

BÁRBARA DE ASSUNÇÃO SOARES BAILÃO

**ANÁLISE COMPARADA DA INFORMAÇÃO AO
DOENTE NA EUROPA E NOS EUA**

Orientadora: Prof.^a Doutora Carla Pires

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa
2021**

Bárbara de Assunção Soares Bailão
Análise Comparada da Informação ao Doente na Europa e nos EUA

BÁRBARA DE ASSUNÇÃO SOARES BAILÃO

ANÁLISE COMPARADA DA INFORMAÇÃO AO DOENTE NA EUROPA E NOS EUA

Dissertação defendida em provas públicas na
Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias no dia 24/03/2021, perante o júri,
nomeado pelo Despacho de Nomeação n.o: 44/2021
de 5 de Março, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Arguente: Prof. Doutor João Pedro Gregório

Orientador: Prof^a. Doutora Carla Pires

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa
2021

*O insucesso é apenas uma
oportunidade para recomeçar com mais
inteligência.*

Henry Ford

Dedicatória

À minha mãe Clara e ao meu “Avô Tónico”, por tudo. Obrigada por estarem sempre “presentes”, pela motivação e incentivo ao longo da vida, pelo esforço e por nunca desistirem de mim com esse amor incondicional. O avô já não está cá para ver, mas era o sonho dele e foi o grande responsável pela minha escolha profissional.

À minha avó Deolinda por assistir a esta luta ao longo dos anos e ter sempre um sorriso no rosto quando me vê.

Ao meu Pai por ter contribuído para o investimento no meu futuro.

À Farmácia do Hospital Beatriz Ângelo encerrada por decisão política, pela oportunidade única de trabalhar numa Farmácia Comunitária dentro de um Hospital, onde pude experienciar e comprovar o funcionamento perfeito de todos os serviços de saúde articulados no mesmo espaço em prol do utente.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais pelo investimento na minha educação, mas em especial à minha mãe que é uma lutadora e nunca deixou de insistir comigo.

Agradeço às minhas amigas, nomeadamente as de infância, Lúcia e Margarida por sempre acreditarem em mim, pela compreensão e paciência, e as da faculdade, obrigada Sara Melfe Afonso, irmã emprestada que a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT) me deu, colega desta aventura, amiga e companheira em todos os momentos. Obrigada Joana Barata, desde colega na ULHT a parceira de trabalho em todas as aventuras profissionais, vamos seguindo e crescendo juntas.

Agradeço à Dra. Helena Roque que me fez adorar Farmácia Comunitária e querer seguir o seu exemplo de integridade profissional.

Agradeço à Dra. Ana Noronha e ao marido o Dr. Mário. Ao Dr. Mário pela paciência desde a adolescência, pelas explicações de Matemática, Física e Química desde o 9ºano. À Dra. Ana por me ter incluído no seu projeto de reabilitar Farmácias Insolventes, por transmitir conhecimentos e procedimentos que não se vivem numa Farmácia em situação normal.

Agradeço à Dra. Sara Costa pelo acolhimento no Grupo Reis Barata. Por tudo, pela confiança, pela estimulação, pela delegação de tarefas e por me valorizar desde o primeiro dia, mas acima de tudo, pelo carinho.

Agradeço à Dra. Eunice Reis Barata e ao Dr. Pedro Barata por me deixarem fazer parte da sua empresa e dos seus projetos. Por todas as oportunidades, pelos incentivos, pela confiança, valorização e empoderamento desde que cheguei ao Grupo Reis Barata.

Agradeço muito, muito, muito à Prof. Doutora Carla Pires por aceitar este desafio. Obrigada pelo acompanhamento e orientação. Obrigada acima de tudo pela preocupação e paciência.

Resumo

A informação ao doente deve ser adaptada ao seu nível de literacia. A cooperação dos farmacêuticos com outros profissionais de saúde e a sua integração no acompanhamento do doente traduz-se em maiores ganhos em saúde. Este estudo teve como objetivo comparar a informação dada ao doente na Europa e EUA, mais concretamente em Portugal, e nos EUA. Foram analisados diversos estudos na para fundamentar a análise em questão. Elaborou-se um estudo comparativo entre Portugal e os EUA sobre portais e «websites» de informação fidedigna e segura para o doente consultar. Neste âmbito, foi analisada em profundidade a importância da informação cedida pelo farmacêutico, bem como o seu papel na transmissão dessa informação e a cooperação com outros profissionais de saúde com vista a obter melhores ganhos em saúde para o doente. Os dados entre as populações em análise sustentam conclusões muito similares (ou iguais) dos temas em análise, i.e., a relevância do papel do farmacêutico na transmissão de informação ao utente. Atualmente, as fontes de informação ao doente mais emergentes são informações online, por serem de maior acessibilidade ao público (e.g. portais com informações de saúde).

Palavras-Chave: Informação ao doente; Literacia em saúde; Sistemas de Saúde; Comunicação em Saúde; Direitos e deveres dos doentes

Abstract

Health information must be adapted to patients' level of literacy. Cooperation between pharmacists and other health professionals and integration of pharmacist in the monitoring of patients ensure better health gains. The aim of this study was to compare the information provided to the patient in Europe and USA, more specifically in Portugal, and USA. Several studies were analyzed to support the analyzed question. A comparative study was carried out between Portugal and USA on portals and websites with reliable and safe information for patients. In this setting, the importance of information provided by the pharmacist was analyzed, as well as its role in the transmission of that information and the cooperation with other health professionals in order to obtain better health gains. Among the studied populations similar (or equal) findings were found, i.e., the relevance of pharmacist's role in transmitting information to the patient. Currently, the most emerging sources of patient information are online information, as they are more accessible to the public (e.g., portals with health information).

