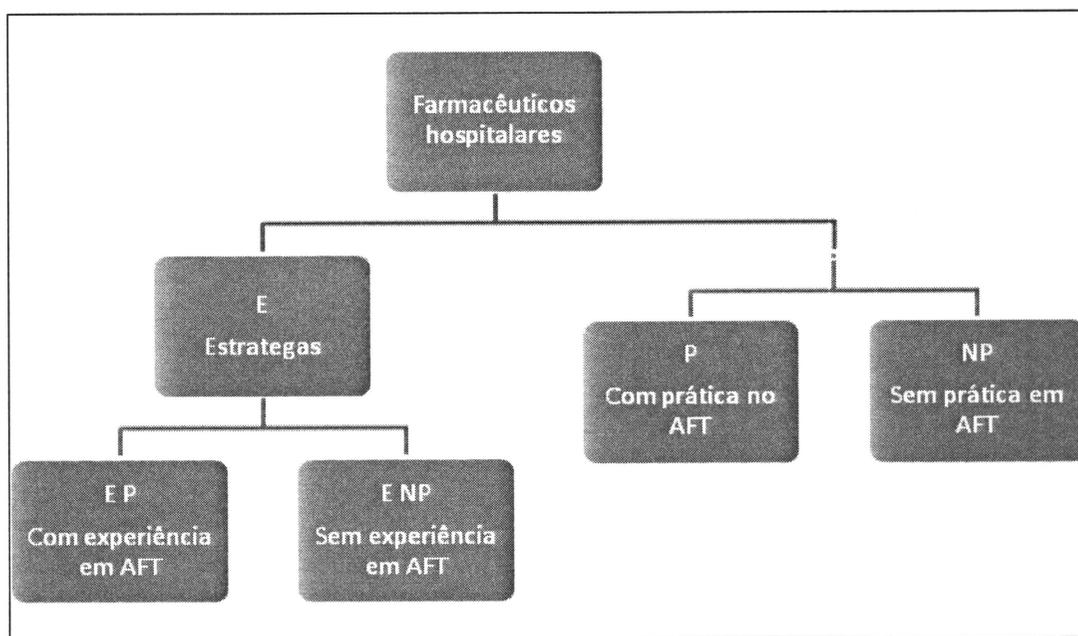


Figura 2 - Esquema dos perfis definidos

- Farmacêuticos hospitalares: Farmacêutico a exercer actualmente em serviços farmacêuticos hospitalares
- Estrategas: Farmacêuticos hospitalares com funções de responsabilidade e com capacidade de decisão em termos de implementação e de disseminação de novos serviços nos SFH, isto é, directores, coordenadores de serviços, e pessoas com cargo consultivo, executivo ou formativo em organizações profissionais farmacêuticas, designadamente, a Ordem dos Farmacêuticos - organismo corporativo -, associações profissionais, grupos de trabalho ligados ao Ministério da Saúde e faculdades.
- Estrategas com experiência em AFT: Estrategas que participaram em projectos de implementação do AFT.
- Farmacêuticos hospitalares com prática em AFT: Farmacêuticos hospitalares, com funções outras que as atribuídas aos estrategas, que praticam ou que praticaram em ambiente laboral o AFT.
- AFT: Tecnologia sanitária que visa melhorar os resultados da farmacoterapia mediante a supressão dos resultados negativos associado ao medicamento, avaliados em determinado paciente.

### 3.4.2. Seleção da amostra

A amostra foi seleccionada de forma intencional pelo investigador procurando-se, não a generalização dos resultados, mas sim a obtenção de informação que permita perceber com a maior profundidade possível e na suas mais diversas perspectivas o fenómeno em estudo, ou seja, a implementação e a sustentação da prática do AFT nos SFH portugueses.

Analizou-se os diferentes hospitais, as organizações farmacêuticas e os eventos de divulgação da prática farmacêutica hospitalar no âmbito da Farmácia Clínica, o que para além dos conhecimentos do investigador, também ele farmacêutico hospitalar, e do seu orientador, permitiu identificar um conjunto de potenciais participantes que preenchesse os critérios de heterogeneidade previamente definidos.

Nem sempre foi seleccionado uma pessoa em particular, nos casos onde não foi possível identificar alguém com as características desejadas, foi primeiro estabelecido o hospital e, depois, contactado os serviços farmacêuticos, solicitando-se falar com um farmacêutico que satisfizesse os critérios em falta.

### **3.4.3. Captação dos entrevistados**

Após aprovação por parte da Comissão de ética da Universidade de Évora, os farmacêuticos seleccionados foram solicitados para participar neste estudo através de contacto telefónico.

Durante este contacto, o potencial participante foi informado dos propósitos deste estudo, sendo ainda proposto o fornecimento, através de correio electrónico, de informação adicional sob a forma escrita do protocolo de investigação.

Caso o farmacêutico contactado tenha concordado em participar no estudo, foi combinado uma data e uma hora conveniente para ambos e um local que assegura privacidade, confidencialidade e à vontade para a realização da entrevista.

### **3.4.4. Número de entrevistados**

Foi estabelecido um número mínimo de 20 entrevista, ao qual se acrescentaria mais 5, e assim sucessivamente, se não fosse observado um ponto de saturação do discurso.

Dos 22 farmacêuticos hospitalares contactados, 20 concordaram e foram entrevistados. Este número de entrevista foi o suficiente para o investigador observar um ponto de saturação, ou seja, uma redundância das barreiras e facilitadores.

### **3.4.5. Características da amostra**

Foram entrevistados 8 estratégias, dos quais 3 com envolvimento num serviço onde se prática ou se tinha praticada o AFT e 5 exerciam em serviços onde nunca se tinha praticado o AFT. Dos restantes 12 entrevistados, 5 já tinham praticado ou praticavam o AFT e 7 nunca tinham realizado este serviço. As características da amostra encontram-se sumariadas na seguinte tabela.

Barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses

Quadro 1 – Características da amostra

Características		Número de entrevistados	
Farmacêutico	Género	Feminino	16
		Masculino	4
	Idade (anos)	< 35	10
		35 – 44	5
		45 – 54	5
		≥ 55	0
	Tempo de exercício em FH (anos)	< 5	3
		5 – 14	9
		15 – 24	6
		≥ 25	2
Formação no âmbito do AFT	Sim	10	
	Não	10	
Prática do AFT	Sim	8	
	Não	12	
Estrategas	Sim	8	
	Não	12	
Serviço Farmacêutico	Recursos humanos (nº de camas / farmacêuticos)	≤ 20	1
		21 – 50	8
		51 – 70	8
		> 70	3
	Informatização e automatização	Completa	12
Parcial		8	
Ausente		0	
Hospital	Diferenciação técnica	Distrital de tipo 1	1
		Distrital	9
		Central	5
		C. Universitário	2
		C. Especializado	1
	Tipo de gestão	Público	18
		Privado	2
	Área geográfica	Norte	2
		Centro	4
		Lisboa e Vale do Tejo	9
Alentejo		3	
Algarve		2	
Dimensão do hospital	< 200	2	
	200 – 499	11	
	500 – 799	4	
	> 800	3	

## **3.5. Entrevista**

As entrevistas decorreram da seguinte forma:

1. Leitura e assinatura do consentimento informado
2. Introdução a entrevista
3. Realização da entrevista em si
4. Registo das características do entrevistado

### **3.5.1. Consentimento informado**

Previamente a entrevista foi solicitado ao participante que lesse e firmasse um consentimento informado (Anexo 1).

O consentimento informado assegura os direitos dos participantes em estar plenamente informados aquando da tomada de decisão em participar no estudo e o direito à privacidade das suas opiniões e experiências. Para além disso, através deste, a entrevista fica assumida como um acto privado, em contraponto com um acto público onde a exposição do entrevistado seria outra, o que poderia constranger as respostas ao que o entrevistado pensa como correcto ou aceite ser divulgado para além do subjacente a relação entrevistado /entrevistador.

### **3.5.2. Introdução**

Um texto introdutório a entrevista (Anexo 2) foi lido ao participante. Quis-se através deste preâmbulo recordar e clarificar a finalidade do estudo, solicitar respostas aprofundadas e descrever a forma como ia decorrer a entrevista, ou por outras palavras, explicar o que se pretendia do entrevistado e tentar que ele se sentisse a vontade para se exprimir de forma livre e minimamente condicionado pelo que ele pudesse achar das pretensões, outras do que as de responder as questões do estudo, do investigador.

### **3.5.3. Processo**

Os tópicos pré-definidos no guião de entrevista foram abordados numa ordem flexível. De acordo com o discurso prévio do entrevistado, foi-lhe solicitado que aprofundasse ou esclarecesse determinados aspectos levantados, ou, por outro lado, que abordasse um novo tópico.

As entrevistas foram gravadas digitalmente após concordância dos entrevistados. Salvo a parte final duma das entrevistas que foi registada por escrito, logo após o seu término, devido ao dictafone ter deixado de gravar.

As entrevistas demoraram em média 1 hora e 10 minutos (mediana, 1 hora e 03 minutos), com um mínimo 38 minutos de e um máximo de 1 hora e 59 minutos.

### **3.5.4. Registo das características**

Posteriormente a entrevista, foi pedido ao participante que respondesse a um questionário de perguntas fechadas (Anexo 4) de forma a registar os critérios presentes de heterogeneidade

Este procedimento foi efectuado posteriormente a entrevista porque implicava dar a conhecer o conceito de AFT do investigador, o que poderia influenciar o conceito de AFT do entrevistado, indagado durante a entrevista.

### 3.6. Análise

As entrevistas foram transcritas de forma literal, por pessoas externas ao meio da farmácia hospitalar. Estas transcrições, conferidas e corrigidas pelo investigador, constituíram o material sobre o qual incidiu a análise, com o apoio do programa Nudist Vivo® 8.

O programa informático Nudist Vivo® não é mais do que um instrumento de apoio a categorização, permitindo agilizar a segmentação, a classificação e a pesquisa dos dados, não substituindo a análise conceitual por parte do investigador.

Os passos da análise foram os seguintes:

1. Elaboração da árvore de codificação
2. Leitura
3. Análise, codificação e classificação

Uma árvore de classificação inicial foi elaborada com base numa combinação dos cinco elementos constituintes de uma organização e dos temas definidos para o guião, levando ao estabelecimento das seguintes categorias principais: funções e objectivos AFT, SFH, farmacêutico, rede social e tecnologia. Este tipo de abordagem é denominado de análise temática. A análise temática é um método descritivo de análise que facilita a organização e a pesquisa de padrões encontrados num conjunto de dados qualitativos. A definição das categorias é mais heurística do que analítica, isto é, os temas pré-estabelecidos servem como um receptáculo de ideias promissoras.[48]

Uma leitura reflectida e global de cada entrevista foi realizada previamente a análise, de forma a compreender o discurso no seu conjunto, reconhecer os temas emergentes relativos aos objectivos do estudo e contextualiza-los.

A identificação, nas primeiras entrevistas, de barreiras e de facilitadores, assim como de outros elementos que permitem perceber melhor estes últimos, levou a criação de subcategorias, processo assemelhando-se a uma análise de conteúdo realizada de forma indutiva. A análise de conteúdo é um método que permite reduzir a complexidade da

informação, proveniente do discurso provocado dos entrevistados, através da codificação de unidades de significado, isto é, a identificação de conceitos.[49]

A medida que iam ser analisadas as entrevistas, a identificação de novos elementos levou a reanálise das entrevistas anteriores e/ou a reorganização das subcategorias. Este método analítico enquadra-se na *Grounded Theory*, ou teoria construída de base, por serem efectuadas comparações constantes, questionando continuamente a teoria emergente.[50]

## 4. RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com os tópicos principais estabelecidos para a análise temática: conceito de AFT, funções e objectivos, estrutura dos SFH, farmacêutico hospitalar, meio externo e tecnologia dos SFH. Dentro destes tópicos, foram definidas subsecções com base nos resultados da análise indutiva, as quais exploram as barreiras e facilitadores à uma prática sustentada do AFT, como ainda, elementos que podem permitir compreender estas condicionantes.

As situações, onde os dados apresentados correspondem somente ao ponto de vista de um perfil de participantes, ou, de o ponto de vista não ser consensual para todos os entrevistados, encontram-se referidas.

## 4.1. Conceito de Acompanhamento Farmacoterapêutico

O conceito de AFT é descrito sob várias perspectivas, desde a filosofia subjacente à sua prática, as actividades associadas e a forma como estas deveriam ser realizadas, aos seus objectivos.

Para alguns estrategas não praticantes, o AFT é mais uma filosofia que está subjacente as todas actividades relacionadas com o processo de utilização do medicamento, do que, formalmente, uma actividade ou um conjunto de actividades particulares ao AFT. À semelhança de outros entrevistados, é focada a ideia de que o AFT é uma prática centrada no doente e nos resultados.

Contudo, a maioria dos entrevistados associam o AFT a actividades concretas e direccionadas para determinado doente, à excepção de alguns casos de não praticantes, que incluem ainda no AFT, actividades tais como a colaboração na elaboração de protocolos e a prestação de informação à enfermagem relativamente a administração de fármacos. Mas na globalidade dos casos, o AFT é visto como a identificação e a avaliação de problemas e de resultados negativos relacionados com o medicamento e as intervenções junto da equipa de saúde e/ou do paciente. Embora para alguns praticantes somente a identificação de resultados clínicos negativos e as respectivas intervenções possam ser considerados como AFT. Para uma série de entrevistados, o AFT comporta vários “graus”, de acordo com as actividades, uma até todas elas, ou de acordo com a amplitude da abordagem dos potenciais problemas associados ao medicamento, quer em termos de fármacos quer em termos de conhecimento das características do paciente.

Em muitos casos, os entrevistados realçam que o AFT é uma prática que tem continuidade no tempo e associam-no a um método sistemático e/ou ao estabelecimento de um relacionamento com o paciente.

Grande parte dos entrevistados menciona como objectivo do AFT, o de assegurar a utilização correcta do medicamento e de actuar de forma a garantir a efectividade e a segurança dos resultados no paciente. Alguns referem ainda a diminuição do desperdício ou a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Quadro 2 – Conceito de Acompanhamento Farmacoterapêutico

---

### Conceito de AFT

---

#### Filosofia

---

“Tudo isto para mim [os cuidados farmacêuticos, o AFT, a Farmácia Clínica] é mais uma forma de estar, de actuar, de intervir.” E4NP

“O acompanhamento farmacoterapêutico é toda a envolvência, são todos os aspectos que envolve o uso de um medicamento.” E3 NP

“Portanto esta é toda a componente [do circuito do medicamento] e o seguimento posterior: o que é que resulta de tudo isto” E4NP

“É uma actividade que é dirigida para o doente, o centro da nossa actividade não é o medicamento, é o doente.” P3

---

#### Actividades

---

“Para mim, acompanhamento farmacoterapêutico (...) pode ter várias partes, pode fazer parte desde a escolha do medicamento, desde a participação na escolha do medicamento mais correcto (ou seja, no momento da prescrição, influenciar a prescrição dalguma maneira, tanto através da participação em protocolos e *guidelines* como em sugestão ou em “atenção que este doente com esta função renal se calhar podia fazer outro fármaco, podia fazer um ajuste de dose”) portanto, no momento da prescrição. Depois estabelecer o plano de monitorização do fármaco instituído (...) Ou seja, escalonamento de dose, monitorização de efeitos secundários” NP3

“O apoio e a relação com a enfermagem em termos de administração dessa terapêutica, incluiria também isso no acompanhamento farmacoterapêutico.” NP2

“nós inquirimos sobre os problemas de saúde, recolhemos toda informação da medicação que faz, fazemos uma revisão de toda a terapêutica que ele está a fazer (...) verificamos se os parâmetros estão ou não controlados (pressão arterial, glicemia, etc.), e tentamos corrigir os problemas de saúde que não estão correctos ou alguma reacção adversa de algum medicamento que exista.” P2

“analisar por completo o perfil farmacoterapêutico do doente e as patologias associadas ao doente (...), e conseguirmos identificar alguns problemas, tentar solucioná-los com o doente no caso do ambulatório ou com o médico” P4

“esse acompanhamento implica efectivamente a análise do perfil farmacoterapêutico do doente (...), verificar se está ou não adequado. Portanto é um bocadinho isso, relacionar, verificar se a medicação está adequada, se há alguns problemas de saúde, se a dose está adaptada, se está tudo ajustado em relação à função renal, à função hepática” NP7

---

Quadro 2a – Conceito de Acompanhamento Farmacoterapêutico (continuação)

<b>Conceito de AFT</b>
<b>Características das actividades</b>
<p>“é acompanhar o doente desde que entra no hospital até ao momento em que sai” NP1</p> <p>“temos que assumir o compromisso da continuidade, da sistematização e temos que assegurar que: eu posso fazer isto 10 vezes, vou fazer isto da mesma maneira” P3</p> <p>“Para fazer o acompanhamento farmacoterapêutico completo é preciso estabelecer uma relação com o doente.” NP6</p>
<b>Objectivos</b>
<p>“Pronto, isso é acompanhamento, é gerir isso, é <i>outcomes</i> em saúde, é a definição, mas efectivamente é isso que se pretende, é que estejas a utilizar uma terapêutica que é a correcta para aquele doente e que está a ter resultados, está a ter benefícios ao doente, e que consigas minimizar tudo aquilo que a terapêutica traz de mais negativo.” P1</p> <p>“os resultados [do acompanhamento] que pretendemos é sempre a melhoria do doente a nível de tratamento para o doente, as melhores condições, e evitar o desperdício” E2NP</p> <p>“E é uma actividade através da qual eu consigo aumentar a qualidade de vida dos doentes” P3</p> <p>“Acompanhar (...) é tentar que haja ali uma harmonia do doente com os medicamentos” P2</p>

## **4.2. Funções do Farmacêutico hospitalar**

### **4.2.1. Funções e actividades actuais**

Os entrevistados falam das suas funções e responsabilidades e das várias actividades realizadas neste sentido, nomeadamente, a participação em comissões técnicas, a gestão de stocks, a aquisição, a distribuição e a preparação de medicamentos, mas ainda a monitorização farmacocinética, a validação da prescrição médica, o acompanhamento das visitas médicas e a prestação de informação quer aos profissionais de saúde, quer ao doente em ambulatório.

### **4.2.2. Funções e actividades desejadas**

Diversas alterações ao que hoje se pratica nos serviços farmacêuticos são consideradas como desejáveis pelos participantes. Se por um lado é expresso que estas mudanças permitiriam uma maior satisfação profissional, um maior protagonismo da profissão e uma adequação as necessidades actuais do sistema de saúde e ao que se faz ao nível internacional, estas mudanças surgem ainda como uma forma de antecipar uma considerada previsível perda de funções.

“Conseguimos mostrar muito o nosso papel e porque somos necessários numa instituição e é interessante acompanhar o doente” NP1

“Há necessidades específicas dos doentes que são cada vez mais.” E4NP

“Há uma coisa que se está a fazer actualmente, em Portugal não” E7NP

“Se não, qualquer dia, corríamos o risco de ser extintos.” NP7

De acordo com os entrevistados, o farmacêutico hospitalar deveria exercer nos serviços clínicos e deveria facultar informação aos restantes intervenientes no processo de utilização do medicamento: apoiar o médico na selecção terapêutica, o enfermeiro na

administração e fornecer informação ao paciente, mas deveria, ainda, lhe ser possível uma verificação da prescrição mais abrangente. É ainda referido como benéfico um maior investimento, por parte dos serviços farmacêuticos hospitalares, na área de produção de medicamentos. Os ensaios clínicos, a farmacovigilância e a gestão de risco são ainda áreas pontualmente destacadas pela relevância considerada.

Para além disso, a introdução de novos serviços, nomeadamente, a reconciliação da terapêutica a entrada e/ou a saída, afigura-se como vantajosa para grande parte dos participantes.

O alargamento dos serviços farmacêuticos aos lares e aos cuidados continuados é ainda indicado, pontualmente, como um caminho a adoptar.

Outro aspecto focado é o da responsabilidade do farmacêutico hospitalar. Se nalguns casos, é esperado que o farmacêutico hospitalar venha a ter funções de maior responsabilidade em termos de intervenção no plano terapêutico do paciente, noutros, é esperado que esta se mantenha.