Keywords: Patient Information; Health Literacy; Health Systems; Health Communication; Patients' rights and duties

Abreviaturas

ACA - Lei do Ato de Cuidados Acessíveis«Affordable Care Act»

AFL-CIO - Federação Americana do Trabalho e Congresso de Organizações Industriais

AIM - Autorização de Introdução no Mercado

APhA - *American Pharmacists Association*

CDC - *Centers of Disease Control and Prevention*

CHCS – *Center for Health Care Strategies*

CE - Comissão Europeia

CMS - *Centers for Medicare & Medicaid Services*

COVID-19 - Coronavírus

DEA - Administração Antidrogas

DECO - Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor

DGS - Direção Geral de Saúde

DL - Decreto-Lei

DM2 - *Diabetes Mellitus* Tipo 2

EUA - Estados Unidos da América

FDA - *Food and Drug Administration*

FI - Folheto Informativo

FIP – Federação Internacional Farmacêutica

GC - Grupo Controlo

GI - Grupo Intervenção

HbA1c – Hemoglobina Glicada

HHS - Departamento de Saúde e Serviços Humanos

HIPPA - Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguros de Saúde

HISs - *Health Information Systems*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

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

MNSRM - Medicamentos Não Sujeito a Receita Médica

MNSRM-EF - MNSRM de dispensa Exclusiva em Farmácia

MPJE - Exame Multiestado de Jurisprudência Farmacêutica
MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
NABP - Associação Nacional de Conselhos de Farmácia
NAPLEX - Exame de Licenciamento de Farmacêuticos da América do Norte
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OF - Ordem dos Farmacêuticos
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
P&D - Pesquisa e Desenvolvimento
PA - Pressão Arterial
PAR - *Public Assessment Report*
PIB - Produto Interno Bruto
PMC - PubMed Central
PPD – Programa de Prevenção da Diabetes
Prof. - Profissionais
RAM – Reações Adversas Medicamentosas
RCM - Resumo das Características do Medicamento
RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
SMS - Serviço de Mensagens Curtas
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UE - União Europeia
UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
USF - Unidades de Saúde Familiar
Vs - *Versus*
WHO - *World Health Organization* [OMS]

Índice Geral

1. Introdução.....	12
1.1. Informação ao doente.....	12
1.1.1. Conceito geral de informação ao doente	12
1.1.2. Tipos de informação prestada ao doente pelo farmacêutico.....	13
1.2. Conceito e importância da literacia em saúde.....	19
1.2.1. Literacia em Saúde em Portugal e na Europa: estudos comparativos	21
1.2.2. Literacia em Saúde nos Estados Unidos da América	23
1.2.3. Impacto da Literacia em Saúde	24
1.2.4. Medidas para melhorar a literacia em saúde	25
1.3. Exercício Farmacêutico em Portugal	28
1.3.1. Legislação Farmacêutica: Decreto-Lei nº 131/2015	28
1.3.2. Boas Práticas de Farmácia Comunitária em Portugal	29
1.4. Caracterização da população e dos gastos em saúde em Portugal.....	30
1.4.1. Caracterização da População Portuguesa: aspetos demográficos e relacionados com o setor da saúde	31
1.5. Breve caracterização do Sistema Nacional de Saúde Português	33
1.5.1. Estrutura do Sistema Nacional de Saúde Português.....	33
1.5.2. Direito à informação por parte dos doentes no âmbito do Serviço Nacional Saúde Português	35
1.6. Exercício Farmacêutico nos Estados Unidos da América	36
1.6.1. Boas Práticas de Farmácia Comunitária nos Estados Unidos da América.....	39
1.6.2. Legislação Farmacêutica: Norma para Serviços de Administração de Medicamentos em farmácia	40
1.7. Caracterização da população e dos gastos em saúde nos Estados Unidos da América	42
1.7.1. Caracterização da População Americana: aspetos demográficos e relacionados com o setor da saúde	42
1.8. Breve caracterização do Sistema Nacional de Saúde Americano.....	45
1.8.1. Estrutura do Sistema Nacional de Saúde Americano	47
1.8.2. Direito à informação do doente nos Estados Unidos da América	50
1.9. Questão de investigação.....	51

2. Capítulo I: Estudos de Informação ao Doente na Europa e nos Estados Unidos da América.....	52
2.1. Introdução	52
2.2. Objetivos	53
2.3. Métodos	54
2.4. Resultados	55
2.4.1. Estudos sobre informação aos doentes na Europa	55
2.4.2. Estudos sobre informação aos doentes nos EUA	61
2.5. Discussão	67
2.6. Limitações.....	72
2.7. Conclusões	73
3. Capítulo II: Portais ou Websites com informação para o doente: exemplos de casos práticos em Portugal e nos EUA	74
3.1. Introdução	74
3.2. Objetivos	76
3.3. Métodos	77
3.4. Resultados	80
3.4.1. Portal do Sistema Nacional de Saúde Português: dois «websites» com informação relevante para o doente/utente.....	80
3.4.1.1. «Website» DO INFARMED I.P.....	80
3.4.1.2. «Website» da Direção Geral de Saúde	81
3.4.2. Portal do “Medicaid” dos EUA: um «website» com informação relevante para o doente. 82	
3.4.2.1. «Website» “Insurekidsnow”	82
3.4.3. Portal do “Medicare” dos EUA: um «website» com informação um site com informação para o doente	83
3.4.3.1. «Website» do “Centers of Disease Control and Prevention” - CDC	83
3.4.4. Página oficial da Agência Portuguesa do Medicamento (INFARMED, I.P.), um «website»/basecom informação sobre os medicamentos comercializados em Portugal...85	
3.4.4.1. Infomed	85
3.4.5. Página oficial da Agência Americana do Medicamento (FDA), um «website»/base com informação sobre os medicamentos comercializados nos EUA	86
3.4.5.1. DailyMed.....	86
3.5. Discussão	87
3.6. Conclusão.....	91

Discussão	93
Conclusão	101
Bibliografia.....	103
Bibliografia Citada.....	103
Bibliografia de Referência	105
ANEXOS	117
Anexo I – DL 131/2015 Artigo 75º	117

Índice de Figuras

Figura 1- Distribuição dos Encargos do SNS por Grupos Farmacoterapêuticos em 2018 (INFARMED, 2019).....	32
Figura 2- Despesas com saúde «per capita», 2013 (AFL-CIO, 2016).	46
Figura 3 - «Website» do Portal do SNS. (SNS, 2021)	80
Figura 4- «Website» INFARMED I.P. (INFARMED, 2021)	81
Figura 5 - «Website» do Portal do SNS. (SNS, 2021)	81
Figura 6- «Website» da DGS. (DGS, 2021).....	82
Figura 7- «Website» "Medicaid". (Medicaid, 2021)	82
Figura 8 - «Website» "InsureKidsNow". (InsureKidsNow, 2021).....	83
Figura 9- «Website» "Medicare". (Medicare, 2021)	83
Figura 10 - «Website» do Centers for Disease Control and Prevention. (CDC, 2021).....	84
Figura 11- «Website» Infarmed I.P. (Infarmed, 2021).....	85
Figura 12- «Website» Infomed. (Infomed, 2021)	86
Figura 13- «Website» do “U. S. Food and Drugs Administration”. (FDA, 2021).....	86
Figura 14-«Website» DailyMed. (DailyMed, 2021)	87

Índice de Tabelas

Tabela I	55
Tabela II	61

1. Introdução

1.1. Informação ao doente

1.1.1. Conceito geral de informação ao doente

Informação ao doente segundo o Dicionário Médico Segen's é "... qualquer informação sobre uma condição ou procedimento destinado ao consumo por um público não profissional" (Segen's Medical Dictionary, 2011).

A informação dada ao doente é um aspeto central da interação entre o doente e o profissional de saúde. Atender às necessidades de informação centradas no doente tem efeitos positivos nos resultados em saúde, auxilia-o na tomada de decisão informada e aumenta a satisfação com o tratamento (Christalle et al., 2019).

A prestação de informação é indispensável para a segurança do doente, quer durante a sua interação com os serviços de saúde, quer durante todo o ciclo do medicamento (Investigação e Desenvolvimento, Ensaaios clínicos, Autorização de Introdução no Mercado (AIM), Fabrico e Distribuição, Prescrição, Dispensa e Utilização) (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019).

A informação deve ser cedida, utilizada e consultada pelos doentes e profissionais de saúde em todos os momentos, por exemplo, desde os procedimentos de tratamento ao uso da medicação de forma correta, segura e eficaz. A melhoria da segurança do doente depende de políticas claras e eficazes, da capacidade de liderança organizacional a nível nacional e local e de dados confiáveis (e.g. sistemas de farmacovigilância) (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020b).

Os dados devem contribuir para fundamentar alterações nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, por exemplo, a consulta do Resumo das Características do Medicamento (RCM), documento para profissionais de saúde que fornece informação sobre as características do medicamento (e.g. indicações, posologia, precauções e contraindicações, reações adversas, etc.). Os profissionais de saúde habilitados, médicos, farmacêuticos e enfermeiros trabalham em conjunto no tratamento do doente (OMS, 2020b).

Se os médicos não prestarem informações aos doentes no momento da consulta, e os farmacêuticos no momento da dispensa de medicamentos, estes irão recorrer a outras fontes de informação para satisfazer essas necessidades, podendo colocar a sua saúde em risco (e.g. utilização indevida de medicamentos e outras tecnologias de saúde como dispositivos médicos) (Clarke et al., 2016).

O comportamento do doente em obter informação, bem como, a perceção das suas necessidades, ajudará os médicos a satisfazer efetivamente as expectativas dos doentes, levando a uma melhor qualidade do atendimento e o contributo para a utilização racional, eficaz e segura das tecnologias de saúde (e.g. adesão à terapêutica, cuidados na toma e/ou ter conhecimento da importância de reportar as reações adversas) (Clarke et al., 2016).

Em Portugal (2016), o principal meio para a obtenção de informação reportado num questionário efetuado a 2104 participantes foi o médico, seguido do farmacêutico e dos amigos e familiares. Posto isto, o contacto interpessoal é o modelo de informação privilegiado, por oposição à procura de informação em materiais de apoio (Espanha & Ávila, 2016).

1.1.2. Tipos de informação prestada ao doente pelo farmacêutico

Os farmacêuticos são os responsáveis pela “preparação, controlo, seleção, aquisição, armazenamento e dispensa dos medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos privativos de quaisquer outras entidades públicas e privadas” (DECRETO-LEI nº131/2015, Artigo 75º).