Quadro 3 – Funções do Farmacêutico hospitalar

<b>Funções da FH</b>
<p><b>Funções e actividades actuais</b></p> <p>“Primeiro que tudo fazer a distribuição do medicamento nas condições adequadas, para o doente adequado e tudo o que envolve o medicamento na dose certa, tudo o que envolve a medicação, fazer a distribuição (...) não só aos doentes internados como aos doentes de ambulatório que requerem uma atenção especial e a atenção do farmacêutico e a informação que ele lhes possa prestar. Depois a parte da farmacotecnia, a parte da preparação da medicação, se não preparar pelo menos, validar as preparações que sejam feitas e depois a gestão e aquisição de stocks de medicamentos.” P5</p> <p>“Não há nenhum medicamento que saia desta farmácia segundo prescrição médica, que não seja validado, verificado por um farmacêutico, se está de acordo com os medicamentos existentes, se existem ou não na farmácia, se estão a ser adequadamente prescritos, se as doses são adequadas” E7NP</p> <p>“aquilo que temos feito é fazer o acompanhamento da chamada visita médica, pronto. Além do acompanhamento que fazemos espontaneamente. Portanto, os colegas deslocam-se várias vezes, até se calhar ao dia, deslocam-se várias vezes à enfermaria tentando ter uma atitude mais próxima e de colaboração no respeitante à utilização do medicamento” E3NP</p>
<p><b>Funções e actividades desejadas</b></p> <p>“tem de haver e acho que vai passar por esse destacamento dos farmacêuticos para os serviços.” NP2</p> <p>“Acho que nós vamos caminhar para a área de consultores farmacoterapêuticos” E5P</p> <p>“acho que essa validação pode ser muito melhorada e pode ter um impacto muito mais positivo do que o que tem agora” P5</p> <p>“a farmacotecnia será um sector estratégico. Juntamente com a farmacotecnia teremos a área da informação, do meu ponto de vista. Juntamente com a farmacotecnia e informação, teremos a área dos ensaios clínicos.” E8P</p> <p>“as nossas áreas vão ser, por exemplo, a farmacovigilância, acho que vai ser uma área muito importante no futuro.”P1</p> <p>“acho que era importantíssimo que nós tivéssemos farmacêuticos na urgência e que tivéssemos farmacêuticos no internamento para pelo menos na alta do doente” E7NP</p> <p>“Há aqui uma grande ausência nossa no que diz respeito, também, e que nos estamos a esquecer, que tem a ver com os lares dos idosos” E1NP</p> <p>“ Mas eu acho que agora podíamos tentar dar um passo à frente e ser um pouco mais responsáveis pela terapêutica” NP3</p> <p>“Espero que essa responsabilidade continue a ser a mesma em termos teóricos, mas em termos práticos tenha melhores resultados ” P5</p>

## **4.3. Estrutura dos serviços farmacêuticos hospitalares**

### **4.3.1. Barreiras**

#### **4.3.1.1. Falta de tempo**

O AFT é visto como uma actividade difícil de conciliar com as actividades diárias pela maioria dos participantes e mais especificamente, para alguns participantes, a fase de avaliação e de estudo do AFT, devido a sua morosidade. A multiplicidade de actividades e o elevado volume de trabalho associado a estas, o excesso de tarefas burocráticas ou relacionados com a logística e o número insuficiente de recursos humanos, em alguns casos, até para fazer face as actividades básicas, são as razões apontadas pelos entrevistados para o pouco tempo disponível do farmacêutico hospitalar para desenvolver as suas actividades clínicas.

#### **4.3.1.2. Organização das actividades farmacêuticas orientada para a logística**

Para uma série de entrevistados, a organização das tarefas internas aos serviços farmacêuticos dificulta a libertação do farmacêutico hospitalar das tarefas logísticas e burocráticas para exercer funções clínicas.

Se para uns, o facto dos serviços farmacêuticos hospitalares terem tradicionalmente assumido estas actividades como parte integrante da rotina do farmacêutico hospitalar proporciona um contexto cultural propício à perpetuação desta forma de organização ou dificulta a sua alteração, para outros, a orientação logística do farmacêutico hospitalar prende-se ainda, ou, pelo contrário, com a prioridade dada à gestão do medicamento. Embora a definição destas prioridades seja atribuída à direcção dos serviços, alguns entrevistados referem uma pressão por parte das administrações hospitalares para que os serviços farmacêuticos orientam a suas actividades para o controlo de custos.

Outro aspecto levantado é a dificuldade do farmacêutico hospitalar em delegar funções técnicas ou burocrática explicada nomeadamente pelo medo de perder funções a favor dos técnicos.

#### **4.3.1.3. Instabilidade dos recursos humanos**

Dois estratégias referem dificuldades em manter uma equipa estável que permita implementar um processo de AFT.

#### **4.3.1.4. Barreiras físicas à comunicação**

Ainda que pontualmente, por alguns não praticantes, seja referido que as condições físicas dos serviços farmacêuticos não permitem ainda assegurar um atendimento ao paciente ambulatorio de forma confidencial e personalizada, outros, pelo contrário, mencionam que estas condições já se encontram satisfeitas. É ainda realçado no caso de um praticante, que apesar do local favorável, este não é utilizado para proceder ao AFT dos pacientes.

Noutro contexto, no do internamento, para uma série de entrevistados o facto de o farmacêutico ter essencialmente como local de trabalho a farmácia, distante dos serviços clínicos, dificulta a comunicação com o médico e/ou paciente e desta forma a troca de informação quer as relativas ao paciente, quer as relativas as intervenções do farmacêutico.

Embora num dos casos, seja referido que esta barreira é contornável através da utilização de outros meios de comunicação, como o telefone ou a internet, para outros, este tipo de contacto não é o suficiente ou até contraproducente por não permitir estabelecer uma relação de proximidade.

Outro problema levantado é o de os farmacêuticos hospitalares não se encontrarem presentes nos serviços clínicos de forma a responder às necessidades existentes, de tal forma que outros profissionais irão assegurar este serviço no seu lugar.

#### **4.3.1.5. Relações em divergência**

Alguns estratégias consideram que os directores de serviços não proporcionam liberdade suficiente no sentido de permitir aos outros membros da equipa desenvolver as suas ideias.

Por outro lado, é ainda mencionado, em certos casos, que as relações entre farmacêuticos hospitalares dificultam a cooperação necessária ao seguimento dos serviços em período de ausência ou a troca de informação e conhecimentos.

No ponto de vista de dois estrategas, o próprio AFT afigurar-se um problema por poder fomentar atritos relacionais por ser algo ambicionado por todos os elementos. Embora esta ambição seja explicada num dos casos pelo gosto pela inovação, no outro, a prática clínica confere o estatuto de “Farmacêutico de 1<sup>a</sup>” (E4NP). Esta visão do exercício clínico como a de um exercício de estatuto diferente em relação as actividades ditas tradicionais encontra-se reflectida no discurso de outros farmacêuticos.

“é assim, eu não sou má por ser farmacêutica clínica e tu não seres, e o outro não ser, e o outro não é mais do que eu, por ser um gestor e eu não ser um gestor, toda a gente tem o seu lugar, e toda a gente tem as suas funções e toda a gente tem os seus papéis muito definidos” P3

“se as nossas tarefas mais tradicionais (...)e nós então possamos dedicar-nos a outras tarefas mais elevadas, não elevadas no sentido de serem mais importantes, mas, pronto, coisas que até agora não fazíamos.” NP6

Quadro 4 – Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras

---

## Serviços farmacêuticos hospitalares

### Barreiras

---

#### Falta de tempo

---

“Se calhar teríamos que nos disponibilizar ainda mais até em termos de tempo, não é?” E4NP

“nós temos seguidos alguns doentes mas não temos possibilidade de o fazer a todos, porque é um método muito moroso, que implica uma fase de estudo muito grande, se tenho um perfil com 20 medicamentos, tenho que fazer 20 fases de estudo para cada medicamento, não é viável do ponto de vista da nossa diária, da nossa logística.” E5P

“mas não há hipótese nenhuma de fazer porque não há tempo para fazer, porque particularmente na parte de ambulatório, os problemas de onde é que é feito a contabilização do custo do doente, os centros de custo, toda a organização... É tanta a burocracia” P2

“se quiseres fazer acompanhamento farmacoterapêutico intensivo, tu não podes ter 50 camas, ou então tens mais não fazes mais nada. E aqui tens de fazer muitas coisas para haver cá medicamentos” P1

“neste hospital nós seguimos em ambulatório cerca de 6000 doentes, com os recursos humanos que são escassos” E4NP

---

Quadro 4a – Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras (continuação)

---

**Serviços farmacêuticos hospitalares**  
**Barreiras**

---

**Organização das actividades farmacêuticas orientada para a logística**

---

“Temos que garantir, primeiro, que os medicamentos estão lá em cima, e muitas vezes temos farmacêuticos a fazer isso (...), o que exige muita mão-de-obra e que às vezes, na minha opinião, não se tira o maior proveito daí porque as pessoas estão tão absorvidas por aquela tarefa” NP3

“Mas nem sempre isso é possível porque muitas vezes as farmácias estão organizadas de uma determinada forma e às vezes é difícil romper aquilo que está pré-determinado e conseguirmo-nos libertar dessas tarefas (...), há hospitais que realmente tem mais tarefas administrativas” P4

“E depois a nível da gestão, claro, da gestão do próprio serviço, da própria orgânica, não canalizar esses farmacêuticos para outros serviços administrativos, mas sim pô-los realmente na área onde nós nos destacamos dos outros” P2

“No fundo há uma cultura, foram ensinadas daquela forma e acham que aquela forma é a melhor, não pensam que muitas vezes podem existir outras formas de fazer aquelas coisas e conseguir o mesmo produto final e às vezes com muitos menos passos ou menos tempo.” P4

“As administrações fazem pressão, portanto há que haver uma boa gestão. (...) nós já tínhamos tradição de Farmácia Clínica, agora isso como deixou de ser prioridade” NP4

“Nós nos últimos 10 anos assistimos a uma evolução da prescrição do suporte papel para o suporte informático, (...), mas não assistimos à colocação de mais farmacêuticos nas enfermarias e acima de tudo de farmacêuticos nas novas áreas que vão aparecendo (...) Tudo isto porque há muita preocupação com gestão, muita preocupação com stocks, muita preocupação com compras” E8P

“não nos podemos esquecer que na farmácia não trabalham só farmacêuticos, trabalham técnicos também e uma das coisas que custa mais aos farmacêuticos é abrir a mão de certas coisas porque acham que perdem poder por se alargarem a esta ou aquela tarefa” E7NP

“Depois também tenho um bocadinho de receio (...), é se quando nós subimos para os serviços, se não tivermos cá em baixo um número suficiente de pessoas, se o nosso território não passara a ser invadido, se as nossas tarefas mais tradicionais não passarão a ser desenvolvidas por outros profissionais” NP6

---

Quadro 4b – Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras (continuação)

---

## Serviços farmacêuticos hospitalares

### Barreiras

---

#### Instabilidade dos recursos humanos

---

“A primeira coisa seria ter uma equipa estável, que eu não tenho” E4NP

#### Barreiras físicas à comunicação

---

“torna-se um bocadinho limitante neste espaço que nós temos, nós não conseguimos fazer o tal atendimento personalizado” NP5

“Por exemplo, no acompanhamento, fazer acompanhamento ao doente (...) nós temos já uma parte física para fazer acompanhamento, que é um gabinete para fazer acompanhamento, mas não há hipótese nenhuma de fazer” P2

“E portanto, cria-se aqui um ciclo vicioso e cada um está no seu gabinete, cada um está na sua função, nós a enviar medicação que não sabemos bem para que e depois os clínicos, claro, na sua rotina clínica e que se não circular a informação é evidente que nós não podemos intervir.” NP2

“A comunicação com o doente é imprescindível porque não é ficando a frente do computador que sabemos quais são os seus problemas.” P3

“Uma coisa é o perfil farmacoterapêutico e as análises outra coisa é estarmos com o doente à frente com o processo e saber logo o que é que ele tem e saber de que forma é que podemos intervir junto do doente.” NP5

“também é preciso que a informação chegue ao médico, e se o farmacêutico não estiver na enfermaria e a informação não for por escrito convém haver um sistema de comunicação” NP3

“estamos quase sempre um pouco distantes da enfermaria mas o telefone e a internet servem para comunicar” E6P

“Neste momento há maior distância e é tudo através de máquinas, e às vezes os circuitos são mais difíceis porque é tudo escrito e não há aquela comunicação directa, muitas vezes, com o clínico, é tudo à distância.” NP4

“o farmacêutico reside na enfermaria, não reside na farmácia e quando eles vêm vão à procura desse profissional e não o encontram, encontram-no na enfermaria de vez em quando. O que é que acontece na nossa tragédia do dia-a-dia? Vai-se à enfermaria, não se está lá.” E8P

“O único profissional de saúde que tem condições e formação para o fazer somos nós, mas como não estamos lá [na enfermaria] outros podem fazê-lo [o AFT] ” NP6

---

Quadro 4c – Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras (continuação)

---

## Serviços farmacêuticos hospitalares

### Barreiras

---

#### Relações em divergência

---

“não a chefia ter uma atitude, que é um bocado generalizada no país inteiro, que é castrador dos próprios profissionais, ou seja, muitas vezes por um tentativa desesperada de controlar tudo, acaba por a chefia do serviço limitar e conseguir castrar todos os profissionais no sentido das próprias ambições pessoais e das coisas que pretendem construir relativamente a eles próprios” E1NP

“Para sair dali, tenho de pedir a alguém para me substituir, e se alguém me for substituir, depois vai-se começar a queixar que não conseguiu ver os serviços que deveria ter visto” NP5

“Mas nós não temos muito esse espírito, as pessoas, acho que têm um bocadinho de medo do que os outros vão fazer de bem do tipo, “ah! se eu vou pedir ajuda ao outro já vai olhar para mim “oh! aquele precisou de pedir ajuda” que não é bom, que não é.”P3

“se nós, farmacêuticos, saltássemos para o acompanhamento farmacoterapêutico verdadeiro, eu, contrariamente ao que se passa nos serviços de outros hospitais, eu tinha aqui outro problema, é que toda a gente queria por ser uma coisa nova, na realidade, de tomar a iniciativa e de serem eles os escolhidos logo a experiência” E1NP

“tenho sempre o receio (...) de que começam-se a criar nos serviços farmacêuticos, gerações ou grupos diferentes de farmacêuticos, que são os que sabem do medicamento, que estão e que acompanham as equipas, que não sei o quê, e os outros que fazem as tarefas básicas de rotina que permitem cumprir tudo o resto. Eu acho que isto não deve acontecer, não estimula uma equipa e não a faz subir, pode ficar ali... pode ser até geradora de conflito” E4NP

---

## **4.3.2. Facilitadores**

### **4.3.2.1. Reestruturação dos serviços farmacêuticos hospitalares**

A reestruturação dos serviços farmacêuticos, em termos de recursos humanos, é um assunto unanimemente levantado pelos entrevistados.

Alguns estratégias consideram que os ratios mínimos, actualmente estabelecidos, deveriam ser modificados de forma a ter em conta, não o número de farmacêuticos por camas de internamento, mas sim, o número necessário à prestação de determinado serviço. Relativamente aos serviços de Farmácia Clínica, é referido que deveria existir pelo menos um farmacêutico por serviço clínico.

Embora na generalidade dos casos, o desempenho das actividades clínicas seja visto como dependente de um número suficiente de farmacêuticos, este nem sempre aparece como uma necessidade para a implementação do AFT. Pois, para alguns entrevistados, a aumento dos recursos humanos permitiria é melhorar a qualidade do AFT que actualmente se pratica. Por outro lado, a implementação ou a melhoria do AFT praticado é considerado realizável através de uma redistribuição das actividades pelos recursos humanos existentes.

Para uma série de entrevistados, a delegação de tarefas aos técnicos de farmácia ou aos administrativos permitiria ao farmacêutico libertar-se destas no sentido de ter uma maior disponibilidade para desenvolver actividades clínicas. É mencionado, nalguns casos, que para esta delegação não ser sentido como um risco por parte do farmacêutico, as funções de cada grupo profissional dentro dos serviços farmacêuticos deveriam se encontrar bem definidas.

Para além disso, para alguns participantes, a reorganização dos recursos humanos deveria ainda passar pela modificação da distribuição das funções pelos farmacêuticos. Se por um lado, é mencionado que seria necessário atribuir de forma diferenciada as actividades de acordo com o perfil dos farmacêuticos, no sentido de cobrir quer as funções logísticas quer às clínicas e/ou permitir uma especialização, por outro, é opinado que a rotatividade e/ou a acumulação das diferentes funções deveria permanecer porque, caso contrário, o farmacêutico perderia as noções de clínica ou do funcionamento geral dos serviços farmacêuticos.

Outro aspecto focado, nomeadamente por alguns estrategas, é a qualidade dos recursos humanos. Se por um lado, consideram necessários mais recursos humanos, realçam ainda a necessidade de farmacêuticos com formação e / ou com motivação.

A não ser num caso, para todos os entrevistados, a função clínica do farmacêutico hospitalar é sinónimo de actividades desenvolvidas na enfermaria, sendo visto como desejável uma maior presença do farmacêutico nos serviços clínicos com o fim de melhorar as relações com a restante equipa clínica e/ou de permitir um melhor conhecimento das necessidades, quer do serviço quer do doente. Neste contexto, alguns participantes focam as vantagens, em termos de integração e de continuidade do acompanhamento, de ter um farmacêutico adstrito de forma constante a determinados serviços clínicos.

A questão da organização da logística do medicamento é ainda levantada por um número apreciável de participantes. A estruturação dos serviços farmacêuticos deve assegurar que o medicamento chega ao doente no momento adequado no sentido de não descredibilizar a qualidade dos serviços prestados mas ainda tornar este processo o mais eficiente possível de forma a libertar tempo para o farmacêutico hospitalar desempenhar actividades clínicas.

#### **4.3.2.2. Trabalho em equipa**

Na óptica de muitos entrevistados, o director do serviço, pelo seu papel orientador em termos de objectivos, tem um papel determinante na implementação do AFT, sendo visto como indispensável o apoio e/ou a abertura deste para a implementação deste tipo de serviço.

Para alguns participantes, a colaboração entre farmacêuticos permitiria a troca de conhecimento no sentido de resolver as questões clínicas levantadas pelo AFT. Para além disso, alguns praticantes consideram esta cooperação necessária de forma a permitir uma continuidade do acompanhamento em caso de ausência.