Os farmacêuticos atuam na farmácia comunitária, farmácia hospitalar, indústria farmacêutica, atividades académicas, investigação e formação de outros profissionais de saúde. Em todas as áreas, o objetivo é garantir uma terapêutica medicamentosa ideal, contribuindo para a preparação, dispensa e controlo de medicamentos e produtos associados, fornecendo informações e conselhos para quem prescreve ou utiliza produtos farmacêuticos. O atendimento farmacêutico concentra-se totalmente no benefício do doente. As atitudes do farmacêutico, os comportamentos, os compromissos, as preocupações, a ética, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades na dispensa de medicamentos, têm como objetivo alcançar resultados terapêuticos definidos e efetivos em relação à saúde e qualidade de vida do doente.

As funções diferenciadas do farmacêutico têm por base uma formação adequada dos membros da profissão, o que permite assumir responsabilidades diversas na administração pública, na produção, no fornecimento e na dispensa de medicamentos. Os farmacêuticos são assim profissionais qualificados, não só no atendimento ao público, sendo guardiões de muitas informações técnicas sobre os produtos disponíveis no mercado, sendo capazes de oferecer conselhos informados aos doentes com doenças menores e frequentemente àqueles com condições mais crónicas que estão em terapia de manutenção, mas também noutras áreas, como por exemplo, formulação de formas farmacêuticas, controlo e garantia de qualidade dos medicamentos, inspeção e avaliação das instalações de fabrico de medicamentos, direção e administração de serviços farmacêuticos e/ou gestão de «stocks». O farmacêutico pode compilar e manter informações sobre todos os medicamentos, particularmente sobre os medicamentos recentemente introduzidos, fornecendo essas informações conforme necessário a outros profissionais de saúde e a doentes e/ou usá-las na promoção do uso racional de medicamentos, fornecendo conselhos e explicações aos médicos e ao público (DECRETO-LEI nº131/2015, Artigo 75º; OMS, 2019).

Farmacêutico Comunitário

Os farmacêuticos comunitários são os profissionais de saúde mais acessíveis ao público. São responsáveis por dispensar os medicamentos prescritos de acordo com uma receita médica, (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)) ou, quando legalmente permitido, aconselhar e dispensar os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), que se configurem como mais eficazes e seguros. Além de garantir o fornecimento preciso de medicamentos e outros produtos de saúde apropriados, também aconselham os doentes no momento da dispensa dos medicamentos prescritos ou de venda livre. O farmacêutico dá informações sobre medicamentos para profissionais de saúde, doentes e público em geral e participa ativamente nos programas de promoção para a saúde. Não menos importante, os farmacêuticos comunitários constituem uma interface entre o dever de prescrição dos médicos e a dispensa de medicamentos, eliminando qualquer conflito de interesses(percebido ou potencial) entre essas duas funções.

Como tarefa no âmbito da Farmácia Comunitária, o farmacêutico verifica a legalidade, a segurança, a adequação da prescrição, o histórico do doente antes de dispensar o

medicamento, garantindo assim que o tipo de medicamentos e as quantidades são dispensadas de acordo com a prescrição, decide sobre a eficácia, segurança e efetividade dos medicamentos de venda livre e presta aconselhamento adequado. O farmacêutico comunitário está numa posição única por estar totalmente ciente do histórico atual e passado de medicamentos tomados/utilizados pelo doente, consequentemente, pode fornecer conselhos essenciais ao prescritor (e.g. espaçamento posológico entre medicamentos e suplementos alimentares adquiridos). Ao procurar obter e integrar informações sobre o histórico de medicamentos do doente, esclarece a compreensão do doente sobre o regime posológico e o método de administração pretendidos, aconselhando-o sobre as precauções relacionadas ao medicamento e monitoriza e avalia a resposta terapêutica, integrando estas funções em programas de cuidados farmacêuticos específicos, a par dos registos clínicos e terapêuticos dos doentes (e.g. programa de cuidados farmacêuticos da Associação Nacional das farmácias para doentes diabéticos) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008).

O farmacêutico comunitário é questionado diariamente pelo público para aconselhamento sobre uma variedade de sintomas, terapêuticas, dispositivos médicos e produtos fitossanitários. Por exemplo, se os sintomas estiverem relacionados a uma doença menor autolimitada, o farmacêutico pode dispensar um medicamento sem receita médica (MNSRM), com conselhos para consultar um médico se os sintomas persistirem por mais de alguns dias. Como alternativa, o farmacêutico pode dar conselhos sem dispensar medicamentos (e.g. estilos de vida saudável, dieta, necessidade de perder peso ou de cessar hábitos tabágicos). Em todas as situações em que se justifique a necessidade, o farmacêutico encaminha para consulta médica (Federação Farmacêutica Internacional [FIP], 2020; OMS, 2019).

Em Portugal, a norma específica sobre indicação farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos (OF), estabelece que:

“A indicação farmacêutica é o ato profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um MNSRM, ou de um produto de saúde, e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de tratar um problema de saúde considerado como uma afeção menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitado, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente, após avaliação clínica pelo farmacêutico. Além dos MNSRM, o farmacêutico dispõe ainda, no arsenal terapêutico, de medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-

EF), para indicações terapêuticas determinadas, sujeitas a protocolos de dispensa definidos pelo INFARMED (...) O farmacêutico deverá focar-se, (...), na resolução do problema relatado pelo utente, interagindo com o mesmo de forma a garantir que a solução apresentada é aquela que melhor responde às necessidades” (Ordem dos Farmacêuticos [OF], 2018c, p.1(D)).