Quadro 5 – Serviços farmacêuticos hospitalares: Facilitadores

---

**Serviços farmacêuticos hospitalares**  
**Facilitadores**

---

**Reestruturação dos SFH**

Relativamente aos recursos humanos

---

“Duma vez por todas terá que se definir de uma forma muito simples a existência de quantos farmacêuticos para certas actividades e não quantos farmacêuticos para certos números de camas.” E8P

“Nós devíamos ter pelo menos em cada serviço um farmacêutico” NP7

“temos que ter mais disponibilidade e ter um número superior de farmacêuticos para cada cama se não é impossível fazer esse acompanhamento tão extenso por cada um.” P5

“não é necessário pedir mais recursos humanos, as tarefas é que têm que ser um pouco deslocalizadas” NP3

“passando algumas tarefas que são técnicas para os técnicos, portanto, tentando atribuir aos farmacêuticos essas tarefas de acompanhamento mais, e libertando-o de coisas que hoje fazemos e que são mais técnicas e que hoje deviam ficar a cargo de técnicos.” NP2

“Existem técnicos de farmácia, existem administrativos, existem pessoas para preparar a medicação e os administrativos para se dedicarem à burocracia” E6P

“Acho que se nós tivéssemos essas funções bem definidas, é tudo muito mais fácil, não há guerras, não há medo. É assim, eu não vou ter medo que venha outro profissional de saúde fazer o que eu estou a fazer” P3

“Há pessoas que têm perfil para fazer Farmácia Clínica, para serem clínicos, muito bem, ótimo, vão para os serviços. Há farmacêuticos que têm um perfil muito mais gestor, muito bem, ótimo, porque preciso de ter a minha farmácia bem gerida “ficas a gerir a farmácia”, outros gostam de pesquisar, de fazer pesquisas bibliográficas, fica de fazer isto ou aquilo, há outros que gostam de coordenar uma determinada equipa...” P3

“é difícil rodar porque o farmacêutico que fique só a tratar de papéis depois perde a mão para a clínica” E6P

“Eu também não concebo muito que o farmacêutico de enfermaria puro que ignora praticamente tudo o que se passa na sua casa, na base face aos serviços farmacêuticos” E4NP

“Como e que se pode dar a volta?! Com gente disponível, com recursos humanos mas também com recursos humanos motivados, com formação.” E1NP

---

Quadro 5a – Serviços farmacêuticos hospitalares: Facilitadores (continuação)

---

## Serviços Farmacêuticos hospitalares Facilitadores

---

### Relativamente às actividades

---

“penso que deveriam ir mais para os serviços para terem prática nas enfermarias, para se aperceberem dos problemas nas enfermarias, poderem ajudar tanto da parte de enfermagem e também a parte da prescrição” NP4

“o beneficio de ter farmacêuticos adstritos à serviços é exactamente poder promover esse acompanhamento diário” NP2

“Porque é assim, se eu no ponto da prescrição se pedir um ácido acetilsalicílico 100mg, toda a logística tem que mo fornecer. Se eu falhar e decidir que vou propor o ácido acetilsalicílico 100mg e depois, no dia seguinte, eu chego lá e o doente não o fez porque a farmácia não obteve, isso é descredibilização.” E8P

“Conseguirmos ter as nossas tarefas básicas organizadas de modo quase a rolarem sozinhas, de forma mais racional, e nós conseguirmo-nos libertar e nós conseguirmos realmente desempenhar (...) o acompanhamento farmacoterapêutico” NP6

---

### Trabalho em equipa

---

#### Apoio do director de serviço

---

“passa pelas prioridades e pelo projecto da direcção da farmácia, também passa muito por aí, a orientação das pessoas da farmácia, dos farmacêuticos” NP4

“o Director dos Serviços (...) ele tem que acreditar, ele tem que achar que aquele serviço é uma mais-valia para que permitir que um dos elementos da equipa vá fazer isso” NP3

“pode haver 2 ou 3 profissionais que tenham ideias fantásticas mas se o Director de Serviços não aceder às pretensões nunca irão fazer valer essa vontade.” E7NP

---

#### Colaboração entre farmacêuticos

---

“mas para isso era preciso ter uma equipa e que todos colaborassem. Porque, só um, também era *expert* numa determinada coisa” NP4

“Acho que um trabalho em equipa que é fundamental para se poder implementar o seguimento. (...) porque aquele farmacêutico não está lá sempre, portanto se não houver uma equipa que o possa fazer e seguir os doentes não é possível executar.” P4

---

## **4.4. Farmacêutico hospitalar**

### **4.4.1. Barreiras**

#### **4.4.1.1. Medo da mudança**

Um grande número de entrevistados cita o medo como um entrave à implementação do AFT, levando a que o farmacêutico se refugia nos serviços farmacêuticos e na realização de tarefas rotineiras.

Este medo encontra-se explicado pela incerteza inerente ao avançar para algo novo mas ainda pelo sentimento de insegurança quanto aos seus conhecimentos ou a suas competências, sobretudo quando confrontado com o médico, porque acresce-se o risco de perder a credibilidade e a vergonha de mostrar que não se sabe.

O receio de, ao praticar AFT, o farmacêutico se intrometer ou ser considerado como uma intrusão nas funções alheias, isto é, da equipa clínica, é ainda levantado por uma série de participantes.

Para além disso, um número considerável de participantes revelam temer ou deplorar a perda das suas funções tradicionais de logística do medicamento a favor dos técnicos, o que, na perspectiva de vários entrevistados, prende o farmacêutico aos serviços farmacêuticos e a funções técnicas.

#### **4.4.1.2. Desconhecimento do AFT**

Alguns participantes consideram que o conceito de AFT não se encontra “cimentado”. Para além disso, na perspectiva de dois outros entrevistados, alguns farmacêuticos pensam que estão a exercê-lo mas, na realidade, estão a fazer algo diferente.

#### **4.4.1.3. Atitude negativa relativa ao AFT**

De acordo com dois praticantes, alguns farmacêuticos não apoiam a prática do AFT por considerarem que leva a um acréscimo de trabalho sem trazer benefícios. Para além disso,

alguns participantes salientam ainda que nem todos os farmacêuticos gostam do AFT porque implica uma envolvimento com os doentes para a qual não têm predisposição. Contudo esta visão não é unânime, para outros participantes, existe uma vontade de todos, em exercer Farmácia Clínica.

#### **4.4.1.4. Comodismo**

Grande parte dos entrevistados refere que existe uma tendência para os farmacêuticos se acomodarem as suas actividades actuais, explicado, por alguns, pela posição confortável adquirida, onde o farmacêutico se encontra salvaguardado do acréscimo de responsabilidade inerente ao AFT e ao esforço necessário a sua implementação ou a sua prática.

Na perspectiva de um estratega, a falta de iniciativa prende-se ao facto da profissão de farmacêutico hospitalar ser uma profissão maioritariamente de mulheres, sendo que estas, devido a condicionantes culturais, tendem a priorizar a vida familiar em vez da afirmação das suas capacidades profissionais através da inovação.

#### **4.4.1.5. Desmotivação**

As condições de remuneração e de carreira do farmacêutico hospitalar são consideradas, por alguns entrevistados, como uma falta de estímulo para a implementação da AFT, sobretudo tendo em conta a exigência inerente a este processo.

Outra fonte de desmotivação citada, pontualmente por não estrategas, é a falta de reconhecimento pelos pares, designadamente pelos directores de serviço, da importância deste serviço.

Outro aspecto levantado, que segundo alguns não praticantes, levam a desistir em tentar ser integrados na equipa clínica, é as dificuldades encontradas em ser aceite pela equipa clínica leva.

#### **4.4.1.6. Qualificação inadequada**

Para muitos dos entrevistados, o farmacêutico hospitalar carece dos conhecimentos e competências adequados para a prática do AFT, designadamente, para vários, em termos clínicos e / ou farmacoterapêuticos e em termos de selecção de informação, e, mais pontualmente, em termos de comunicação com o doente.

Várias razões são apontadas para tal. Por um lado, a formação do farmacêutico hospitalar é considerada desajustada por não permitir uma especialização em áreas clínicas específicas, o que leva a que os seus conhecimentos sejam demasiados gerais comparativamente a profundidade exigida para a prática do AFT. Por outro lado, a formação actual que conduz a especialidade em Farmácia hospitalar, isto é, o estágio profissional, não se encontra aberto desde 2002 e para além disso, não satisfaz as necessidades formativas inerentes à inovação, por proporcionar uma aprendizagem limitada a repetição de tarefas já instituídas. Outras causas levantadas dizem respeito a falta de formação que promova uma visão clínica da profissão, a falta de formação prática e ainda, a falta de treino.

Contudo, na perspectiva de dois praticantes, o farmacêutico hospitalar sai da Universidade preparado com as bases necessárias para aprender e aplicar os conhecimentos que se vão adquirindo.

Quadro 6 – Farmacêutico hospitalar: Barreiras

<b>Farmacêutico hospitalar</b>
<b>Barreiras</b>
<p><b>Medo da mudança</b></p> <p>“tudo o quanto seja uma mudança na realidade, vai-lhes provocar constrangimento vários no sentido que não dominam e vão ser avaliados relativamente a uma coisa que é nova, o medo, o terem medo na realidade de sair de dentro das funções de rotina e normais para outras funções.” E1NP</p> <p>“seria ter medo, isto é um bocadinho uma imagem de confessar a minha ignorância e de lhe perguntar aquilo que eu não sei” E4NP</p> <p>“Porque nós não podemos perder credibilidade junto da restante equipa de saúde, nós quando vamos dizer uma coisa para ser alterada temos de ter muita certeza.” E6P</p> <p>“tu estás a entrar em campos que ainda... não, não é que não nos digam respeito mas que ainda não estão assumidos como tal” NP1</p> <p>“É um certo medo, eu estou agarrada nesta coisa aqui em baixo e tenho outros a tentar subir para o meu patamar e eu ainda não tenho aquele patamar lá em cima seguro portanto não posso, não tenho tempo para o agarrar, não me consigo libertar para o agarrar mas também isso não me permite conquistá-lo mas eu tenho medo de largar o patamar em que estou porque o outro lá de cima não é garantido” NP3</p> <p>“deixando todo um trabalho que tem sido realizado, na distribuição, nas aquisições” E2NP</p>
<p><b>Desconhecimento do AFT</b></p> <p>“Para já há um desconhecimento geral do que é o acompanhamento, não só fora da nossa profissão mas até dentro da nossa profissão.” P4</p> <p>“Há colegas que pensem que o que fazem é SFT mas realmente não fazem. Fazem, é uma revisão farmacoterapêutica bem-feita.” P3</p>
<p><b>Atitude negativa relativa ao AFT</b></p> <p>“acham que não é uma mais-valia, não é uma mais-valia para o doente pelo tempo dispendido no seguimento que se efectua e não conseguem perceber que isso é uma mais-valia em termos profissionais” P4</p> <p>“uma questão de predisposição que as pessoas, algumas não se sentem bem, com a enfermaria, suportar certas situações” E2NP</p> <p>“havia pessoas que não estavam motivadas para o seguimento porque não gostam de ter contacto com o doente” P3</p> <p>“Eu penso que é o desejo de todos fazer cada vez mais o desejo de todos, fazer o trabalho clínico, na área clínica.” E5P</p>

Quadro 6a– Farmacêutico hospitalar: Barreiras (continuação)

---

## Farmacêutico hospitalar

### Barreiras

---

#### Comodismo

---

“há pessoas que também estão acomodadas e que apesar de se queixarem também gostam um bocadinho do seu ram-ram.” NP6

“nós não somos responsáveis porque foi o médico que prescreveu aquela dose e nós fornecemos aquela dose, nós não fomos responsáveis por isso, e isso numa certa forma, para já, põe-nos numa posição mais confortável, porque não temos esse stress em cima” NP3

“quando é adquirido um padrão de actividade confortável, ou que se acha que é confortável, não se quer sair dele. Os desafios custam sempre a abraçar” E7NP

“mais vale [para alguns farmacêuticos] estar a fazer a parte administrativa, se calhar é menos cansativo e menos responsabilidade do que estar frente a frente com o médico ou com o doente” P2

“sendo uma profissão de mulheres, as mulheres, por força das circunstâncias, não arriscam, raramente afirmam-se relativamente à profissão e raramente querem fugir também para o campo, no sentido de fazerem valer, portanto, as suas capacidades mesmo como profissão. (...) muitas vezes ficam amarradas à componente familiar” ENP1

---

#### Desmotivação

---

“Numa carreira de farmacêutico hospitalar, em que as pessoas (...) têm o mesmo salário no ano em que entraram e estando há 5 ou 6 anos, o estado sobe pela inflação sem nenhum escalonamento, que estímulo é que eu tenho para investir na minha formação, para perder tempo com isso, para querer evoluir se o único estímulo que eu tenho é o crescimento pessoal e profissional para mim!” NP3

“as condições de remuneração no nosso país para esse tipo de situações são más. Um colega ao fim de 20 e tal anos de trabalho, se conseguir levar 2000€ para casa, isto, estamos a falar de áreas de implementação, de maneiras de estar que revolucionam uma série de coisas.” E8P

“Outra parte importante do estímulo é isso, é esta visão vir das pessoas que orientam e que dirigem e verem isto mesmo como uma prioridade e não como uma carolice, como se costuma dizer dalgumas pessoas que acham piada a fazer isto e que vão fazendo porque... é o reconhecimento dessa importância.” NP3

“depende das pessoas lá de cima se nos aceitam ou não, porque isto também é um pau de 2 bicos, há alguns serviços onde é muito difícil penetrar, e há pessoas que tentaram estar junto dos médicos, que tentaram fazer o seu papel, e que não conseguiram. Não conseguiram, acabaram se calhar por se refugiar mais cá em baixo” NP5

---

Quadro 6b – Farmacêutico hospitalar: Barreiras (continuação)

---

## Farmacêutico hospitalar

### Barreiras

---

#### Qualificação inadequada

---

“é obvio que nós não temos a formação embora sejamos pessoas com competência, podemos não ter a formação suficiente para.” E7NP

“a nossa formação também terá de ser alterada porque também temos de conhecer alguma coisa do diagnóstico (...), saber para cada patologia qual é a melhor terapêutica” E2NP

“logo aí eu não tenho capacidades, nem sou especializada em fazer essa pesquisa. É preciso saber pesquisar, onde pesquisar, como pesquisar, e todas aquelas estratégias de pesquisa para obter aquela resposta. Isso é para quem sabe, não é para quem quer.” NP7

“há uma abordagem diferente para cada um desses doentes e os farmacêuticos não têm formação para isso.” E2NP

“só que muitas vezes não estamos especializados em determinadas áreas e sabemos tudo por cima” NP4

“outro problema neste momento também é a não adequação em termos de formação de farmacêutico hospitalar (...) e como todos sabemos não existem concursos para estágios desde o ano 2002” E4NP

“hoje fazemos formação em ambiente fechado, ou seja, eu entro para um estágio e continuo no serviço onde já estava ou vou para outro, estou a repetir as mesmas tarefas, não sou confrontado com coisa nenhuma.” E8P

“a maior parte dos nossos cursos de ciências farmacêuticas não tem uma componente muito clínica, nós não estamos virados para o doente.” P3

“não há casos práticos não consegues também transpor para a vida, para as coisas do dia a dia e acho que aí devia ser reformulado o curso” NP1

“não sabemos o suficiente, mas não é bem não sabermos o suficiente mas é um pouco, como não é uma função que fazemos habitualmente” NP3

“Nós quando saímos da Universidade digamos que viemos com as ferramentas par aprendermos e depois é aplicá-las.” P2

---

## 4.4.2. Facilitadores

### 4.4.2.1. Vontade de praticar o AFT

Para vários entrevistados, para que seja implementado o AFT, o farmacêutico hospitalar têm que querer. Embora para um não praticante, esta condição aparece com um determinante primordial frente a qualquer limitação, para outros, a vontade do farmacêutico isoladamente não basta, sendo necessário haver uma concordância por parte da equipa clínica ou da direcção dos serviços.

Na perspectiva de vários participantes, aliados a esta vontade, tem que existir perseverança e dedicação para a prática de um serviço considerado, por muitos, como exigente em termos de esforço individual.

“Por outro lado, o esforço individual é brutal.” E8P

“Mas implicaria sobretudo um esforço da nossa parte para tentar fazer esse tipo de trabalho extra” NP5

### 4.4.2.2. Demonstração da necessidade do AFT

Grande parte dos entrevistados realçam a importância do farmacêutico hospitalar mostrar a mais-valia do AFT, quer através da qualidade das suas intervenções junto da restante equipa clínica, quer demonstrando à administração hospitalar as vantagens económicas deste. O facto de ele ser visto como uma necessidade, nem que seja numa equipa clínica piloto, permitiria influenciar as outras, no sentido de elas também querer que lhe sejam prestados este tipo de serviço, ou a administração hospitalar, no sentido de atribuir recursos para tal.

Neste contexto, alguns entrevistados apontam que a definição de uma estratégia para a implementação do AFT permitiria facilitar o sucesso do projecto. As estratégias propostas baseiam-se na determinação dos serviços clínicos com maior necessidade e/ou onde o farmacêutico seria mais facilmente aceite e ainda das pessoas chaves em termos de influência.

#### 4.4.2.3. Capacidade de comunicação

Para alguns entrevistados, o farmacêutico deve ter a capacidade de comunicar com o doente, designadamente, afim de por o doente a vontade, mas ainda de forma a adequar a sua comunicação ao tipo de doente em questão. Esta, na perspectiva de um estratega, pode ser adquirida quer através da prática, quer através de formações pós-graduadas.

A aptidão em comunicar com os médicos aparece ainda como importante para uma série de participantes, sendo apontado como razões a necessidade de “se fazer ouvir” por ele, designadamente, num contexto onde a visão médica das potenciais intervenções farmacêuticas é considerada pouco favorável.

#### 4.4.2.4. Formação

A necessidade de formação, no sentido de conferir um maior segurança ao farmacêutico, é um ponto levantado por todos os entrevistados, sendo a clínica e a farmacoterapia as áreas mais destacadas, mas surgindo ainda áreas tais como, a farmacologia, o método e, pontualmente, a informação e a comunicação.

Embora, nalguns casos, seja referido que a formação universitária do farmacêutico deva já proporcionar as noções necessárias à prática do AFT, na perspectiva da grande maioria dos participantes, posteriormente ao ensino pré-graduado, o farmacêutico deveria especializar-se, designadamente, em determinadas áreas farmacoterapêuticas e/ou em Farmácia Clínica. A diferenciação da sua formação é vista como uma necessidade pela crescente complexidade qualitativa e quantitativa do conhecimento relativo ao medicamento. Os meios referidos para levar a esta especialização são diversos, desde o internato farmacêutico em meio hospitalar, com formação tutelada, a frequentação de pós-graduações, a realização de pequenas formações focalizadas em determinado área.

A necessidade de formações mais práticas, orientadas ao desenvolvimento de competência, é ainda um aspecto frequentemente levantado. De certa forma relacionado, a experiência profissional, acompanhada de uma formação auto-didacta, afigura-se, em muitos casos, imprescindível.

Quadro 7 – Farmacêutico hospitalar: Facilitadores

---

## Farmacêutico hospitalar Facilitadores

---

### Vontade de praticar AFT

---

“tem de partir de cada um, tem de que haver vontade de cada um” P1

“Mas, também depende do esforço de cada um, porque que se a própria pessoa que está a ver determinado serviço, se convencer que quer fazer as coisas desta forma, eu acho que o consegue fazer, perante tantas limitações.” NP5

“não adianta tu querer, os outros [a equipa clínica] também têm que querer o que estás a fazer. Não adianta nós irmos cheios de vontade (...) porque se não está lá ninguém para receber o que vamos fazer, o que é que interessa?” P3

“porque pode haver 2 ou 3 profissionais que tenham ideias fantásticas mas se o Director dos Serviços não aceder às pretensões, nunca irão fazer valer essa vontade” E7NP

“tem de haver muita paciência, muita força de vontade e muita persistência.”NP2

“tem que estar completamente dedicado à causa e ter muito trabalho porque isso é só possível com alguma experiência” NP4

### Demonstração da necessidade do AFT

---

“Temos que ser nós a demonstrar que somos uma mais-valia e que somos mais um elemento imprescindível na equipa de saúde” NP7

“as pessoas depois que estão na área da gestão e a Direcção dos Serviços Farmacêuticos, temos que conseguir provar mais, evidenciar mais junto dos órgãos de gestão que vale a pena investir em recursos humanos nesta área” E4NP

“tínhamos que ter o bom senso de escolher um serviço onde o nosso aconselhamento já fosse bom (...) e entrar por aí. A partir daí, com o que se fosse obter, as coisas vão-se propagando para outro lado, depois já um passa palavra”NP6

“E portanto, aqui também é preciso conhecer bem o perfil das pessoas dentro do Hospital, os clínicos, os Directores dos Serviços Médicos, os enfermeiros, todo o grupo de pessoas e ser assertivo na escolha que se faz para que seja um sucesso. Sendo um sucesso todos vão querer.” E4NP

“temos que saber exactamente onde é que vamos querer mostrar mais-valia, onde é que podemos mostrar mais-valia. Por exemplo, se calhar é mais inteligente começar por uma cirurgia, onde é muito mais fácil entrar, do que num serviço onde as pessoas dominam perfeitamente aquilo” NP3

“Escolher ou uma patologia, ou um Serviço, ou um grupo de doentes. Quem é que pode beneficiar mais com este nível de intervenção farmacêutica?” E4NP

---

Quadro 7a – Farmacêutico hospitalar: Facilitadores (continuação)

<b>Farmacêutico hospitalar</b>
<b>Facilitadores</b>
<p><b>Capacidade de comunicação</b></p> <p>“tu consegues colocar o doente à vontade para te dizer tudo o que está a sentir é muito importante. Tu consegues comunicar e fazeres-te ouvir pelo médico é muito importante.” P1</p> <p>“há uma abordagem diferente para cada um desses doentes que os farmacêuticos não têm formação para isso. Ou adquirem pela prática, ou adquirem pela formação pós-faculdade.” E2NP</p> <p>“uma certa capacidade de gestão de relações, ainda que profissionais, para se conseguir mudar um bocadinho, também, a forma como os outros profissionais de saúde vêem os farmacêuticos hospitalares.” NP2</p> <p>“Uma coisa muito importante que eu acho é a relação interpessoal aqui porque isto tem muito a ver com pessoas e portanto é preciso também saber lidar, vamos tentar chegar a uma área onde normalmente não estamos e portanto é preciso algum tacto e alguma capacidade também ao nível da relação interpessoal.” NP3</p>
<p><b>Formação</b></p> <p><b>Relativamente a área</b></p> <p>“a nossa formação também terá de ser alterada, porque também temos de conhecer alguma coisa do diagnóstico para saber, como os médicos sabem e vem para a nossa área em termos farmacológicos, nós temos de perceber algo de diagnóstico, não é diagnosticar, mas saber para cada patologia qual é a melhor terapêutica.” E2NP</p> <p>“Saber mais sobre os fármacos que são utilizados nessas áreas. E eu penso que a nível de interações, a nível de posologia...” NP4</p> <p>“Para se fazer acompanhamento farmacoterapêutico deve-se ter formação na área, devem conhecer as diversas metodologias que podem adoptar.” P1</p> <p>“há uma abordagem diferente para cada um desses doentes que os farmacêuticos não têm formação para isso. Ou adquirem pela prática, ou adquirem pela formação pós-faculdade.” E2NP</p> <p>“formar as pessoas na forma de como colher e tratar a informação.” E8P</p>

Quadro 7b – Farmacêutico hospitalar: Facilitadores (continuação)

---

**Farmacêutico hospitalar**  
**Facilitadores**

---

**Relativamente a forma**

---

“se o farmacêutico ao sair com o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas se ele já tiver uma formação de base obrigatória, digamos assim nessa área eu penso que todos teremos a ganhar.” E3NP

“temos que nos dividir e especializar ou então penso que até as pessoas que eu conheço com mais capacidade (...) reconhecem que há uma ou outra área a qual já não se podem dedicar a ela tão profundamente porque depois não conseguem dar resposta à actualidade.”NP6

“há aqui especializações que devem ser tidas em atenção: farmacoterapia e organização e gestão (...). Dentro da farmacoterapia ter área de infecção, área cardiovascular, área oncológica, área pediátrica e essas especializações irem decorrendo ao longo do tempo.”E8P

“acho que deveria haver uma especialidade em Farmácia Clínica” P5

“Um farmacêutico que acabou de se licenciar devia ter uma porta de entrada assim como o médico tem quando acaba de se licenciar para fazer o internato no hospital e de iniciar a sua formação imediatamente no hospital.” NP7

“pequenas formações dirigidas são tão válidas como uma formação estruturada de um doutoramento, um mestrado.” E7NP

“fornecer formação com qualidade e específica, e que as pessoas possam realmente fazer. Do género, prescrição de antibióticos, prescrição de, ou anti-coagulação... coisas... antiémese, coisas muito... em que as pessoas depois possam realmente aplicar aquilo no seu dia-a-dia e ir tendo um intervenção.” NP3

“é uma maneira de estudar, é muito mais fácil estudar fazendo acompanhamento do que “empinar” contra-indicações e indicações dos produtos, não é?” P1

---

## **4.5. Meio externo aos serviços farmacêuticos hospitalares**

### **4.5.1. Barreiras**

#### **4.5.1.1. Falta de apoio institucional**

A falta de apoio em termos da atribuição, por parte da administração de saúde, dos recursos considerados necessários ao AFT, isto é, mais frequentemente, recursos humanos, mas ainda, recursos tecnológicos, afigura-se para muitos dos entrevistados como um constrangimento.

São consideradas como causas subjacentes, por um lado, as instituições sanitárias desconhecer ou não valorizar o papel clínico do farmacêutico, os benefícios e a necessidade deste tipo de serviço, e por outro, uma visão imediatista da gestão em saúde, o que dificulta o reconhecimento por parte destas entidades das vantagens económicas do AFT.

Contudo, a opinião de que o papel do farmacêutico hospitalar não é valorizado é controversa, sendo mencionado que recentes iniciativas, tais como o plano de reorganização do medicamento hospitalar, proveniente do Ministério da Saúde ou orientações da Comunidade Europeia tem mostrado o reconhecimento da importância do farmacêutico hospitalar e mais particularmente, da Farmácia Clínica.

Na perspectiva de um praticante, o farmacêutico carece do apoio da direcção clínica, no sentido de serem aceites as suas intervenções.

Para além disso, na perspectiva de dois participantes, o “colapso” da carreira farmacêutica intervém como uma falta de estímulo para a prática do AFT como compromete ainda as condições formativas necessárias ao seu desempenho. Neste contexto, um estratega praticante menciona que a Ordem dos Farmacêuticos deveria ter um papel mediador e de acreditação, mas que não tem as capacidades técnicas e políticas para tal e que não vê isto como uma necessidade, o que poderá mudar se existir uma pressão vinda da própria profissão.

Por outro lado, outro estratega praticante considera que a Ordem dos Farmacêuticos não tem exercido pressão sobre os farmacêuticos ou sobre a administração de saúde, para que se pratique o AFT.

#### **4.5.1.2. Dificuldades de relacionamento com o doente**

Para uma série de entrevistados, o doente é, nalguns casos, de difícil relacionamento. Na perspectiva de dois estrategas praticantes, o doente internado não apresenta frequentemente condições de consciência que lhe permitam responder a uma entrevista. Por outro lado, na visão de alguns não praticantes, torna-se difícil estabelecer uma relação com os doentes atendidos em meio ambulatório, por estes se encontrarem muitas vezes impacientes.

Para além disso, dois entrevistados, que exercem no privado, levantam a questão da aceitação, por parte do doente, da prestação de um serviço pelo farmacêutico hospitalar. Se por um lado, segundo um não praticante, os doentes sentiriam algumas reservas em receber um farmacêutico por não perceber o seu papel, controversamente, um praticante refere que ao saber que existe um farmacêutico hospitalar, o doente quereria que este lhe prestasse informação sobre a sua terapêutica.

#### **4.5.1.3. Falta de cooperação entre farmacêutico hospitalar e comunitário**

De acordo com alguns entrevistados, falta uma ligação entre farmacêutico hospitalar e comunitário, que permita a continuidade do acompanhamento do doente.

Uma relação de mútua desconfiança e o facto de o acompanhamento ainda não se encontrar implementado ao nível das farmácias comunitárias são razões apontadas para a dificuldade desta ligação.

#### **4.5.1.4. Inadequação do ensino facultado pela Universidade**

Para uma série de entrevistado, existem carências formativas no actual currículo universitário relativamente a transmissão dos conhecimentos e competências consideradas necessários ao farmacêutico para a prática do AFT.

Isto porque a componente clínica ou do AFT não é suficientemente aprofundada. Para além disso, é referido que o ensino actual é muito teórico e, conseqüentemente, de pouca aplicabilidade prática. Um praticante menciona ainda que as presentes disciplinas de Farmácia

Clínica ou seguimento farmacoterapêutico se encontram dirigidas a farmacêuticos comunitários, o que dificulta a sua aplicação a nível hospitalar.

#### **4.5.1.5. Dificuldades de relacionamento com o médico**

Para muitos dos entrevistados, a relação actual entre médico e farmacêutico dificulta a aceitação das sugestões farmacêuticas inerentes ao AFT.

As razões apresentadas prendem-se com o sentimento de intrusão por parte do médico em funções que consideram como suas, a visão que eles possuam do farmacêutico, de um profissional que pretende “policar” as suas acções e, ainda, o facto de ele não perceber a utilidade da presença do farmacêutico, num contexto onde foi sempre ele a resolver as questões terapêuticas, o que poderá levar a alguma desconfiança.

Embora, em muitos casos, os participantes mencionam que existem equipas clínicas mais receptivas do que outros e até, controversamente, na perspectiva de um estratega praticante, que as intervenções do farmacêutico são globalmente bem aceites e de um farmacêutico, dedicado à farmacocinética, que as suas relações com o equipa clínica é de parceria.

Quadro 8 – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras

## Meio externo aos SFH

### Barreiras

#### Falta de apoio institucional

##### Administração de saúde

“nem os recursos temos para as questões mais básicas e porque, volto outra vez à mesma questão, com o próprio sistema que não sabe o que fazemos nem as potencialidades que podemos oferecer” E1NP

“Eu acho que não há vontade política neste momento para fazer as coisas, porque se quisessem fazer, se estabelecessem uma rede informática a nível nacional, tem de partir de topo.” NP1

“Medidas tomadas a curto prazo [pelas administrações hospitalares], sem uma perspectiva alargada da realidade do benefício que, se calhar, investindo na parte farmacêutica, do que poderia ser gasto em termos indirectos, dos custos indirectos que daí advêm.” P2

“Para avançar temos que ter os meios, temos que ter as coisas, mas eu penso que mesmo a nível de topo, a nível organizacional, e até a nível governamental, eles já perceberam que é importante e que há mais-valia em investir na Farmácia hospitalar.” E5P

“não existem concursos para estágios desde o ano 2002, foi o último concurso nacional para estágio, portanto não há formação nem renovação” E4NP

“Numa carreira de farmacêutico hospitalar, em que as pessoas (ou os contratados pelo menos agora) têm o mesmo salário no ano em que entraram e estando há 5 ou 6 anos, o estado sobe pela inflação sem nenhum escalonamento, que estímulo é que eu tenho para investir na minha formação, para perder tempo com isso” NP3

“muitas vezes, quando tens problemas que mandas à direcção clínica que se passou isto (...) quando houve divergência entre farmacêutico e médico, normalmente, é muito raro não acontecer, mas a razão está sempre do lado do médico, mesmo que assim não seja.” P1

##### Organizações farmacêuticas

“Eu não estou a ver, neste momento, nos próximos tempos, que a Ordem tenha capacidade técnica e de influência para isso [a estruturação de uma especialização].” E8P

“será um processo que terá que partir dos profissionais até termos uma Ordem que olhe para isto de outra forma e ela própria, porque as Ordens são representações junto do estado e da sociedade, que podem dizer: “Nós temos capacidade para ter estes aptos”.” E8P

“Se os farmacêuticos conseguissem uma certa união em que de facto se decidia que o acompanhamento é uma mais-valia para os doentes, é uma mais-valia em termos profissionais (...). Talvez as entidades, talvez, sabe-se lá, o ministério da saúde, a Ordem de Farmacêuticos...” P4

“a Ordem dos Farmacêuticos também não tem feito grande pressão, ou seja nem pressão perante os inscritos na Ordem, nos profissionais, nem pressão sobre a tutela para que isso aconteça.” E7NP

Quadro 8a – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras (continuação)

---

## Meio externo aos SFH

### Barreiras

---

#### **Dificuldades de relacionamento com o doente**

---

“porque há doentes que por perguntarmos, passam a ter tudo, inventam. (...) E há a idade, alguns não estão em condições. Por exemplo, aqui tenho muitos velhotes com mais de 80 anos, eu acho que não me adiantava muito falar com alguns.” E6P

“os doentes muitas vezes não sabem explicar ou dizerem aquilo que fazem, tudo o que tomam, toda a terapêutica que fazem” E4NP

“muitas vezes as pessoas são impacientes e é complicado, e é muito complicado lidar neste ambiente com algumas pessoas, ou com alguns doentes que aparecem à frente... começam a bufar... desesperados quase por serem atendidos.” NP5

“há doentes aqui que como pagam não querem ser incomodados, pois têm as suas nuances e algumas reservas de receberem ou não um farmacêutico, um bocado: “mas o que é isto? Então mas eu nunca recebi nenhum farmacêutico em hospital nenhum a fazer-me perguntas” NP7

“mas depois, [os doentes] conseguiam perceber que havendo um farmacêutico, eles diziam “então se há um farmacêutico aqui, então eu quero que seja o farmacêutico a vir ter comigo para me explicar isto”.” P3

---

#### **Falta de cooperação entre farmacêutico hospitalar e comunitário**

---

“falta a nossa ligação com a farmácia comunitária” E4NP

“Muitas das outras áreas (...) nomeadamente farmácia de oficina, mostra muito pouca disponibilidade em, na realidade, trabalhar em conjunto com a farmácia hospitalar. Também da parte dos farmacêuticos hospitalares existe uma grande desconfiança relativamente aos farmacêuticos, portanto, de oficina. Isto é recíproco.” E1NP

“acompanhar este doente no sentido do integrar na sua própria comunidade aquando do momento da alta. Isto na perspectiva do farmacêutico hospitalar, porque falta depois todo o outro trabalho, a nível das próprias farmácias de oficina” E1NP

---

Quadro 8b – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Barreiras (continuação)

## Meio externo aos SFH

### Barreiras

#### Inadequação do ensino facultado pela Universidade

“A faculdade não deu formação aos farmacêuticos, portanto, para isto.” E1NP

“aquelas mais importantes deviam ser mais aprofundadas não serem passadas num semestre e dar uma maior formação a nível de farmacologia e de patologia” E2NP

“a maior parte das Universidades dá muita pouca formação ou dá uma formação muito pouco extensa e pouco abrangente sobre o que é o acompanhamento farmacoterapêutico.” P5

“somos um país de bons teóricos, temos excelentes professores universitários, mas depois essas pessoas que nunca trabalharam no terreno, às vezes não dão cá para fora, exactamente, as ferramentas e as ideias que precisamos.” E6P

“uma disciplina de Farmácia Clínica ou uma disciplina de seguimento farmacoterapêutico está mais direccionada para a farmácia de oficina, não prepara um farmacêutico para aquilo que vai encontrar na realidade” P5

#### Dificuldades de relacionamento com o médico

“acho que existe uma má relação no geral, porque existe muita dificuldade dos médicos aceitarem que nós, farmacêuticos, possamos fazer sugestões relativamente às suas prescrições.” P5

“os médicos estão asoberbados de trabalho mas estão por outro também está tudo muito centralizado neles e eles não estão muito abertos a largar coisas, têm aquilo muito como seu” NP3

“começar por falar com as pessoas a dizer que estamos ali, que não somos polícias, mas sim que estamos ali para ajudar, não queremos andar a ver dos erros que se cometeram.” NP1

“não se percebe a minha presença lá. E era aquilo que eu dizia, o enfermeiro fica aflito porque pensa que eu vim ver se os medicamentos estão bem arrumados, e se estão dentro do prazo e o médico pergunta-me: “então passa-se alguma coisa?”” NP6

“aquilo que é difícil é eles perceberem qual é que é a mais-valia do farmacêutico, até porque questões de terapêutica e tudo mais discutem entre eles como sempre discutiram até hoje mesmo porque não existia a presença do farmacêutico” NP7

“há serviços mais fáceis de trabalhar e outros mais difíceis de trabalhar porque as equipas clínicas são diferentes.” NP2

“Nós já fazemos visita há muito tempo, já acompanhamos os doentes há muito tempo, há muito tempo que fazemos intervenções no âmbito da terapêutica destes doentes, que são aceites pelos médicos” E5P

“tenho uma relação muito estreita com estes serviços e estou em completa parceria com eles” NP4

## **4.5.2. Facilitadores**

### **4.5.2.1. Apoio institucional**

Na perspectiva de muitos entrevistados, as instituições de saúde devem conceber a necessidade da implementação de serviços clínicos farmacêuticos de forma a apoiar os serviços farmacêuticos neste processo.

Para além de apoio relativo à concessão de recursos humanos, para exercer actividades de AFT, este apoio poderia ainda se manifestar nas seguintes formas.

Se por um lado, a avaliação do AFT pelo Ministério da Saúde, que poderá passar pela criação de Boas Práticas oficiais nesta área e pela verificação do seu cumprimento, permitiria exercer uma pressão ao nível das administrações hospitalares e consequentemente, da direcção dos SFH, por outro, também levaria a que o AFT ganhasse legitimidade de função farmacêutica. Similarmente, o apoio por parte dos órgãos de topo hospitalares permitiria obter a aceitação deste tipo de serviço por parte das equipas clínicas. Contudo, um praticante proporciona uma perspectiva diferente, opinando que este apoio não será eficaz se as equipas clínicas não sentirem previamente como uma necessidade esta actuação do farmacêutico.

Outro aspecto considerado é o do estabelecimento por parte do Ministério de uma carreira farmacêutica. Neste contexto, a Ordem dos Farmacêuticos surge como um potencial mediador e impulsionador.

Outras formas de apoio por parte da Ordem são referidas, as quais passam pelo proporcionar de formações que permitam uma aplicação prática e pela definição e avaliação de Boas Práticas do AFT.

### **4.5.2.2. Adequação do ensino facultado pela Universidade**

Para grande parte dos entrevistados, o ensino pré graduado deve permitir que o farmacêutico saia com noções e competências relativas a Farmácia Clínica. No entanto, na perspectiva de dois praticantes, a faculdade poderia ainda intervir na formação pós-graduada, no sentido de uma especialização validada ou de uma actualização do farmacêutico.

A faculdade surge ainda como um meio de socialização com outros profissionais de saúde e de divulgação do AFT.

#### 4.5.2.3. Procura por parte do doente

Na perspectiva de alguns entrevistados, a procura por parte do doente de um serviço individualizado, tal como o AFT, iria criar condições que permitiria o desenvolvimento deste tipo de serviço, designadamente, segundo um estratega não praticante, pelo estabelecimento de uma pressão sobre o governo, para que sejam concedidas as condições necessárias à satisfação deste requisito.

Neste contexto, alguns praticantes opinam que deveria existir uma consciencialização do doente da necessidade deste tipo de serviço e que esta passaria pelo tornar visível o impacto dos erros associados ao medicamento ou o papel do farmacêutico hospitalar, considerado de forma global, desconhecido pela maioria da população.

“Basta nós dizermos a alguém que trabalhamos em farmácia hospitalar e às vezes é estranha a reacção das pessoas: “Ah! mas há farmacêuticos no hospital? e porquê?”.”NP3

#### 4.5.2.4. Cooperação entre farmacêutico hospitalar e comunitário

Na perspectiva de alguns entrevistados, a colaboração entre farmacêutico hospitalar e farmacêutico comunitário permitiria a troca de informação e, desta forma, a continuidade do acompanhamento do doente.

Para além disso, é ainda referido, por um estratega não praticante, que uma ligação com o farmacêutico comunitário permitiria aproveitar o seu *know-how* derivado de uma maior proximidade dos doentes.

#### 4.5.2.5. Melhor relação com o médico

Segundo vários participantes, a relação com o médico deveria melhorar no sentido existir uma maior confiança e credibilidade relativa ao farmacêutico, de forma a facilitar a troca de conhecimentos e a aceitação das intervenções farmacêuticas.