No ato de indicação farmacêutica, é importante que o farmacêutico estabeleça uma adequada comunicação com o utente para que possa recolher todas as informações necessárias. Ao aconselhar uma terapêutica medicamentosa, o farmacêutico deve ainda promover o reforço de um estilo de vida saudável e o acesso à informação para a saúde, permitindo ao utente garantir maior autonomia e capacidade de gestão da sua terapêutica (OF, 2018c).

Quando os doentes passam do internamento para o ambulatório, o farmacêutico comunitário tem a oportunidade de reduzir os custos com a assistência médica e melhorar a gestão da doença. Intervêm no desenvolvimento de planos de atendimento, educam os doentes e colaboram com os clínicos, preveem, monitorizam e evitam reações adversas a medicamentos, reconciliam a medicação e melhoram o acesso e adesão à terapêutica. Por meio destes métodos, os farmacêuticos comunitários são capazes de reduzir as taxas de hospitalização, a readmissão, a morbilidade e a mortalidade. Ao abrir um diálogo com os utentes, podem identificar barreiras à adesão e acesso aos medicamentos e encontrar soluções para esses problemas. Ao fazer recomendações para personalizar o tratamento, modificando os esquemas posológicos, melhoraram o atendimento ao doente e a sua qualidade de vida, melhorando a adesão ao medicamento (Cabañas & Gorgas, 2020; McNeely, 2017).

À medida que os serviços farmacêuticos se tornam mais centrados no doente, tornam-se cada vez mais dependentes do acesso a informações de boa qualidade. Atualmente, as farmácias comunitárias têm acesso a grandes quantidades de informação dos seus utentes (e.g. histórico de aquisição de medicamentos e produtos de saúde, administração de vacinas e injetáveis, bem como a registos de medições de parâmetros bioquímicos de serviços farmacêuticos efetuados na farmácia, e mais recentemente, até acesso ao histórico de dispensa de medicamentos hospitalares), o que contribui significativamente para a qualidade dos serviços prestados e do atendimento ao doente, contudo, respeitando sempre o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (OF, 2018a). A integração dos registos aumenta as oportunidades de aprimorar ainda mais o atendimento ao doente (Wright & Twigg, 2016).

O papel do farmacêutico na Farmácia Comunitária, tanto na dispensa de MSRM, como de MNSRM, é assegurar a correta dispensa dos medicamentos garantindo que o regime posológico e as formas farmacêuticas são apropriados. A sua missão é ajudar os utentes a compreenderem a importância da toma adequada desses produtos, desde o momento da toma (e.g. pequeno almoço, almoço e jantar), os alimentos e outros medicamentos que devem evitar (de modo a evitar ou minimizar as interações medicamentosas), bem como, o que esperar após a toma dos medicamentos (e.g. potenciais reações adversas caso sejam muito frequentes ou potencialmente graves ou que determinado medicamento vai demorar a produzir efeito, por exemplo no início do tratamento com antidepressivos) (OF, 2018b).

Nunca deve terminar o aconselhamento sem que as instruções sobre a terapêutica farmacológica e não farmacológica fiquem claras (e.g. perguntar ao doente se compreendeu toda a informação e/ou se ficou com alguma dúvida). Deve ter em atenção a prevenção de interações medicamentosas, com alimentos e outros produtos de saúde, bem como acautelar possíveis reações adversas. Outro fator a ter em conta na dispensa de MNSRM, é que o farmacêutico deverá ceder informação adequada à promoção do uso responsável do medicamento e informar sobre o que fazer em caso de não melhoria ou agravamento do problema de saúde, fazendo indicação para consulta médica. As informações dadas ao utente aplicam-se para todos os casos de dispensa ou até de não-dispensa, relativamente a tudo o que diga respeito a medicamentos ou produtos de saúde, com o objetivo de, por exemplo, melhorar a adesão à terapêutica, evitar reações adversas, prevenir interações medicamentosas e obter os melhores ganhos em saúde (OF, 2018b).

Sendo assim, a OF, na norma específica sobre dispensa de medicamentos e produtos de saúde determina:

“O farmacêutico deverá prestar todas as informações para garantir que o utente recebe e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo de benefício do tratamento; O farmacêutico deve fornecer toda a informação necessária para um uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais de cada utente; As contraindicações, interações mais relevantes e possíveis efeitos secundários do medicamento deverão ser explicados no momento da dispensa; O farmacêutico deve procurar assegurar-se de que o utente não tem dúvidas sobre a utilização do medicamento, sobre a forma como deve ser tomado (quanto, como, quando), a duração do tratamento e eventuais precauções especiais; Quando aplicável, deverá complementar-se a informação específica do medicamento com informações de terapêutica com MNSRM,

comportamento nutricional e promoção de hábitos de vida saudáveis; O farmacêutico certifica-se que o utente tem informação sobre as condições especiais do armazenamento domiciliário dos medicamentos (temperatura, humidade, abrigo da luz, fora do alcance das crianças) e de como proceder ao encaminhamento dos eventuais resíduos de medicamentos; Sempre que adequado, possível e disponível, deverá ser prestada informação escrita que complemente a informação veiculada oralmente no momento de dispensa; As disposições anteriores aplicam-se, com as necessárias adaptações e ressalvas, a produtos de saúde” (OF, 2018b, p.10(E.8.)).

Farmacêutico Hospitalar

Embora muitas das atividades do farmacêutico hospitalar possam ser semelhantes às realizadas pelos farmacêuticos comunitários, existem algumas diferenças. O Farmacêutico Hospitalar tem maior oportunidade de interagir estreitamente com o prescritor e, portanto, promover a prescrição e o uso racional dos medicamentos diretamente juntos dos médicos. Entre outros, tem acesso aos prontuários médicos hospitalares, estando em posição de influenciar a seleção de medicamentos e regimes posológicos, monitorizar a adesão do doente, a resposta terapêutica a medicamentos e reconhecer e relatar reações adversas a medicamentos, tendo a possibilidade de contactar de modo mais estreito com o corpo clínico e com os doentes (e.g. doentes internados). Pode mais facilmente do que o farmacêutico comunitário avaliar e monitorizar os padrões de uso de medicamentos e, assim, recomendar alterações quando necessário. Participa mais facilmente em estudos para determinar os efeitos benéficos ou adversos dos medicamentos e está envolvido na análise de medicamentos em fluidos corporais (e.g. avaliações de biodisponibilidade de fármacos com margem terapêutica estreita). Controla o fabrico/produção hospitalar e a aquisição de medicamentos para garantir a dispensa de produtos de alta qualidade. Participa no planeamento e implementação de ensaios clínicos (OMS, 2019).

A missão dos farmacêuticos hospitalares, na prestação de serviços aos utentes e aos profissionais de saúde nos hospitais e na sociedade, é assim muito mais do que a mera integração e gestão dos medicamentos e produtos de saúde nos hospitais. Segundo o manual de Boas Práticas de Farmácia Hospital da OF, o farmacêutico hospitalar aumenta a qualidade e segurança de todos os processos relativos a medicamentos e produtos de saúde, assegura o

respeito pelos “7 Certos”: “doente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, tempo de administração certo, com a informação certa e a documentação certa” (OF, 2018a, p.6(A.3.)).

O farmacêutico hospitalar fornece informação aos profissionais de saúde e/ou utentes acerca dos riscos inerentes à utilização dos medicamentos e produtos de saúde, assim como as medidas a serem tomadas para reduzir esses riscos. A informação pode ser a contida no Resumo das Características do Medicamento (RCM), Folheto Informativo (FI) (documentos oficiais, fornecendo-os para reforçar a informação verbal), até da própria embalagem, ou informação extra, como por exemplo, material de apoio cedido pelos laboratórios (e. g. panfletos didáticos) ou o Relatório Público de Avaliação (PAR - *Public Assessment Report*). A informação extra vai complementar a necessidade de informar de forma mais específica e orientada, tanto os profissionais de saúde como os utentes. A dispensa na Farmácia Hospitalar é considerada uma medida de minimização de risco, onde o farmacêutico hospitalar (informado acerca dos riscos associados à utilização dos medicamentos) tem a função de ceder informação aos utentes, aumentando a proteção destes em relação aos riscos envolvidos. Racionalizar as quantidades na dispensa também faz parte do seu controlo (OF, 2018a).

A Farmacovigilância é incentivada pela regulamentação Europeia atribuindo um papel interventivo aos utentes e profissionais de saúde (e.g. médicos, farmacêuticos ou enfermeiros). Em particular, o farmacêutico hospitalar deve facilitar a comunicação por parte dos utentes e profissionais e incentivá-los a fornecer informações para essas notificações (não obstante, o farmacêutico comunitário também tem o dever de reportar possíveis reações adversas); situação que é alargada aos doentes através do portal de notificações de reações adversas do INFARMED, IP¹. (OF, 2018a).

1.2. Conceito e importância da literacia em saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem informação de formas que promovam e mantenham uma boa saúde” (OMS, 2016).

¹<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram>

Trata-se então da capacidade do indivíduo para tomar decisões fundamentadas em saúde no seu dia-a-dia, conseguindo assim, procurar informações, assumir responsabilidades e aumentar o controlo sobre a sua saúde(SNS, 2018).

A baixa literacia em saúde está associada a limitações no acesso aos serviços de saúde, conhecimento em saúde, utilização dos medicamentos prescritos, autogestão da doença, compreensão dos marcadores de progressão da doença e melhoria ou manutenção do estado geral de saúde e sobrevida. Também está associado a altas taxas de internação hospitalar e uso de serviços de urgência (Greenhalgh, 2015).

Na Declaração da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2017, os ministros concordaram com a importância de abordar e adotar medidas para ultrapassar as barreiras à literacia em saúde. Estas medidas visam ajudar os sistemas de saúde a concentrarem-se mais nas pessoas. Os indivíduos com literacia em saúde adequada, procuram maneiras de entender as suas opções no âmbito dos sistemas de saúde(e.g. opções terapêuticas) e querem assumir maior controlo sobre as suas decisões de saúde (e.g. tipo de exames ou tratamentos médicos). Não é uma tarefa fácil, nomeadamente, porque os profissionais continuam a usar jargão médico, as instruções sobre os medicamentos nem sempre são claras e as informações de saúde em ambientes clínicos mantêm-se complexos e difíceis de compreender em muitas situações(Pires et al., 2018).