## Meio externo aos SFH Facilitadores

### Apoio institucional

#### Administração de saúde

“A questão é que o próprio sistema consiga perceber que, na realidade, que tem de investir e tem tudo a lucrar, no que diz respeito a ter gente com capacidades que consigam na realidade, no campo a... fazer e montar algum trabalho e afirmar-se profissionalmente dentro desta área.” E1NP

“Se o ministério disser ao hospital que um dos objectivos é desenvolver esta área, evidente que as direcções dos hospitais, vão querer que o director dos serviços farmacêuticos ponha essa área em actividade.” P1

“é um processo [a concepção de Boas Práticas oficiais] que tem que ser liderado por alguém. E alguém, ou é o próprio Ministério da Saúde” E7NP

“Depois fazer, aplicar essas Boas práticas, não sei de que forma, (...), mas tentar que fosse um acto, fosse obrigatoriamente feito. O Infarmed inspecciona, vem ver se eu tenho os medicamentos bem acondicionados, se eu tenho circuitos separados e etc., e ninguém vai perguntar se eu faço Farmácia Clínica, se eu vou à visita, se eu acompanho os doentes, ninguém me pergunta!”NP6

“Mas que estejamos minimamente com *background* que nos dê alguma prosápia para o fazermos, não é. Não ser: “Olha! Agora esta, que quer armasse aqui no meu serviço” Não, porque isto é uma prática inerente à minha profissão.” NP6

“Haver uma decisão superior de um Director Clínico, de um Director de Hospital ou da Comissão de farmácia e terapêutica não sei a quem competirá isso para que as coisas sejam aceites por todos, não vamos nós acho eu sozinhos... Olha a partir deste momento vou fazer isto e isto, acho que tem de ser um apoio também superior.” NP1

“não podes ficar à espera que saiam ordens para se criar, por exemplo, visitas clínicas em todos os pisos ou em todos os serviços, ordem de estado. Não! É assim, até pode estar criada mas se os clínicos e os enfermeiros não tiverem vontade que tu lá estejas, não interessa, interessa é que antes de ser criada a ordem já eles sintam essa necessidade” P1

“Um dos incentivos, esta carreira de farmacêutico, teria que vir obviamente do Ministério da Saúde que é quem regula essas coisas” NP3

#### Organismos farmacêuticos

“a nossa organização profissional e isso, podem ter algum papel em mostrar essa importância junto (...) do ministério da saúde” NP3

“é preciso que o sistema, no caso, por exemplo, a Ordem e o Colégio de Farmácia Hospitalar ou a Associação Portuguesa de farmacêuticos hospitalares, identifiquem as necessidades e disponibilizem formações práticas e de qualidade para estas questões” NP3

“a Ordem dos Farmacêuticos aí deveria intervir rapidamente no assunto. Se não conseguir que peça ajuda a quem possa ajudar também, agora têm que ser é oficiais, têm que ser validadas por uma entidade que seja reconhecida oficialmente para que consigamos ter Boas Práticas.” E7NP

Quadro 9a – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Facilitadores (continuação)

## Meio externo aos SFH

### Facilitadores

#### Adequação do ensino facultado pela Universidade

“se o farmacêutico ao sair com o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas se ele já tiver uma formação de base obrigatória, digamos assim nessa área eu penso que todos teremos a ganhar.” E3NP

“Era ótimo ter uma especialização com o apoio da ordem, de cursos, de faculdades, e tudo mais, que eu pudesse dizer mesmo e depois faz o exame no fim “tenho um farmacêutico que é especialista em X” P3

“acho que sim, que devia ser mais prática. Quando estamos a estudar devíamos vir por exemplo ao nível hospitalar, ter uma cadeira no hospital como os médicos têm, não devia ser só aquele estagiozinho. Durante o curso, devíamos vir ao hospital, vínhamos ver o que é que se passa cá, vínhamos ter uma cadeira” NP4

“A formação pré-graduada, tem que haver mais tempo em que os diferentes profissionais estejam em comum, estejam nas mesmas salas a ouvir farmacologia, de diagnóstico...” E8P

“A universidade actualmente mediante a promoção de formação, como o mestrado, ou de encontros tem vindo a ter um papel importante na divulgação junto dos colegas do que se pode fazer, do que se faz, das tendências em termos de prática farmacêutica” P3

#### Procura por parte do doente

“temos que ter espaço para o demonstrar para que os doentes conheçam e nos comecem a procurar e assim sucessivamente.” P2

“Mas que não seja se queremos até provocar uma situação que faça mover o governo (...) há que criar impacto em termos de opinião pública.” E1NP

“vejo a universidade aqui fazer os primeiros passos, no meio disto, no sentido, até mesmo de validar dados, de apresentar trabalhos, de fundamentar a pesquisa como conhecimento, no sentido, na realidade, de uma alerta relativamente a este problema [erros de medicação].” E1NP

“as pessoas não sabem que existe, e um dos primeiros passos, acho que um dos primeiros passos que temos que dar, é mostrarmos que nós existimos.” P3

#### Cooperação entre farmacêutico hospitalar e comunitário

“depois vamos passar a informação para o outro local para onde o doente a seguir vai, para acompanhar(...) para o Farmacêutico, nosso colega, da Farmácia comunitária onde o doente está ligado” E4NP

“estas farmácias comunitárias (...) têm o trabalho de campo feito e têm muito *know how* no acompanhamento de todas estas populações. A questão é: (...) teremos nós capacidade para trabalharmos conjuntamente, farmácia comunitária, farmácia hospitalar” E1NP

Quadro 9b – Meio externo aos Serviços farmacêuticos hospitalares: Facilitadores (continuação)

---

## Meio externo aos SFH

### Facilitadores

---

#### **Melhor relação com o médico**

---

“ter a aceitação dos outros profissionais, para isso tem de maneira de ter credibilidade junto deles.” E6P

“quando os outros profissionais adquirem confiança em nós e que podem perguntar aquilo que quiserem e isto é que é saudável”. E4NP

“Quando damos um parecer negativo para os medicamentos que nós temos de justificação e avaliamos que não deve ser aquele medicamento para aquele doente deve ser outro, nós não estamos a negar o medicamento ao serviço, nós estamos a dar um parecer que achamos que a luz ...o doente deve fazer outro, pronto. E quando o farmacêutico faz parte da equipa isto é visto de uma maneira diferente.” E5P

---

## **4.6. Tecnologias**

### **4.6.1. Barreiras**

#### **4.6.1.1. Dificuldades de acesso aos dados clínicos**

Muitos dos entrevistados relatam as dificuldades encontradas no que respeita ao acesso dos dados clínicos do doente, que permitam assegurar a prática do AFT. Estas manifestam-se pela vedação destes dados ao farmacêutico, pela insuficiente troca de informação com a equipa clínica ou, nos casos onde se é referido que o processo clínico ou/e as análises se encontram disponíveis, pela carência de alguns dados, nomeadamente, o peso, os relativos ao doente atendido em meio ambulatório e os que contemplam, de uma forma integrada, a informação relativa a todos os níveis de cuidados.

Na perspectiva de um estratega não praticante, estas dificuldades de acesso devem-se ao facto de não existir uma percepção global da necessidade destes dados para o farmacêutico intervir.

Contudo, esta percepção não é consensual, considerando que alguns praticantes não relatam queixas relativas a esta questão e que, para além disso, realçam o facto de terem os dados suficientes.

#### **4.6.1.2. Dificuldades de acesso ao conhecimento**

Alguns não praticantes mencionam que lhes falta o acesso às fontes de informação suficientes para a prática do AFT, quer pelas carências das fontes disponíveis como a internet, quer por não se encontrar disponível um instrumento que forneça, em tempo útil, informação relativa as interações ou as reacções adversas ao medicamento, área onde a informação é considerada demasiada vasta.

Contudo, esta opinião não é consensual, sendo considerado, por alguns entrevistados, que a informação disponível é suficiente e o acesso a esta, fácil.

#### **4.6.1.3. Inadequação do método de AFT**

São várias as críticas feitas aos métodos disponíveis, nomeadamente por parte praticantes (à excepção de um estratega). No ver destes, o ou os métodos actuais são complicados, pouco práticos, devido a elevada burocracia que acarretam e ao tempo necessário a sua execução; inadequados à prática hospitalar por implicar um entrevista ao doente, frequentemente irrealizável, ou em moldes criados para a farmácia comunitária, e ainda, por não cobrir todos os tipos de intervenções possíveis, designadamente, as conducentes à prevenção.

Quadro 10 – Tecnologias: Barreiras

---

## Tecnologias Barreiras

---

### **Dificuldades de acesso aos dados clínicos**

---

“Se nos fosse permitido ter acesso ao processo clínico do doente, que isso, eu acho, que é uma grande lacuna que nos bloqueia muita parte da nossa actividade. É que eu não posso ter o processo clínico do doente.” NP6

“Eu ir para a enfermaria ver processos, desfolhar e andar ali perdida durante horas, só vai permitir que eu faça um doente longe a longe.” E6P

“não podemos intervir porque não sabemos que o doente fez uma reacção adversa, ou que teve uma intercorrência ou que aconteceu alguma coisa. E portanto, cria-se aqui um ciclo vicioso e cada um está no seu gabinete, cada um está na sua função, nós a enviar medicação que não sabemos bem para que e depois os clínicos, claro, na sua rotina clínica e que se não circular a informação é evidente que nós não podemos intervir.” NP2

“porque ainda não há o hábito de colocar o peso no processo do doente.” E7NP

“nós não temos dados suficientes [relativos ao doente em ambulatório] para saber se a dose indicada é mesmo aquela ou se pode ser feito algum tipo de ajuste, e sem esses dados eu não tenho legitimidade para chegar junto de um médico” NP5

“eu acho que é fulcral para que se faça um bom acompanhamento do doente, ter a noção e a perspectiva global do todo, e, isso nós não temos (...) O médico quando prescreve, prescreve numa aplicação que é do hospital interna, mas quando prescreve para qualquer outro medicamento para o doente adquirir no exterior (...), faz esta prescrição numa outra aplicação, que é aquela que está disponível para o país, e, portanto falta aqui cruzamento de informação” E4NP

“se a própria tutela pretende de facto intervenção, e a Ordem dos Farmacêuticos tem participado deste processo, quando da parte da ACSS na área do processo clínico do doente, não está contemplado o acesso ao farmacêutico. É área restrita ao médico e na parte de enfermagem, ao enfermeiro. (...) no meu caso tive de fazer exposição ao conselho de administração da direcção clínica, demonstrando a necessidade e importância do acesso directo dos farmacêuticos” E4NP

“nós temos acesso ao processo clínico, temos acesso às análises, a todos os exames radiológicos e imagiológicos que os doentes fazem, por isso eu quando estou a validar a terapêutica do doente, eu posso ao mesmo tempo estar a ver tudo o resto” P3

---

Quadro 10a – Tecnologias: Barreiras (continuação)

---

## Tecnologias Barreiras

---

### **Dificuldades de acesso ao conhecimento**

---

“não tenho recursos, tecnologia de informação, não tenho esse recurso, o único recurso que eu tenho é acesso à internet.” NP7

“ter disponível a informação que é importante, logo ali acoplada para podermos trabalhar bem as coisas porque senão nós perdemos na quantidade de informação que existe face ao acompanhamento farmacoterapêutico, porque tudo tem interações praticamente(...) Enquanto não tivermos isto que nos permita trabalhar rapidamente e depois dominar, estar à vontade, para depois já nem precisar do alerta que nos surge na aplicação” E4NP

“Acho que o acesso a informação actualmente é muito fácil: um computador, internet e dois livros de referência é o suficiente.” P2

---

### **Inadequação do método de AFT**

---

“o método Dáder tem uma fase de estudo muito complicada, muito longa, tem que se fazer uma série de registos” E5P

“é um método que em termos de aplicação no hospital é mais difícil, porque as vezes temos doentes internados aos quais não é fácil fazer a entrevista” E5P

“Primeiro tive de criar a minha folha de levantamento de dados, porque a folha que o Dáder tinha criado era uma folha de entrevista ao doente no balcão da farmácia, por isso é que te digo que não está adaptado.” E6P

“O acompanhar é muitas vezes mais uma acção reactiva e monitorizar, tem como conceito, um bocado, uma acção proactiva ou seja eu encontro um problema, eu altero-lhe a terapêutica” E8P

---

## **4.6.2. Facilitadores**

### **4.6.2.1. Acesso às fontes de informação**

Na perspectiva dos participantes, o acesso à informação é um aspecto inerente à prática de actividades clínicas e por esta razão, e considerado importante que este seja eficiente e disponibiliza a evidência adequada a tomada de decisões.

Alguns não praticantes realçam que um programa informático que permitisse identificar interações ou reacções adversas ao medicamento, permitiria responder em tempo útil as solicitações.

### **4.6.2.2. Disponibilidade de um método adequado**

Menos no caso de um estratega não praticante que considera que a normalização, por levar a não questionar, conduz à erros, a ideia de que a utilização de um método no AFT permite orientar o farmacêutico e obter melhores resultados é unânime.

Na perspectiva de uma série de praticantes, o método conhecido actualmente deveria ser adequado a prática hospitalar e/ou focar os problemas relacionados com o medicamento.

A questão da agilização do processo, nomeadamente em termos burocráticos, através da informatização dos registos é ainda levantada por alguns praticantes.

### **4.6.2.3. Definição de critérios de selecção de doentes**

Para alguns entrevistados, não é possível fazer o AFT a todos os doentes pelo que deveriam ser definidos critérios de selecção.

### **4.6.2.4. Documentação das actividades**

A documentação das actividades permitiria, segundo os entrevistados, demonstrar os benefícios do AFT mas ainda responsabilizar o farmacêutico pelas suas acções.

#### **4.6.2.5. Informatização e automatização dos SFH**

A informatização e automatização dos processos logísticos dos serviços farmacêuticos é visto de forma unânime como um meio que permite disponibilizar tempo para o farmacêutico poder se dedicar a actividades clínicas.

Outro ponto focado é o acesso informático aos dados clínicos que é visto como uma fonte de eficácia e de eficiência por uma série de entrevistados. Para além disso, na perspectiva de vários não praticantes, estes dados deveriam integrar toda a informação relativa aos vários níveis de cuidados, de forma a obter uma visão global do doente que permitisse um melhor acompanhamento.

A informatização é ainda vista, por estratégias, como um facilitador da comunicação entre vários intervenientes no processo terapêutico, nomeadamente, o médico e o doente, mas ainda entre os diferentes serviços farmacêuticos hospitalares.

#### **4.6.2.6. Fardamento identificador de farmacêutico**

Para a maior parte dos entrevistados o fardamento actual, a bata, ou não é importante, ou é o suficiente, nomeadamente, para que o farmacêutico seja visto como um profissional de saúde.

Contudo, pontualmente é considerado que uma alteração que levasse a identificar imediatamente um farmacêutico, permitiria facilitar o contacto pelo doente e que este tivesse a segurança de qual é o profissional que o está a tratar.

#### **4.6.2.7. Marketing do AFT**

O marketing do serviço de AFT dentro do hospital é visto por muitos entrevistados como uma forma de fomentar uma visão positiva do AFT, quer dos médicos, quer da administração hospitalar, facilitaria a implementação deste serviço em termos de aceitação ou de disponibilização de recursos.

A população é vista como outro alvo possível, no sentido de exercer pressão sobre as entidades sanitárias ou, no caso dos hospitais privados, evidenciar um retorno positivo.

Contudo, uma série de entrevistados considera que, previamente a este marketing, ou que este marketing se faz mediante a qualidade dos serviços prestados.

Controversamente, um praticante opina que o marketing não tem valor nenhum ao nível do AFT.

#### **4.6.2.8. Definições de Boas Práticas de AFT**

Na perspectiva de uma série de entrevistados, o AFT carece de uma definição clara de qual é a função inerente do farmacêutico, a qual seria propiciada pela instituição de Boas Práticas oficiais nesta área.

“Não participamos porque, lá está! Não está nas nossas funções previstas”NP3

Se por um lado, é referido que estas Boas Práticas permitiriam orientar e tornar o exercício do AFT uma responsabilidade do farmacêutico, por outro, estas fundamentariam a sua actuação frente aos outros profissionais.

A questão da obrigação em praticar o AFT é levantada, por alguns entrevistados, de forma controversa. Embora alguns consideram que a atribuição da responsabilidade seja mobilizadora do cumprimento do AFT, para outros, o AFT não se obriga, é-se vocacionado, e pode levar a que ele não seja executado com qualidade.

“o ser responsável de alguma forma dá também... somos responsáveis temos que garantir, temos que estar mais atentos e temos que trabalhar doutra forma para garantir que aquilo seja assim” NP3

“Uma pessoa que se dedica a uma coisa que realmente gosta tem uma probabilidade de sucesso muito superior, e agora nesta fase que temos que mostrar o que valemos é muito importante que não se vá mandar ninguém obrigado para fazer um acompanhamento” P2

Contudo, na perspectiva de uma estratégia praticante, estas Boas Práticas já se encontram definidas e não devem levar a uma obrigação. Para este entrevistado, a semelhança de outros, a definição das actividades que devem ser cumpridas no AFT deveriam se encontrar descritas no Manual de Qualidade dos SFH, o qual poderá ainda permitir monitorizar a execução do AFT.

#### **4.6.2.9. Protocolos terapêuticos**

Acerca dos protocolos terapêuticos, alguns entrevistados referem alguns benefícios no AFT, quer por permitir verificar mais facilmente a correcção das prescrições, quer por, ao haver uma normalização desta, os resultados negativos associados ao medicamento serem mais facilmente identificados. Contudo, esta opinião é controversa.

Quadro 11 – Tecnologias: Facilitadores

---

**Tecnologias  
Facilitadores**

---

**Acesso às fontes de informação**

---

“E depois, na área clínica, [dispor de] uma série de instrumentos de apoio à decisão: protocolos no computador, facilidade de acesso à informação em sites credíveis, uma biblioteca virtual forte dos serviços farmacêuticos.” E5P

“os serviços farmacêuticos terem uma biblioteca mínima de apoio que fosse renovada periodicamente para dar resposta aquelas questões básicas que surgem. E depois sistematizar a informação, não vale a pena andarmos sempre à procura da mesma informação quando nos fazem uma pergunta não é. Isso é o mínimo.” E7NP

“Portanto, ter meios informáticos que nos auxiliem (...) no conhecimento, por exemplo, de interações mais graves, cuidado que pode aumentar um risco de uma hemorragia, de efeitos adversos mais graves, é essencial para se conseguir dar resposta em tempo útil.” NP2

---

**Método adequado**

---

“Portanto criar coisas estandardizadas não dá, não leva a lado nenhum. Até porque as pessoas fixar-se-iam naquilo e não teriam inteligência para ver uma simples coisa ao lado resolvia mais facilmente, não se devem habituar ...o que leva a erros” E2NP

“se eu tiver formação num determinado método, se souber como proceder, se eu tiver uma metodologia que acompanhe, vou conseguir muito provavelmente não me perder e ter recolha de informação naquilo que é o essencial. Se todos os dias fizer de uma maneira diferente, nuns dias vou fazer melhor, noutros vou fazer pior, e portanto, é importante seguir uma metodologia.” NP2

“É importante por exemplo ter uma *check list* para orientar o farmacêutico, para ele saber o que é que vai ver, como é que vai estruturar a sua validação daquela prescrição ou como é que vai planear isso, que pontos é que devem ver, pode haver algum tipo de suporte que ajude (acho eu) no início” NP3

“o método tal como está, os papéis que existem para preencher quando vais seguir um doente, existem para a farmácia comunitária e para serem desenvolvidos no hospitalar, terão de ser adaptados.” E6P

“nós temos que pensar num método mais agilizado, ou então, o que é que nós fazemos, temos uma série de intervenções que resulta de identificação de problemas de saúde ou de potenciais problemas de saúde, e potenciais PRM, mas que vão dar RMN e fazemos a intervenção.” E5P

“acho que pelo menos no método *Dáder*. Acho que era uma ferramenta informática em que pudesse haver registos dos acompanhamentos, para ser mais fácil o acesso, porque em papel, acho que é mais complicado. Isso facilitava bastante.” P4

---

**Definição de critérios de selecção de doentes**

---

“tinha que ser pensado quais seriam os critérios a utilizar, quais os doentes a fazer seguimento. Não se poderia fazer a todos os doentes, portanto tinha que ser feita essa triagem” P4

---

Quadro 11a – Tecnologias: Facilitadores (continuação)

<b>Tecnologias Facilitadores</b>
<p><b>Documentação das actividades de AFT</b></p> <p>“mas se isso estiver documentado é mais fácil isso depois ser reconhecido também quando é preciso e nós (então agora!) precisamos mostrar às vezes o que é que se faz” NP3</p> <p>“Porque as coisas podem correr bem mas também podem correr mal, as pessoas têm de ser responsabilizadas pelos actos e pelas decisões que tomam, acho que como um enfermeiro escreve o seu diário tudo o que faz o doente, como o médico escreve, acho que também deveria ficar registado o que é feito ao doente, o que é sugerido ao doente.” NP1</p>
<p><b>Informatização e automação dos SFH</b></p> <p><b>Relativamente aos processos logísticos</b></p> <p>“os que tiverem automatismos, cardex, pyxis, que tiverem prescrição on-line. Eu tenho em todos os serviços prescrição on-line. Portanto sistemas de apoio a preparação da medicação, os que tiverem esta parte mais organizada vão ter farmacêuticos com maior disponibilidade para se dedicar ao resto.” E5P</p> <p><b>Relativamente ao processo clínico</b></p> <p>“é preciso haver dentro do meio informático, a possibilidade de ter acesso a todos os dados [clínicos] informaticamente, porque melhora muito o trabalho, tanto em termos de qualidade como em termos de quantidade, além de poupar tempo” P5</p> <p>“Em ambiente hospitalar, havendo uma interface, portanto, conseguindo ter dados relativamente a determinado doente que façam essa ponte entre os cuidados continuados, os cuidados primários (...). Se nós pudermos ter acesso à informação, eu penso que todos ganhamos, não é? Quando temos o doente aqui a nível hospitalar e conseguimos depois apreender globalmente, todas as terapêuticas que o doente tem feito, e outras características co-morbilidades que ele tenha, eu penso que conseguimos actuar de uma maneira muito mais dirigida” E3NP</p> <p><b>Relativamente a comunicação</b></p> <p>“programas que dêem para (...) enviarmos alertas por aqui” E6P</p> <p>“É necessário estabelecer uma ligação diferente também com o doente para tentar perceber que rapidamente e de uma forma fácil ele possa comunicar connosco” E6NP</p> <p>“Eu acho que o ideal seria haver uma aplicação comum a todos os serviços farmacêuticos, ou que pelo menos falasse entre os vários serviços farmacêuticos e os outros intervenientes no processo do plano terapêutico do doente” E7NP</p>
<p><b>Fardamento identificador de farmacêutico</b></p> <p>“Acho que é suficiente [o fardamento], igual aos outros. Não deve ser nem mais nem menos.” P2</p> <p>“eu sou Farmacêutica, eu quero que um doente quando olha para mim, que me veja no corredor ou a falar com o médico e precisar de mim que olhe para a minha placa de identificação e diga assim: esta senhora é Farmacêutica. Eu posso perguntar isto ou aquilo, dúvidas que tenha (...) Acho que é importante para qualquer doente dá-lhe segurança, dá-lhe conforto poder saber e identificar rapidamente quem é quem.” E4NP</p>

Quadro 11b – Tecnologias: Facilitadores (continuação)

<b>Tecnologias Facilitadores</b>
<p><b>Marketing do AFT</b></p> <p>“acho que nos vendemos o produto SFT, para determinadas classes, como por exemplo, os médicos. Se fosse bem “vendido”, acho que seria uma grande mais-valia para facilitar o processo de implementação o AFT” NP5</p> <p>“acho que também temos que vender um bocado a nossa imagem e não o estamos a conseguir fazer. As vantagens são precisamente a gente conseguir ter uma moeda de troca para conseguir algumas das coisas que desejamos, ou seja nós somos tão bons que até aparecemos no jornal x, y e z a dizer que fizemos isto, mas para ainda sermos melhores o que nós precisávamos era de fazer isto assim e assim.”E7NP</p> <p>“eu acho que isso pode ser mais um chamariz, por exemplo neste caso porque até somos particulares. Portanto o doente perceber que além de ser acompanhado pelo médico assistente é acompanhado por uma equipa de enfermagem de excelência, mas se é acompanhado também por uma equipa de farmacêuticos especializados”NP7</p> <p>“naturalmente para fazer o marketing, temos de dar qualidade aos serviços que prestamos não é? Não vale a pena dizer que algo é bom quando não se consegue fazer nada.” E2NP</p> <p>“Zéro. No acompanhamento, não.” P2</p>
<p><b>Definições de Boas Práticas de AFT</b></p> <p>“Talvez pudesse haver um protocolo (...). Protocolos mesmo da nossa participação e da nossa actuação, acho que sim para fundamentar e para mobilizar a nossa atitude, mas isso tem a ver também com a definição das nossas Boas Práticas” NP6</p> <p>“Não quer dizer que todas as Boas Práticas tenham a força de lei. Podem ser linhas orientadoras e sendo linhas orientadoras as pessoas não são obrigadas a cumpri-las, mas já sabem se não as cumprirem, arriscam a que havendo um problema lhes digam: “havia estas normas orientadoras e não estão cumpridas”.” E7NP</p> <p>“de acordo com as Boas Práticas farmacêuticas que o tornem credível e aceite pelas outras profissionais.”NP5</p> <p>“Isto faz parte das Boas Práticas que regulam a nossa actividade. Quer as Boas Práticas da Sociedade Europeia, quer da Sociedade americana em termos de farmácia hospitalar, quer da FIP (...)E nas Boas Práticas, toda a validação da prescrição, o seguimento dos doentes, isso é algo que já existe, é algo que está escrito! Portanto, é só fazer. Não se obriga a nada.” E5P</p> <p>“É importante porque nós temos um procedimento que define que a melhor prática para aquela área ou para aquele sector é seguir aquele procedimento e que temos instruções de trabalho. Também é uma segurança nossa, não é! Ao fim ao cabo, nós trabalhamos de acordo com o procedimento, se houver uma falha pode ser um erro humano, o procedimento lá está” E5P</p>

Quadro 11c – Tecnologias: Facilitadores (continuação)

---

## Tecnologias Facilitadores

---

### Protocolos terapêuticos

---

“em termos do seguimento do plano terapêutico do doente, é muito mais fácil havendo um protocolo verificar quais são os desvios, porque é que o desvio ocorreu e como é que se pode adaptar naquele caso específico do doente x, adaptar aquele protocolo a, para que não haja outro desvio, novamente.” E6P

“Portanto, permite, o facto de gerirmos protocolos, trabalharmos com protocolos, também facilita essa validação porque conhecemos bem as doses standardizadas, conhecemos bem as frequências, conhecemos bem os tempos de tratamento e portanto, facilita o processo” NP2

“o protocolo ajuda sempre na terapêutica mas não sei se não é mais em termos da própria estrutura no hospital, mas não propriamente para o farmacêutico fazer acompanhamento.”P2

---

## 5. DISCUSSÃO

Esta discussão encontra-se constituída por duas partes.

Numa primeira fase, pretende-se, utilizando a gíria da investigação quantitativa, discutir a validade interna e externa deste estudo, a um nível metodológico, ou, transferindo estes conceitos ao contexto de um estudo qualitativo, questionar a sua qualidade em termos de credibilidade e transferibilidade.

Numa segunda fase, proceder-se à uma análise crítica dos resultados, quer integrando-os no conjunto da informação obtida e comparando-os relativamente aos perfis principais onde se observou diferenças que possibilitam, por ilação, uma melhor compreensão do fenómeno, isto é, praticantes e não praticantes; quer correlacionando-os com os dados obtidos noutros estudos ou noutra tipo de fontes.

## 5.1. Discussão metodológica

Os objectivos deste estudo - distinguir e compreender os vários elementos que dificultam ou que facilitam uma prática sustentada do AFT ao nível dos SFH portugueses - fazem com que o que se pretendia, era obter a maior diversidade de perspectivas possíveis sobre o tema, de modo a obter uma visão holística do fenómeno em estudo, em oposição à uma perspectiva truncada e enviesada pelas características dos entrevistados. No contexto deste estudo exploratório, a selecção dos participantes não procurou obter informação extrapolável através da aleatorização, mas sim, um retrato completo da situação, através de uma amostragem intencional orientada por critérios de heterogeneidade

Embora dois farmacêuticos não tenham concordado em participar neste estudo, as características da amostra (Tabela1) mostram uma heterogeneidade dos perfis dos entrevistados, em termos dos factores que poderiam intervir na experiência, opinião ou sentimento destes, relativamente ao AFT. Para além disso, os resultados apresentam, muitas vezes, ideias não consensuais, o que revela a diversidade dos discursos analisados.

Outra questão levantada quanto à selecção dos participantes, prende-se com o facto de terem sido incluídos para além de informantes com experiências no AFT, informantes sem. Alguém com experiência terá uma visão mais concreta dos elementos intervenientes na implementação do AFT, comparativamente a alguém que possui apenas uma visão concebida desta, mas que no entanto, não deixa de ser real porque percebida como tal. Outro aspecto consequente ao abrangimento de ambas as perspectivas atrás referidas, é a inclusão de informantes com conceitos de AFT potencialmente diferentes. Estas diferenças levam à que os determinantes identificados não sejam exactamente os correspondentes ao AFT conceptualizado pelo investigador. Contudo, e em concordância com vários informantes (Tabela 8), para que seja efectivamente implementado o AFT, é necessário existir vontade por parte do farmacêutico em mudar. Ora, as barreiras e os facilitadores identificados pelos entrevistados, são influenciados pela sua percepção do que é o AFT, e são em parte, estas barreiras e facilitadores que influenciam a tendência para a acção, pelo que a compreensão destes aparece como primordial.[47] Para além disso, comparar as barreiras e facilitadores levantados por estes dois tipos de informantes possibilita uma melhor compreensão do fenómeno.[44]

Embora haja indícios que estes sejam diferentes, não foi distinguido determinantes isoladamente a adopção, implementação, sustentação e disseminação.

O guião de entrevista fundamentado em bases teóricas assim como o processo de entrevista, no qual o entrevistador recorreu a perguntas abertas, amplas e clarificadoras, reduziu o risco de um enviesamento pela introdução de preconceitos por parte do pesquisador. Contudo, a relação entre o entrevistado e o entrevistado associado ao caso de se tratar de um estudo implicitamente pró – AFT podem ter levado a algum enviesamento. Por um lado, a relação estabelecida entre o entrevistador, também ele, explicitamente farmacêutico hospitalar e o entrevistado, terá levado a uma maior abertura por existir interesses e experiências em comum e/ou por o pesquisador conhecer, em cerca de um quarto dos casos, os participantes. Mas, por outro lado, alguns entrevistados terão sentido a necessidade em mostrar uma boa imagem dos serviços farmacêuticos onde exercem ou em mostrar concordância com as opiniões concebidas com tal do entrevistador e apesar de introdução explicativa. As repercussões deste possível enviesamento serão avaliadas na discussão dos resultados.

## 5.2. Discussão dos resultados

Os resultados serão aqui discutidos associando, sempre que possível, as barreiras identificadas aos seus respectivos facilitadores.

### 5.2.1. Acompanhamento Farmacoterapêutico: um novo paradigma?

O conceito de AFT dos entrevistados é sensivelmente diferente do inerente à definição estabelecido neste estudo: “uma tecnologia sanitária que visa resolver os resultados clínicos negativos associados a farmacoterapia mediante a sua identificação, avaliação e monitorização num doente específico”. Embora a identificação de resultados clínicos associados à farmacoterapia, designadamente, as reacções adversas ao medicamento ou a falta de eficácia, sejam compreendidos pela maioria dos entrevistados como parte integrante do AFT, para muitos, o AFT abrange ainda a identificação de erros associados ao medicamento, isto é, a validação ou revisão farmacoterapêutica, ou pontualmente, a elaboração de protocolos ou a prestação de informação relativamente a administração de medicamentos.

Este amálgama entre revisão farmacoterapêutica, isto é, identificação de potenciais problemas no processo de utilização do medicamento, e o AFT, isto é, a identificação de resultados clínicos negativos, e respectivas intervenções, é levantado como uma barreira, à semelhança de alguns autores [51, 52], por um dos praticantes. Desde o seu ponto de vista, esta confusão desvirtua a prática do AFT.

“Há colegas que pensam que o que fazem é seguimento farmacoterapêutico mas realmente não fazem. Fazem, é uma revisão farmacoterapêutica bem-feita, o que desvaloriza quem faz seguimento farmacoterapêutico” P3

Ricard Meneu [53], da Fundação - Instituto espanhol de Investigação em Serviços de Saúde, ao dizer que a ambiguidade do conceito Cuidados Farmacêuticos tem levado a inclusão de actividades, sem valor ou já realizadas, que não são mais do que *me-too* (eu, também faço),

e a uma conseqüente desacreditação, reflecte bem o risco, em termos de imagem passada para o exterior, de incluir sob a mesma designação actividades distintas.

“Mais preocupante (...) é anfibologia persistente da marcha "Cuidados Farmacêuticos", que permite a convivência sob o mesmo tecto, da investigação capaz e esforços interessantes de reorganização, e quase qualquer ocorrência que se queira vestir com roupa nova.” R. Meneu [53]

Apesar de chamar de qualquer ocorrência à revisão farmacoterapêutica (RT) possa parecer algo excessivo, o argumento de que, as intervenções farmacêuticas não são necessárias ou convenientes pela ausência de melhoria dos resultados clínicos associada, tem sido usado.[54-57] O facto de a revisão farmacoterapêutica se focar no processo de utilização, um resultado intermédio, poderá dificultar a visibilidade dos seus potenciais benefícios clínicos, acrescentando-se a consciência por parte do médico de que os desvios a normalidade são algo comum na prática clínica diária.[22] Esta consciência, aliado à confiança adquirida através da utilização continuada daqueles medicamentos, daquela forma, poderá levar a que o médico desvaloriza intervenções sobre o processo e/ou até, rejeita-as, por pôr em questão a idoneidade relativamente as suas prescrições. Estas poderão ser as razões subjacentes a visão médica, relatada por alguns entrevistados, de que as intervenções farmacêuticas são desenquadradas da prática clínica e/ou que têm com intuito o controlo das prescrições médicas.

“quando o acompanhamento é muito rigoroso, os médicos reclamam também. Há uns que agradecem, há outros que reclamam um bocado: “porque é que estamos a ser tão picuinhas?” ou, por exemplo, recordo-me com algumas interacções que não são assim tão inócuas quanto isso, ou outro tipo de interacções em que eles: “tudo bem, mas eu sei que tem interacção, mas eu prefiro correr o risco porque tenho o doente neste e nesta situação”.” NP7

“Eu acho que a integração do farmacêutico na equipa clínica é sempre complicada porque há sempre, eles acham que nós vamos para lá para controlar o que andam a prescrever, nem todos têm essa noção, mas grande parte tem, e depois o farmacêutico é um chato, porque está sempre a fazer lembrar dos horários, das doses máximas, do que não se pode fazer” P1

Durante uma das entrevistas, o relato de uma experiência, na qual pretendeu-se modificar a forma de prescrever determinado antibiótico, mostra que o médico só aceitou a intervenção depois de solicitar e comprovar que a mudança trazia benefícios considerados clínicos, o que realça a importância dada, em termos de credibilidade das intervenções farmacêuticas, à visibilidade dos resultados desejados.

“a maior parte dos médicos de medicina interna, que são sobretudo eles que prescrevem os aminoglicosídeos e tudo mais, não queriam. (...) uma vez houve um médico que me disse: “então , vamos negociar. (era 6ª à tarde) até 2ª ele vai fazer como eu quero, 2ª vamos ver como é que está e se for preciso mudar, se não estiver bem, eu altero para aquilo que tu me sugerires” e foi assim que se passou” P3

Contudo, na perspectiva de um estratega praticante, as intervenções farmacêuticas visando prevenir potenciais resultados negativos clínicos derivados do uso do medicamento, isto é, intervenções focadas no processo, têm apresentado uma boa aceitação por parte dos médicos. A avaliação da aceitação médica deste tipo de actuação tem vindo a ser o alvo de alguns estudos que corroboram esta visão [58, 59], pelo que permanecem dúvidas quanto ao AFT e RT conviver sob a mesma designação possa levar a uma desacreditação das actividades farmacêuticas conduzidas no âmbito do AFT, frente à parte médica e ao sistema de saúde.

“há muito tempo que fazemos intervenções no âmbito da terapêutica destes doentes, que são aceites pelos médicos” E5P

Esta ambiguidade relativa ao AFT e a RT poderá ainda levar a que se confunda os objectivos que se pretendem alcançar como um e outro serviço [60]. Neste contexto, os resultados mostram que muitos entrevistados, designadamente, não praticantes, confundem resolver problemas com resolver erros e até, com diminuir custos, e que para além disso, não distinguem continuidade de monitorização. Este último ponto realça uma diferença essencial, visível em parte no discurso de alguns entrevistados. Se por um lado, a continuidade torna o farmacêutico responsável por assegurar a validação de todas as prescrições efectuadas, isto é, que a dispensa relativa a estas não seja conivente com erros identificados, por outro, a monitorização leva a que o farmacêutico seja co-responsável em assegurar que o tratamento prescrito seja efectivo e seguro. Neste âmbito, a sua função não é prevenir erros, mas sim avaliar e resolver problemas.

“O SFT é precisamente este: eu tenho um doente que vai estar cá internado 10 ou 15 dias, e eu vou segui-lo e tudo o que me parecer que me possa alertar para um potencial PRM, actuar.” E5P

“Quando validamos uma tabela, estamos assumir uma responsabilidade, quando dizemos que sim, que vamos enviar para cima aquela dose de cloreto de potássio, estou-me a lembrar agora por ser muito perigoso, aquela frequência de uma determinada medicação, nós já estamos a assumir essa responsabilidade, já estamos a ser coniventes.” NP2

“monitorizar. E portanto, é fazer isto tudo, é estar no ciclo diagnóstico e terapêutico, e o ciclo diagnóstico e terapêutico é um ciclo, a gente não sabe muitas vezes em que ponto é que ele começou e em que ponto é que ele termina. Sabemos, é que se dentro da nossa estratégia terapêutica naquele momento eu baixar a febre e definir um plano terapêutico para baixar a febre e se ao fim de algum tempo a febre não baixou é necessário alterar aquele plano terapêutico.” E8P

A barreira: “Não se sabe bem o que é o AFT, mas no entanto, acredita-se que se pratica” é levantada no estudo qualitativo conduzido, no âmbito da farmácia comunitária, por Hidalgo *et al* [52], fundamentado num grupo nominal. O desconhecimento é citado por alguns entrevistados como uma barreira, no entanto, desconhece-se contudo qual é a percentagem e grau de conhecimento do AFT dos farmacêuticos hospitalares portugueses. Embora, neste estudo alguns entrevistados admitirem que não sabem muito bem o que é o AFT e, todos eles já terem ouvido falar, se não é, de AFT, de seguimento farmacoterapêutico. A divulgação através de pós graduações, workshop e seminários, dirigidos a farmacêuticos hospitalares, ou revistas farmacêuticas, tais como a revista da Ordem dos Farmacêuticos, entre outras, poderão ter, em parte, contribuído para isto.

Se o desconhecimento do conceito de AFT parece uma razão óbvia para que não se pratica ou, por outro lado, para que se pensa que se pratica, o que no ver de um estratega entrevistado se deve a formação auto-didacta, curiosamente, muitos dos entrevistados praticantes e com formação incluem, e até defendem, a revisão farmacoterapêutica como parte integrante do AFT.

A teoria da Dissonância cognitiva, proposta por Festinger,[61] diz que um indivíduo frente a atitudes e/ou comportamentos divergentes, procura realinhar atitude e comportamento de forma a que este comportamento parece consistente e racional. No contexto do

farmacêutico hospitalar, esta teoria poderá explicar a adaptação feita do conceito do AFT, que ao incluir a avaliação de elementos de processo, põe em concordância uma atitude positiva e negativa frente ao AFT e/ou com a necessidade de justificar o facto de ter deixado de o praticar. O não assumir o AFT e a RT como dois serviços diferentes poderá constituir desta forma uma barreira por determinar uma grau de satisfação profissional, que não leva a procurar outras práticas. Vários entrevistados referirão que existem vários graus no exercício do AFT ou, até, que tudo o que envolve a farmacoterapia é AFT, levanta indícios neste sentido (Tabela 1). No entanto, poderá ter intervindo aqui a relação entrevistado / entrevistador, no contexto de um estudo pró-AFT, conduzindo a necessidade de mostrar “que se faz bem”.