O acesso às tecnologias digitais (p. ex. «websites» e aplicações) compensa algumas dessas barreiras, fornecendo novas maneiras de aprimorar o conhecimento em saúde e apoiar o autocuidado. No entanto, quando as informações de saúde são mal utilizadas ou mal interpretadas, podem influenciar indevidamente as preferências e o comportamento dos indivíduos, prejudicando a sua saúde. Dados atuais (2018), sugerem que os cidadãos europeus consideram particularmente difícil avaliar informações de saúde ou julgar prós e contras de diferentes opções de tratamento. Um estudo em 18 países da OCDE revela que pelo menos um terço da população demonstra níveis insuficientes de literacia em saúde. Na Europa, Portugal (61%), República Checa (59.4%) e Espanha (58%)representam dos países com maiores taxas de população com nível insuficiente em literacia em saúde. Os melhores resultados são atingidos pela Holanda, com apenas 29% de população com nível insuficiente em literacia em saúde(Moreira, 2018). As populações mais vulneráveis, como os idosos e indivíduos com baixa escolaridade, podem estar em maior risco, pois tendencialmente há uma associação positiva entre baixa escolaridade e baixa literacia em saúde, sendo que na

população Portuguesa ainda há uma manutenção de baixos níveis de escolaridade, especialmente acima dos 65 anos(Pires et al., 2018).

Em 2013, as taxas de abandono escolar antecipado variaram drasticamente nos Estados-Membros da União Europeia (EU). Os melhores resultados foram na Croácia, Eslovênia, República Checa e Polónia com apenas cerca de 6% de abandono escolar precoce. Os resultados revelaram uma taxa mais elevada de abandono escolar precoce em Espanha, Malta, Portugal, Roménia e Itália, com 17% ou mais (Eurostat, 2015). No que diz respeito à parcela da população entre 30 e 34 anos que concluiu o ensino superior ou equivalente, dos 16 Estados-Membros da UE (principalmente da Europa do Norte e Central), o objetivo geral da UE de 40% dos diplomados do ensino superior foi excedido (Eurostat, 2015; Quaglio et al, 2017).

A literacia em saúde limitada representa um desafio importante para as políticas e práticas de saúde em toda a Europa, mas em diferentes graus dependendo do país. O gradiente social da literacia em saúde deve ser levado em consideração ao desenvolver estratégias de saúde pública para melhorar a equidade da saúde na Europa (Sørensen et al., 2015).Adicionalmente, a Declaração de Xangai de 2016 reconhece a literacia em saúde como um dos principais pilares da promoção para da saúde² para se alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)³ (World Health Organization, 2020).

1.2.1. Literacia em Saúde em Portugal e na Europa: estudos comparativos

Atualmente, 5 em cada 10 Portugueses têm níveis limitados de literacia em saúde (DGS, 2019). Em Portugal, a DGS vai de encontro aos objetivos do Plano Nacional de Saúde, estando comprometida com a otimização da Literacia em Saúde da população portuguesa. Para isso, a DGS desenvolveu um Plano de Ação, e.g., Plano para o acesso e utilização de cuidados e Plano para a gestão da doença crónica e promoção do bem-estar,tendo em conta as melhores práticas internacionais para a implementação da promoção de Literacia em Saúde, potenciando assim, melhor adoção de comportamentos saudáveis, a capacitação da população para a utilização adequada do sistema de saúde e a promoção do bem-estar nos doentes crónicos. Com vista a promover o conhecimento e a investigação em literacia, maiores serão os ganhos em saúde (DGS, 2019).

²<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>

³<https://www.ods.pt/>

Em 2014, um inquérito sobre Literacia em Saúde foi desenvolvido e aplicado com o objetivo de obter informação sobre o nível de literacia em saúde em Portugal, bem como, identificar as suas principais limitações, problemas e obstáculos na sociedade portuguesa. Este inquérito fez uma ponte comparativa com o Inquérito Europeu sobre Educação em Saúde de 2012 (Relatório Comparativo sobre Educação em Saúde em Oito Estados-Membros da EU). As principais conclusões na comparação destes estudos equitativos revelaram que o nível de literacia em saúde: Portugal (48,9% nível positivo e 51,1% nível negativo de literacia em saúde) era muito semelhante aos outros países da Europa (e.g. Espanha e Áustria) e que as fontes de informação são um instrumento importante para melhorar a literacia em saúde (Espanha & Ávila, 2016).

O inquérito europeu sobre literacia em saúde foi realizado em oito países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Países Baixos, Polónia e Espanha (n = 1000 por país, n = 8000 amostra total). A avaliação baseou-se em quatro níveis de literacia em saúde: insuficiente, problemático, suficiente e excelente. Os resultados dos entrevistados, referentes aos 8 Países, revelaram que em média 12% tinham literacia em saúde insuficiente e 47% literacia em saúde limitada (insuficiente ou problemática). Outro fator que se revelou importante neste estudo foi a avaliação dos subgrupos populacionais, concluindo que os subgrupos da população com dificuldades financeiras, baixo «status» social, baixa escolaridade, ou em idade geriátrica, apresentam resultados predominantes ao nível de literacia em saúde limitada, sugerindo assim, a presença de um gradiente social (Sørensen et al., 2015).

De acordo com os resultados do Inquérito Nacional sobre Literacia em Saúde mais recente, de 2016, comparado com os países participantes no *Health Literacy Survey EU 2014*, Portugal é o país com menos pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde, apenas 8,6% da população, contra a média europeia de 16,5%. Por outro lado, Portugal está em 2º lugar em pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde, cerca de 42,4%, bem acima da média europeia de 36% (Espanha & Ávila, 2016; Sørensen et al., 2015).