Embora muitos entrevistados manifestam os benefícios ou a conveniência de ocorrerem mudanças relativamente ao que hoje se pratica nos SFH, motivados quer por uma necessidade de afirmação e satisfação profissional, de sobrevivência profissional, ou de uma adaptação aos critérios estabelecidos como bons pelos pares, as direcções de mudança apontadas, designadamente na área clínica, mantêm-se nas actividades focadas no processo e na melhoria destas. Para além disso, o aspirar de uma maior envolvimento na equipa clínica, reflectido na vontade expressada de uma maior presença nos serviços clínicos, não é acompanhado, no entanto, da necessidade do desenvolvimento, neste contexto, de nenhuma outra actividade específica, indicando, como explicitado, que uma maior convivência com a equipa clínica é um fim para melhorar o que hoje se pratica, ou, até, como um fim em si.

“A validação em vez de ser feita na farmácia será feita nos serviços, haverá um computador no serviço para o farmacêutico fazer a validação e claro, emissão de mapas, estou só a equacionar, aquilo que hoje fazemos informaticamente, tanto fazemos cá em baixo como numa enfermaria.” NP2

“Acho que nós vamos caminhar para a área de consultores farmacoterapêuticos.”ESP

Outro aspecto relacionado prende-se com a visão de uma mudança em termos de responsabilidade. Se por um lado, alguns entrevistados associam uma maior comprometimento ao exercício do AFT, por outro, este não modificaria o papel ou a função do farmacêutico hospitalar, quanto muito levava-o a tornar-se um consultor farmacoterapêutico, o que indica novamente o não assumir ou o desconhecimento do AFT como um novo paradigma onde o farmacêutico se responsabiliza pelos resultados. Contudo, o ACCP [15] salienta que no âmbito dos Cuidados Farmacêuticos, não se trata somente de fornecer serviços, mas sim cuidados, o

que compromete o farmacêutico clínico em conseguir resultados farmacoterapêuticos predefinidos e o que torna mais que um mero consultante.

Concluindo com as palavras de Talley: “chegou o momento de perguntar: Porquê que fazemos o que fazemos? Em vez de: Como é que podemos melhorar o que fazemos?”.[62, 63]

### **5.2.2. Acompanhamento Farmacoterapêutico: Uma questão de eficiência estrutural?**

A semelhança de outros estudos, a falta de tempo, e mais particularmente, o número insuficiente de recursos humanos é uma barreira, unanimemente, apontada pelos entrevistados.

O estudo de Bond *et al* [64], baseado em 4 inquéritos, conduzidos em hospitais americanos, avaliou que o tempo médio necessário para um farmacêutico realizar o AFT, definido como uma revisão periódica do processo clínico do doente e posterior intervenção se necessário, era de cerca de 16,84 minutos por doente. Considerando uma jornada de 7 horas e uma base diária de acompanhamento, um farmacêutico conseguiria acompanhar 25 camas. Neste contexto, o ratio aconselhado pelo Manual de Farmácia hospitalar (Ministério da Saúde) [65], que estabelece um ratio de 1 farmacêutico clínico por 60 camas e parece assim aquém do suficiente. Aliás, observando-se a média portuguesa de 1 farmacêutico por 46 camas, com um máximo 1 por 16,4 e mínimo de 1 por 136 [13], serão muito poucos, ou nenhum, os SFH que se encontram em condições de disponibilizar tais recursos humanos.

No entanto, os dados canadianos [66] oferecem uma perspectiva diferente e mais pormenorizada neste campo, indicando um tempo médio para a prestação de serviços clínicos, definidos como um sistema oficial de prestação de cuidados especializados, de 7 minutos por doente por dia, para um serviço de medicina. Neste contexto, um farmacêutico dedicado inteiramente a prestação de serviços clínicos conseguiria acompanhar cerca de 60 doentes por dia, recursos humanos que, de acordo com o relatório do Programa do Medicamento hospitalar, 40% dos SFH portugueses disponibilizam actualmente à Farmácia Clínica [13].

O número médio de farmacêuticos a tempo inteiro por hospital é de 17,3 no Canada e de cerca de 6 em Portugal, observando-se aqui uma grande discrepância. Contudo, observando-se o ratio médio de 37 camas por farmacêutico para um hospital canadiano de 500 camas, com a média portuguesa de 1 farmacêutico por 46 camas (D.P.: +/- 25), valor independente do número de camas, esta discrepância já não aparece tão grande, o que poderá

ser explicado por uma elevada variação, no que diz respeito a dotação de recursos humanos de hospital para hospital, como sugerido pelo elevado desvio padrão. Neste contexto, poder-se-á concluir que nem todos os serviços farmacêuticos hospitalares possuem os recursos humanos suficientes a um desenvolvimento da prática clínica semelhante ao que ocorre no Canadá, onde em média, os SFH dedicam 45% do seu tempo a esta área e, 92% e 81%, dos SFH possuem um farmacêutico adstrito pelo menos a um programa estruturado de cuidados clínicos, respectivamente, no âmbito do internamento e da consulta externa.

Todavia, as comparações em termos de recursos humanos não podem deixar de avaliar outros factores, designadamente, e tal como referido pelos informantes, a diversidade e o tipo de serviços prestados, o grau de informatização e automatização, o número de outros profissionais afectos aos SFH e ainda, a estruturação interna das actividades.

Relativamente ao tipo de serviços prestados pelos SFH, com base na informação avaliada e não considerando as actividades clínicas, não se apreciam diferenças significativas. Em ambos países, os SFH apresentam funções de gestão e aquisição, distribuição, farmacotecnia e informação sobre o medicamento, existindo uma diferença no que diz respeito a dispensa, que inclui, para além dos medicamentos, os dispositivos médicos nos SFH portugueses, o que não sucede no Canadá.

Se bem que os SFH canadianos auferem de um sistema de apoio a decisão clínica em todos os hospitais, na grande maioria dos casos, este sistema não se encontra acoplado à prescrição electrónica, sendo esta última implementada em somente 5% dos casos, muito inferiores aos dados portugueses referentes a 2007, onde 32% dos médicos prescrevem directamente numa aplicação informática em rede com os SFH. Por outro lado, a distribuição em dose unitária diária centralizada, distribuição mais morosa, encontra-se aplicada a mais de 80% das camas de internamento em 48, 8% dos hospitais portugueses, valores similares aos observados nos hospitais canadianos, onde 40% asseguram este tipo de dispensa a 90% ou mais das camas. De referir, no entanto, que a distribuição em dose unitária centralizada recorre a automatização em 75% dos SFH canadianos versus 39% nos portugueses e, ainda, que a distribuição descentralizada encontra-se mais desenvolvida no Canadá, com 35% dos hospitais cobertos versus 6, 3% em Portugal. Embora, seja provável que os dados portugueses tenham evoluído desde 2007, considerando os apoios relativamente a esta área que têm vindo a ser disponibilizados pelo Programa do medicamento hospitalar [17], a comparação entre o grau de automatização e informatização dos SFH portugueses e canadianos sugere, nos hospitais portugueses, um menor dispêndio humano na transcrição das prescrições médicas e, em contrapartida, um maior recurso manual relativamente a dispensa de medicamento.

Se, em ambos os países, com ratios técnico /farmacêutico semelhantes, a dispensa de medicamentos é uma actividade maioritariamente exercida pelo técnico de farmácia, ao invés de Portugal, no Canada, a conferência dos medicamentos distribuídos e a transcrição é uma actividade mista, com cerca de 80% das prescrições transcritas pelo técnico, o que reflecte um maior desprendimento do farmacêutico hospitalar canadiano relativamente as tarefas técnicas, como visível ainda na diminuição progressiva do tempo farmacêutico dedicado a actividades de dispensa a favor do tempo dedicado na realização de actividades clínicas.

Uma série de praticantes critica a excessiva carga de trabalho associada a tarefas técnicas e burocráticas assim como os benefícios de delegar estas tarefas quer para os técnicos quer para os administrativos (Tabela 5 e 6), considerando, até, que atribuir este tipo de funções a farmacêuticos é consumir um recurso algo caro, considerando a responsabilidade inerente a este tipo de tarefas. Neste contexto, poder-se-á perguntar qual é a responsabilidade que cabe a cada profissional. O decreto-lei 564/99 caracteriza o conteúdo funcional do técnico de farmácia como “o desenvolvimento de actividades no circuito do medicamento, tais como análises e ensaios farmacológicos; interpretação da prescrição terapêutica e de fórmulas farmacêuticas, sua preparação, identificação e distribuição, controlo da conservação, distribuição e stocks de medicamentos e outros produtos, informação e aconselhamento sobre o uso do medicamento”. Para além disso, refere ainda no conteúdo funcional geral a todos os técnicos de diagnóstico e terapêutico, grupo onde ele se insere, que as suas funções devem “ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, sem prejuízo da intercomplementaridade ao nível das equipas que ele integra”. Por outro lado, de acordo com o decreto-lei 494/91, compete ao farmacêutico, entre outras funções, “o estabelecimento de sistemas seguros e eficazes de distribuição e administração de medicamentos, a elaboração do perfil farmacoterapêutico e o cumprimento das exigências legais sobre medicamentos, estupefacientes e psicotrópicos.” Neste contexto legislativo, a atribuição de responsabilidade ao técnico de farmácia, dentro de um sistema de distribuição desenhado pelo farmacêutico de forma a assegurar a sua eficácia e segurança, parece legítima, designadamente, no que diz respeito a correcção dos medicamentos distribuídos, o que evitaria a sua validação farmacêutica. Por outro lado, as exigências legais, relativas a distribuição e registo do medicamento, estabelecem somente como indispensável a dispensa por parte do farmacêutico dos hemoderivados e dos estupefacientes.

Todavia, a transcrição da prescrição médica, é um ponto dúbio, dado coexistir as funções de interpretação da prescrição médica, atribuída ao técnico, e a elaboração do perfil farmacoterapêutico, atribuída ao farmacêutico. Embora, seja provável que a crescente

implementação da prescrição electrónica venha a resolver esta questão, esta ambiguidade aparece ainda relativamente a outras funções, tais como, “o assegurar a gestão, aprovisionamento e manutenção dos materiais e equipamentos com que trabalha, participando nas respectivas comissões de análise e escolha” e “a responsabilidade técnica das aquisições de medicamentos”, mantendo-se contudo aqui a atribuição de responsabilidade ao farmacêutico, ou ainda, “a informação e aconselhamento sobre o uso do medicamento” definido como função técnica e “o apoio técnico aos profissionais de saúde, serviços ou departamentos”, como função farmacêutica. Serão estas ambiguidades funcionais, as razões evocadas pelos entrevistados para o receio de perder funções ao delegar no técnico? Ou a criação do Técnico – director com funções de supervisão da coordenação? Coordenação que consiste, entre outro, no “planeamento, controle e avaliação periódica do exercício e actividades dos técnicos” e na contribuição “para a definição dos objectivos da sua profissão, em conjunto com a equipa que coordena, em conformidade com os objectivos gerais da instituição”, o que confere uma relativa autonomia a profissão de técnico de farmácia dentro dos SFH cuja responsabilidade última, recai no seu director de serviço. Ou será ainda este ponto do artigo que caracteriza o conteúdo funcional dos técnicos de diagnóstico e terapêutico: “Articular a sua actuação com outros profissionais de saúde, para a prossecução eficaz dos cuidados de saúde”.

No sentido do que foi expresso por alguns entrevistados, uma definição pragmática das funções de cada profissional seria desejável, não só para afastar ambiguidades e desentendimentos entre profissionais, mas ainda de forma a definir com clareza os objectivos de cada um.

### **5.2.3. Acompanhamento Farmacoterapêutico: Uma questão de adaptação?**

#### **5.2.3.1. Resistência a mudança**

Um grande número de entrevistados cita o medo como um entrave à implementação do AFT, o que poderá indicar que o risco associado a mudança, é sentido como maior do que o de manter a situação actual. Ora, esta é uma das razões que podem explicar uma resistência a mudança.[67] A implementação do AFT apresenta vários riscos, desde o confronto com a classe médica por ser visto como uma intrusão, uma perda de qualidade de vida, dado a

implementação e a prática do AFT ser associado a uma elevada dedicação por parte do farmacêutico e representar um acréscimo de responsabilidade, particularmente, relativamente, a um exercício onde não se tem certezas.

O sentimento de intrusão do farmacêutico, que envolve a exercício do AFT, aparece potencialmente reflectido sobre outras formas, designadamente, uma necessidade incessante em querer melhorar a relação existente com o médico, na necessidade de um praticante em realçar e avisar que: “nunca mais do que a terapêutica, ou seja, nunca esquecer que acompanhar doentes é farmacoterapêutico, mais nada.” E6P, ou na equiparação do AFT à função tradicional médica de prescrever, que se para alguns entrevistados será uma evolução natural, para outros constitui uma usurpação de funções. Neste contexto, surge a dúvida de se é, só mesmo, um sentimento e/ou opinião de intrusão por parte do médico que dificulta a relação ou se não é ainda, ou somente, um sentimento e/ou uma opinião do farmacêutico.

“Estamos a falar da prescrição eventualmente farmacêutica, mas uma prescrição tutelada, ou seja integrada nos protocolos dos hospitais. Dentro de um diagnóstico médico bem feito, o farmacêutico terá que executar desde o momento da prescrição até ao momento quase da administração todo o procedimento.” E8P

“há quem diga (...) é que talvez, no futuro, o farmacêutico possa ser ele a seleccionar a terapêutica. Eu quanto a isso já não tenho opinião pessoal porque acho que aí já se confunde um bocadinho o papel do farmacêutico e o do médico” NP2

A implementação e prática do AFT afiguram-se como extremamente exigente para o farmacêutico, quer pela resistência que potencialmente vai encontrar, quer pelos conhecimentos requeridos e conseqüente estudo contínuo requerido, quer pelo envolvimento associado a uma relação com um doente, quer ainda pelo acréscimo de responsabilidade inerente. Num contexto onde as motivações possíveis são prestar cuidados de saúde efectivos ao doente, a adequação á normas de qualidade invejáveis, a sobrevivência da profissão, isto é, a realização profissional, a explicação dada por um dos entrevistados (Tabela 7) que a profissão farmacêutica em Portugal padece de ser uma profissão principalmente constituída por mulheres, sendo que estas, devido a condicionantes culturais, tendem a priorizar a vida familiar em vez da afirmação das suas capacidades profissionais, parece plausível. O recente estudo qualitativo realizado por Wendy Gidman *et al* [68], no Reino Unido, pretendeu examinar a importância dos factores que influenciam os padrões femininos de trabalho no âmbito da farmácia comunitária, tendo chegado ao resultado que as mulheres trabalhavam

frequentemente abaixo do seu potencial e em tempo parcial em resposta a associação de compromissos domésticos e uma elevada pressão no meio laboral, sugerindo que propiciar ambientes de trabalho adaptáveis a um vida familiar e níveis adequados de recrutamento, podem ser mais eficazes em aumentar a participação deste grupo de trabalhadores do que níveis salariais reforçados.

Outras razões possíveis para uma resistência a mudança por parte dos farmacêuticos, partem de uma perda de identidade ligada a perda das suas funções tradicionais; de um cepticismo ou criticismo, num contexto de uma evidência racional limitada quanto aos benefícios do AFT; o farmacêutico sentir-se conectado a outros que construirão a funcionamento actual dos SFH; um baixo sentimento de auto-eficácia acrescido do facto de não existem modelos para a nova função a desempenhar.

## 6. CONCLUSÃO

### 6.1.1.1. Barreiras

A estruturação interna dos SFH dificulta a conciliação da prática do AFT com as actividades diárias actuais do farmacêutico hospitalar. O número insuficiente de recursos humanos, aliado a uma excessiva carga de tarefas técnicas e burocráticas, num contexto culturalmente propício a manutenção destas, e a orientação dos objectivos para a gestão económica, sob o jugo de ameaças vindas de profissionais funcionalmente próximos, configura um quadro que tende a manter o farmacêutico confinado à farmácia, longe das necessidades reais do doente e de uma integração efectiva na equipa clínica.

A novidade é sempre algo difícil de abraçar, são inerentes as incertezas e ainda os receios de se dedicar e entregar ao exercício de uma actividade, não remunerada, que ainda não é vista, consensualmente, como necessária, mesmo pela própria profissão, e vista, ainda, até, como um ultrapassar de funções, num contexto favorável a usurpação das funções nas quais o farmacêutico se identifica e se sente apto, ao contrário do que sucede com o AFT, carecendo de uma formação clínica mais extensa.

Para além da sua visão imediatista da gestão em saúde, a administração de saúde desconhece as funções dos SFH, o que leva a que os recursos humanos e tecnológicos necessários ao exercício do AFT não lhe sejam atribuídos. Neste sentido, a Ordem dos Farmacêuticos não tem tido as capacidades necessárias a uma mediação efectiva. Esta primeira opinião não é contudo consensual.

O doente hospitalar tem particularidades de saúde próprias que o impedem comunicar de forma efectiva e, para além disso, não quer ser incomodado por um profissional cuja função ele não percebe. Este último ponto é contradito.

Por desconhecer ou não o papel do farmacêutico hospitalar alguns médicos opõem-se ou receiam uma cooperação por pensar que este quer ocupar o seu lugar e controla-lo. Contudo, esta opinião não é unânime.

Devido a preconceitos recíprocos, o farmacêutico hospitalar e comunitário não se relacionam, o que não permite dar continuidade ao AFT.

A universidade não assegura um ensino suficientemente clínico e prático, no sentido de preparar e vocacionar o farmacêutico para esta área.

Os dados clínicos do doente não se encontram em muitos casos disponíveis ou podem ser insuficientes.

O método conhecido de AFT, para além de não se encontrar adaptado as necessidades da farmácia hospitalar, é um método complexo, moroso e burocrático.

#### **6.1.1.2. Facilitadores**

Um maior número de farmacêuticos, nomeadamente com formação, e uma redistribuição das actividades, mediante a delegação de tarefas burocráticas e técnicas a outros profissionais e a atribuição aos farmacêuticos de actividades clínicas efectuadas na enfermaria, em sistema de rotatividade ou pelo contrário, em regime de exclusividade, são consideradas estratégias determinantes de uma implementação eficaz e eficiente do AFT.

Para haver implementação do AFT, o farmacêutico deve querer. Neste contexto, cabe-lhe a ele demonstrar os benefícios deste serviço junto dos médicos mas ainda da administração hospitalar. Para isso, ele necessita de uma formação mais clínica e prática e que conduza a uma especialização.

O sistema de saúde, nos seus diversos graus, deve proporcionar os meios necessários a implementação do AFT e à sua legitimação perante os médicos mas ainda perante os directores dos SFH. Embora, uma pressão vindo dos órgãos de topo sobre os médicos poderia não ser eficaz. Neste contexto, a Ordem dos Farmacêuticos deve actuar como catalisador, nomeadamente, no estabelecimento de uma carreira farmacêutica e no desenvolvimento de Boas Práticas de AFT.

O ensino pré-graduado deve facultar os conhecimentos e as competências basilares ao AFT.

Barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses

Os farmacêuticos hospitalares e comunitários devem cooperar no sentido de dar continuidade ao acompanhamento.

Uma relação de proximidade entre o médico e o farmacêutico deve ser fomentada, no sentido de existir confiança mútua e legitimidade.

O farmacêutico deve ter acesso aos dados clínicos e as fontes de informação.

Deve existir um método de AFT ágil, documentado em termos de intervenções e de procedimentos normativos, estes, internos ou externos, deve ainda ser adequado a prática hospitalar e permitir seleccionar grupos alvos prioritários.

Num sentido de eficiência, é necessário que a informatização cobre todo o circuito do medicamento desde os processos logísticos, aos meios de comunicação e de informação relativos ao doente e ao medicamento.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Teixeira F. Aspectos Históricos da Farmacovigilância. Em: Pinheiro L, Marques Silva P, Carmona R, Maria VA, editors. Farmacovigilância em Portugal. Lisboa: Infarmed; 2003. pg. 19-35.
2. OpenClinical. Public reports - Patient Safety: details of reports. [Atualizado em: 2006-08-30]; <http://openclinical.org/publicreportsSafetyDetails.html#usa2006>. [Acedido em: 2009-11-24]
3. To err is human: building a safer health sistem; Washington, DC: Committee on quality of health care in America; Institute of Medecine 1999.
4. A Spoonful of Sugar - Medicines Management in NHS Hospitals London: Audit Comission 2001.
5. Preventing medication errors; Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academy 2006.
6. M.<sup>a</sup> Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre os los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de sanidad e consumo; 2006.
7. Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C. Preventable drug-related hospital admissions. Ann Pharmacother 2002; 36(7-8):1238-48.
8. Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, Leverve X, Lapostolle F, Borron SW, Adnet F. Emergency department visits caused by adverse drug events: results of a French survey. Drug Saf 2007; 30(1):81-8.
9. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med 2003; 138(3):161-7.
10. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 2003; 289(9):1107-16.
11. Morimoto T, Gandhi TK, Seger AC, Hsieh TC, Bates DW. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. Qual Saf Health Care 2004; 13(4):306-14.

12. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academy 2001.
13. Crujeira R, Furtado C, Feio J, Falcão F. Relatório do 1.º Questionário do Programa do Medicamento Hospitalar. . Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
14. Marques Leal A, Silveira C. Hospital pharmacy in Portugal and its future trends. *Drug Intell Clin Pharm* 1983; 17(11):843-6.
15. Pharmacy ACoC. The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy* 2008; 28(6):816-7.
16. European Society of Clinical Pharmacy. Clinical Pharmacy - a Definition. ; <http://www.escpweb.org/site/cms/contentViewArticle.asp?article=1712>. [Acedido em: Novembro 2009]
17. Crujeira R, Furtado C, Feio J, Falcão F, Carinha P, Machado F. Programa do Medicamento Hospitalar. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.
18. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47(3):533-43.
19. Hepler CD. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy* 2004; 24(11):1491-8.
20. Bluml BM. Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2005; 45(5):566-72.
21. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull* 1992; 18(11):356-60.
22. Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1978; 200(4344):856-64.
23. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, Hallisey R, Ives J, Laird N, Laffel G, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1):35-43.
24. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med* 1995; 10(4):199-205.
25. DeLorenze GN, Follansbee SF, Nguyen DP, Klein DB, Horberg M, Quesenberry CP, Jr., Blick NT, Tsai AL. Medication error in the care of HIV/AIDS patients: electronic surveillance, confirmation, and adverse events. *Med Care* 2005; 43(9 Suppl):II163-8.
26. Wennberg JE, Freeman JL, Culp WJ. Are hospital services rationed in New Haven or over-utilised in Boston? *Lancet* 1987; 1(8543):1185-9.
27. Campos Vieira N, Bicas Rocha K, Calleja Hernández MA, Faus Dáder MJ. Seguimiento farmacoterapêutico en pacientes ingressados en el Serviço de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarida. *Farm Hosp* 2004; 28(4):251-7.
28. Márquez-Peiró JF, Pérez-Peiró C, Carmena-Carmena J, Jiménez-Torres NV. Identificación de oportunidades de mejora del tratamiento de la hepatitis C. *Farm Hosp* 2006; 30(3):154 -60.

29. Makowsky MJ, Koshman SL, Midodzi WK, Tsuyuki RT. Capturing outcomes of clinical activities performed by a rounding pharmacist practicing in a team environment: the COLLABORATE study [NCT00351676]. *Med Care* 2009; 47(6):642-50.
30. Lampert ML, Kraehenbuehl S, Hug BL. Drug-related problems: evaluation of a classification system in the daily practice of a Swiss University Hospital. *Pharm World Sci* 2008; 30(6):768-76.
31. Bond CA, Raehl CL. Clinical and economic outcomes of pharmacist-managed antiepileptic drug therapy. *Pharmacotherapy* 2006; 26(10):1369-78.
32. MacLaren R, Bond CA, Martin SJ, Fike D. Clinical and economic outcomes of involving pharmacists in the direct care of critically ill patients with infections. *Crit Care Med* 2008; 36(12):3184-9.
33. Bond CA, Raehl CL. Clinical and economic outcomes of pharmacist-managed antimicrobial prophylaxis in surgical patients. *Am J Health Syst Pharm* 2007; 64(18):1935-42.
34. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2006; 26(6):735-47.
35. Bond CA, Raehl CL. Clinical and economic outcomes of pharmacist-managed aminoglycoside or vancomycin therapy. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62(15):1596-605.
36. Bond CA, Raehl CL. Pharmacist-provided anticoagulation management in United States hospitals: death rates, length of stay, Medicare charges, bleeding complications, and transfusions. *Pharmacotherapy* 2004; 24(8):953-63.
37. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007; 27(4):481-93.
38. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, Bates DW. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999; 282(3):267-70.
39. Kucukarslan SN, Peters M, Mlynarek M, Nafziger DA. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. *Arch Intern Med* 2003; 163(17):2014-8.
40. Canales PL, Dorson PG, Crismon ML. Outcomes assessment of clinical pharmacy services in a psychiatric inpatient setting. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58(14):1309-16.
41. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, Kettis-Lindblad A, Melhus H, Morlin C. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009; 169(9):894-900.
42. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006; 166(9):955-64.
43. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med* 2002; 162(16):1897-903.
44. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(2):107-23.

45. Roberts AS, Hopp T, Sorensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H, Williams K, Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5):227-34.
46. Ayres L. Semi-structured interview. Em: Given LM, editor. *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks, California 2008. pg. 810-1.
47. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. MA: Addison-Wesley: Reading; 1975.
48. Lioness A. Thematic coding and analysis. In: Given LM, editor. *The Sage Encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks, California: Sage; 2008.
49. Julien H. Content analysis. In: Given LM, editor. *The Sage Encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks, California: Sage; 2008.
50. Charmaz K, Bryant A. Grounded theory. In: Given LM, editor. *The Sage Encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks, California: Sage; 2008.
51. Fernandez-Llimos F, Faus MJ. From "drug-related problems" to "negative clinical outcomes". *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62(22):2348, 50.
52. Hidalgo JC, Núñez DC, Baena M, Fajardo P, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapêutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapêutico* 2005; 3(3):144-9.
53. Meneu R. La Atención Farmacêutica. ¿Antes consagrada que contrastada? *Gestión Clínica e Sanitaria* 2007; 9(1):3-10.
54. Tierney WM. Adverse outpatient drug events--a problem and an opportunity. *N Engl J Med* 2003; 348(16):1587-9.
55. Fischer LR, Defor TA, Cooper S, Scott LM, Boonstra DM, Eelkema MA, Goodman MJ. Pharmaceutical care and health care utilization in an HMO. *Eff Clin Pract* 2002; 5(2):49-57.
56. Weinberger M, Murray MD, Marrero DG, Brewer N, Lykens M, Harris LE, Seshadri R, Caffrey H, Roesner JF, Smith F, Newell AJ, Collins JC, McDonald CJ, Tierney WM. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(13):1594-602.
57. Fernández-Llimós F, Faus M, Gastelurrutia M, Baena M, Martínez FM. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapêutico* 2005; 3(4):167-88.
58. Bosma L, Jansman FG, Franken AM, Harting JW, Van den Bernt PM. Evaluation of pharmacist clinical interventions in a Dutch hospital setting. *Pharm World Sci* 2008; 30(1):31-8.
59. Bedouch P, Charpiat B, Conort O, Rose FX, Escofier L, Juste M, Roubille R, Allenet B. Assessment of clinical pharmacists' interventions in French hospitals: results of a multicenter study. *Ann Pharmacother* 2008; 42(7):1095-103.
60. Fernandez-Llimós F, Faus MJ, Caelles N, Espejo J, Gastelurrutia MA, Ibáñez J, Machuca M, Tuneu L. Seguimiento farmacoterapêutico y dispensación activa: Diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp* 2002; 4:179-85.

61. Duque C. Atitude e comportamento. 1999 <http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>. [Acedido em: 2009/11/20]
62. Mateu AJ. La atención farmacéutica y su puesta en práctica: un difícil reto. *Farm Hosp* 1997; 21(1):66-7.
63. Talley CR. Re-engineering pharmacy. *Am J Health Syst Pharm* 1995; 52(23):2667.
64. Bond CA, Raehl CL, Patry R. Evidence-based core clinical pharmacy services in United States hospitals in 2020: services and staffing. *Pharmacotherapy* 2004; 24(4):427-40.
65. Brou MHL, António FJ, Maria RR, Brito MCM, Cravo C, Pinheiro E. Manual de Farmácia hospitalar In: Hospitalar CEEdF, editor.: Ministério da Saúde; 2005.
66. Rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes: Comité de rédaction sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2008.
67. Schuler A. Overcoming Resistance to Change: Top Ten Reasons for Change Resistance. 2003 [http://www.schulersolutions.com/resistance\\_to\\_change.htm](http://www.schulersolutions.com/resistance_to_change.htm). [Acedido em: 2009/11/20]
68. Gidman W, Day J, Hassell K, Payne K. Delivering health care through community pharmacies: are working conditions deterring female pharmacists' participation? *J Health Serv Res Policy* 2009; 14(3):141-9.

## 8. ANEXOS

- Anexo 1: Documento de consentimento informado
- Anexo 2: Texto introdutório à entrevista
- Anexo 3: Guião de entrevista
- Anexo 4: Folha de registo das características do entrevistado

## Consentimento informado

Projecto de investigação:

“Barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses: um estudo qualitativo”

Eu, \_\_\_\_\_,  
nº de B.I. \_\_\_\_\_, declaro que li e compreendi a informação fornecida respeitante ao protocolo de investigação intitulado “Barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses: um estudo qualitativo”, correspondente ao estudo que está a ser realizado por Isabel Batista Brazinha, nº de B.I. 12916456, sob a orientação do Professor Fernando Fernández-Llimós.

Encontro-me ainda informado que os dados recolhidos se destinam estritamente a fins investigacionais e que estes serão processados de forma a manter a confidencialidade da identidade da fonte de informação. Para além disso, é-me assegurado que da informação resultante, nunca constará a identificação de qualquer farmacêutico, outro profissional de saúde, estabelecimento sanitário ou paciente.

Nestas condições, sem prejuízo da Lei nº 67/98, de 26 de Outubro, da Protecção de Dados Pessoais, declaro que decido de forma livre participar no estudo acima citado, através da concessão de uma entrevista gravada.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 2009

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

O investigador:

\_\_\_\_\_  
Isabel Batista Brazinha

### **Preâmbulo à entrevista**

Em jeito de introdução, queria-lhe recordar que o propósito desta entrevista é o de identificar barreiras e facilitadores à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico. Reconhecer e compreender estes elementos permitirá fundamentar recomendações que facilitem e agilizem a implementação, a sustentação e a disseminação do Acompanhamento Farmacoterapêutico nos serviços farmacêuticos hospitalares portugueses.

Gostaria ainda de clarificar que não se trata de nenhuma avaliação de conhecimentos, de nenhuma sondagem de opinião, nem de uma análise baseada em juízo de valores. Para além disso, tudo o que for dito nesta entrevista será mantido confidencial. Peço-lhe então que se sinta à vontade para se exprimir, durante o tempo que lhe for necessário (estimo eu, cerca de uma hora), sobre os temas que vão ser levantados durante esta entrevista.

A entrevista vai ser conduzida de uma forma flexível. Os temas podem não ser abordados na ordem estabelecida no protocolo. Se no decorrer da entrevista se recordar de outras ideias, mesmo que não respondam directamente a pergunta inicial, fale sobre elas. Se sair muito do contexto, farei um breve resumo do que foi dito e avançaremos para outra pergunta. Para além disso, poderei ainda intervir pedindo-lhe que aprofunde ou clarifique determinadas respostas. Isto, porque a informação obtida através desta entrevista depende da profundidade com a qual vão ser abordados os temas. É do conteúdo da entrevista que vão ser retirados os dados para uma posterior análise, pelo que somente respostas longas e desenvolvidas permitem obter informação suficiente.

Os temas foram estabelecidos de forma a conhecer com mais profundidade as particularidades dos serviços farmacêuticos hospitalares enquanto organização e o impacto destas sobre a implementação, a sustentação e a disseminação do Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Alguma pergunta relativamente a esta entrevista? Bem se não, antes de começar, queria que lesse este consentimento informado e que o assinasse.

<b>Guião de entrevista</b>			
<b>Temas</b>	<b>Aspectos a desenvolver (Fala de, descreva)</b>	<b>Aspectos a aprofundar (Mais em pormenor)</b>	<b>Aspectos a clarificar (Porquê, como)</b>
<b>Funções e objectivos profissionais</b>	<p>Papel actual na sociedade dos SFH</p> <p>Papel futuro dos SFH</p> <p>Papel actual do FH</p> <p>Papel futuro do FH</p> <p>Objectivos dos SFH</p> <p>Objectivos enquanto FH</p>	<p>Expectativas e direcções de mudança</p> <p>Responsabilidade actual e esperada do FH</p> <p>Objectivos prioritários dos SFH e FH</p>	<p>Impacto da mudança expectada sobre as actividades desenvolvidas</p> <p>O porquê deste papel em relação a outros possíveis</p> <p>O porquê destes objectivos em relação a outros possíveis</p> <p>Opinião sobre o AFT</p>
<b>AFT</b>	<p>Descrição do AFT</p> <p>Pressão interna aos SFH e externa a estes sobre uma possibilidade de mudança para a prática do AFT</p>	<p>Práticas inerentes ao AFT</p> <p>Objectivos da prática do AFT</p> <p>Responsabilidade ao praticar o AFT</p> <p>Elementos que reprimem e que apoiam uma mudança para a prática do AFT</p>	<p>Elementos motivadores e desmotivadores da prática do AFT</p>
<b>Implementação do AFT</b>	<p>Experiência ou concepção da implementação do AFT</p>	<p>O que foi feito ou o que seria necessário para se realizar estas actividades</p> <p>O que correu ou o que poderia correr melhor ou pior durante estas experiências</p>	<p>O que poderia ter sido feito de forma diferente</p>
<b>Estratégias para a mudança</b>	<p>Experiências, no dia-a-dia, em mudar algo nos SFH, quer faça parte de um projecto quer não</p>	<p>O que é que se pretendeu mudar</p> <p>Quem é que conduziu a mudança</p> <p>O que foi feito para atingir os objectivos delineados</p> <p>O que correu melhor ou pior</p> <p>Experiências onde o que se fez funcionou melhor</p>	
<b>Rede de interacções sócio-profissionais e AFT</b>	<p>Papel da reorganização dos SFH em termos de recursos humanos na implementação do AFT</p> <p>Impacto das relações profissionais entre farmacêuticos da equipa de trabalho, na realização, promoção e/ou a manutenção de um novo serviço</p>	<p>Papel dos diferentes grupos profissionais dos SFH</p> <p>Relações profissionais entre os diferentes grupos profissionais</p> <p>Descrição das relações profissionais</p>	<p>Como seria possível uma redistribuição das actividades entre os diferentes grupos profissionais</p> <p>Impacto das relações profissionais entre grupos profissionais sobre a distribuição das tarefas</p> <p>Como deveriam ser as relações profissionais entre os farmacêuticos da equipa para facilitar a introdução e o sucesso de um novo serviço</p>

<b>Guião de entrevista (continuação)</b>			
<b>Rede de interações sócio-profissionais e AFT (cont.)</b>	<p>Papel do director ou responsável dos SFH na introdução, promoção e manutenção de novas práticas ao nível dos SFH</p> <p>Impacto das relações profissionais fora do contexto dos SFH na implementação do AFT</p> <p>Relação profissional com os pacientes</p> <p>A quem ou a que organizações (como por exemplo: instituições académicas, governamentais, associações profissionais...) é que compete implementar ou, por outro lado, promover a implementação e a disseminação do AFT</p>	<p>Descrição das relações profissionais entre o director do serviço e a restante equipa</p> <p>Descrição das relações profissionais fora do contexto dos SFH</p> <p>Papel da relação paciente / farmacêutico</p> <p>O que fazem, ou não fazem, actualmente estes intervenientes para implementar ou promover a implementação e a disseminação do AFT</p> <p>Papel das interações entre estes intervenientes na implementação e disseminação do AFT</p>	<p>Como é que o director ou responsável do serviço pode agir a fim de introduzir, promover e manter novas práticas ao nível dos SFH</p> <p>Como é que estas relações poderiam ser diferentes no intuito de facilitar a implementação</p> <p>O que se pode fazer para que estas relações sejam diferentes</p> <p>O porquê desta relação com os pacientes e não de outra</p> <p>O porquê destes intervenientes na implementação e disseminação</p> <p>O porquê da actuação destes intervenientes</p> <p>Como é que estas interações poderiam ser diferentes no intuito de facilitar a implementação e disseminação do AFT</p> <p>Como é possível melhorar a aptidão do FH em implementar e praticar o AFT</p> <p>O porquê sim ou o porquê não de uma influência</p> <p>Como é que a presença ou a ausência destes elementos afectam actualmente a introdução e a manutenção do AFT nos SFH</p>
	<b>Elementos tecnológicos e AFT</b>	<p>Aptidão do farmacêutico em implementar e praticar o AFT.</p> <p>Meios, procedimentos ou ferramentas que intervêm ou podem intervir na implementação e na prática do AFT</p>	<p>Competências e conhecimentos presentes ou que necessitam de ser desenvolvidas</p> <p>Influência, ou não, destes elementos na implementação e na prática do AFT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistemas integrados de informação e gestão do circuito do medicamento</li> <li>▪ Fardamento do farmacêutico</li> <li>▪ Processos automatizados de distribuição</li> <li>▪ Gestão da qualidade</li> <li>▪ Boas práticas farmacêuticas</li> <li>▪ <i>Marketing</i> dos SFH</li> <li>▪ Método estandardizado de AFT</li> <li>▪ Documentação das actividades farmacêuticas</li> <li>▪ Protocolos terapêuticos</li> <li>▪ Fontes de informação</li> </ul>

**Anexo 4: Folha de registo das características do  
entrevistado**

**Caracterização do entrevistado:**

- Qual é a sua idade?
  - < 35 anos
  - 35 – 44 anos
  - 45 – 54 anos
  - ≥ 55 anos
  
- Há quanto tempo exerce a profissão de farmacêutico hospitalar?
  - < 5 anos
  - 5- 14 anos
  - 15 -24 anos
  - ≥ 25 anos
  
- Qual ou quais das seguintes funções exerce actualmente?
  - Direcção dos Serviços Farmacêuticos
  - Distribuição em ambulatório
  - Distribuição em dose unitária e clássica
  - Farmacotecnia (oncologia, nutrição, galénica)
  - Farmácia Clínica (farmacocinética, farmacovigilância, revisão farmacoterapêutica, outras actividades centradas no doente)
  
- Em que tipo de hospital exerce?
  - Distrital de tipo 1
  - Distrital
  - Central geral
  - Central especializado
  - Central geral universitário
  
- Qual é o tipo de gestão do hospital onde exerce?
  - Sector Público Administrativo
  - Entidade Pública Empresarial
  - Privado
  
- Em que região se situa o hospital onde exerce?
  - Norte
  - Centro
  - Lisboa e Vale do Tejo
  - Alentejo
  - Algarve
  
- Qual é o número de cama do hospital onde exerce?
  - < 200
  - 200 – 499
  - 500 – 799
  - ≥ 800

**Caracterização do entrevistado:**

- Qual é o ratio número de camas / farmacêutico de internamento (excluindo o director do serviço) do hospital onde exerce?
  - ≤ 20
  - 21 – 50
  - 50 – 70
  - > 70
  
- Quais dos seguintes processos se encontram automatizados ou informatizados nos serviços farmacêuticos onde exerce?
  - Completo (automatização da distribuição, informatização do circuito do medicamento, incluindo prescrição informatizado *on-line* e registo de administração)
  - Parcial
  - Ausente
  
- Frequentou formação no âmbito do Acompanhamento Farmacoterapêutico?
  - Sim
  - Não
  
- Possui experiência no Acompanhamento Farmacoterapêutico? Ou, no caso de directores de serviços farmacêuticos hospitalares: O Acompanhamento Farmacoterapêutico é ou foi praticado nos serviços farmacêuticos que dirige?
  - Sim
  - Não