Em relação à significância da população com nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta cerca de 38,1% da população, um pouco acima da média europeia de 35,2%. No pior nível, ou nível inadequado, estão cerca de 10,9% da população, positivamente um pouco abaixo da média europeia de 12,4%. Este estudo revelou, que existem determinados grupos populacionais muito vulneráveis em literacia em saúde: grupos

em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a 5% na amostra. Esses 60% dizem respeito a pessoas com 65 ou mais anos, com doenças crónicas, rendimentos até 500€ mensais e baixos níveis de escolaridade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2019; Espanha & Ávila, 2016; Sørensen et al., 2015).

No entanto, pesquisas recentes mostram que a melhoria da literacia em saúde ainda está a arrancar na Europa, como se reflete na escassa literatura científica sobre literacia em saúde publicada por autores europeus. É fundamental que a Comissão Europeia - CE e os Estados-Membros da UE tomem as medidas necessárias para aumentar a literacia em saúde aos níveis individual, organizacional, comunitário, regional e nacional (Quaglio et al, 2017).

Em Portugal (2018) é criada a Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, que visa incrementar a literacia e a autodeterminação, através de processos informativos e pedagógicos, promover a aplicação de boas práticas em educação, literacia, autocuidado e determinantes da saúde dos portugueses no âmbito do sistema de saúde. Outro dos seus objetivos é criar estratégias e coordenar programas e atividades de promoção para saúde e desenvolver processos e ferramentas de gestão que permitam rastrear o processo de saúde de cada pessoa ao longo do tempo (DESPACHO conjunto nº 3028/2018).

1.2.2. Literacia em Saúde nos Estados Unidos da América

Nos Estados Unidos da América (EUA) um Estudo do Center for Health Care Strategies (CHCS), revela que 36% da população tem um nível insuficiente de literacia em saúde (Center for Health Care Strategies [CHCS], 2013). Outro estudo Americano revela que os custos adicionais decorrentes da baixa literacia em saúde variam entre 3 a 5% do custo total da assistência médica por ano (Visscher et al., 2018).

Como já foi referido anteriormente, um estudo do CHCS (2013) menciona que quase 36% dos adultos nos EUA têm baixo nível de literacia em saúde. Em concreto, este estudo refere que os indivíduos com baixa literacia em saúde são os que usufruem de serviços médicos e têm maiores custos com os cuidados de saúde. Indivíduos com menor escolaridade, poucos recursos ou menores rendimentos financeiros e a população idosa, são os porta-vozes destes resultados, na medida que apresentam um nível de literacia em saúde mais limitado (CHCS, 2013).

Outro estudo vem complementar e apoiar que os baixos níveis de Literacia em Saúde assentam nas diferenças sociodemográficas, sendo a baixa Literacia em Saúde mais prevalente entre os idosos, homens, minorias raciais/étnicas e grupos de baixo nível socioeconómico; grupos com provável menor escolaridade. O declínio geral da capacidade física e mental associado ao envelhecimento pode contribuir para esta situação na população idosa (Rikard et al., 2016).

A CHCS, cujo lema é promover inovações na prestação de cuidados de saúde para os Americanos com baixo rendimento, criou uma série de fichas técnicas de modo a ajudar os prestadores de cuidados de saúde e outras partes interessadas a melhorar o atendimento a indivíduos com baixo nível de literacia em saúde. As fichas informativas⁴ fornecem estratégias de transmissão da informação impressa e oral, focadas em vários aspetos para rastrear as características do utente e o seu nível de literacia em saúde(Mahadevan, 2013).

1.2.3. Impacto da Literacia em Saúde

Sendo que literacia em saúde representa o grau com o qual os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde de forma a conseguirem tomar decisões apropriadas para o seu benefício, prevê-se que um baixo nível de literacia em saúde traga consequências não só para os utentes, como também para os profissionais e sistemas de saúde, bem como maiores encargos para a economia do Governo de cada País. Este fardo não recai apenas sobre os indivíduos, sendo que as organizações de saúde também são responsáveis por tentar reduzir o impacto de possíveis consequências(CHCS, 2013). Assim, uma menor literacia em saúde pode estar relacionada com a prevalência de indivíduos menos saudáveis, podendo levar a maior morbilidade e mortalidade, agregar mais custos em cuidados de saúde, mais visitas aos Hospitais e maior permanência de internamento nos mesmos(CHCS, 2013).

No que toca ao papel do Farmacêutico, uma boa comunicação contribui para evitar as consequências anteriormente elencadas, como, por exemplo, erros de medicação e/ou baixa taxa de adesão ao tratamento. Um erro comum a colmatar é o facto de o utente identificar os comprimidos olhando para eles, i.e., não lendo o rótulo (CHCS, 2013).

⁴https://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013_1.pdf

Em Portugal, a norma específica sobre dispensa de medicamentos e produtos de saúde da OF realça este impacto:

“O potencial benefício dos medicamentos nem sempre é alcançado – há um hiato entre a eficácia comprovada dos medicamentos, demonstrada em ensaios clínicos, e a sua real efetividade. As razões para este hiato incluem problemas relacionados com a seleção e dosagem dos medicamentos, erros na sua administração e falta de adesão dos utentes ao tratamento prescrito, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento e reações adversas aos fármacos. Não obstante aos problemas clínicos associados aos problemas relacionados com os medicamentos, subsistem ainda implicações económicas. Estima-se que o custo dos problemas relacionados com o uso de medicamentos é igual ou superior ao custo dos próprios medicamentos” (OF, 2018b, p.1(D)).

Os indivíduos fazem escolhas sobre sua saúde todos os dias, o que comer, quando ir ao médico, se vão fumar ou não, etc. Com o objetivo de se manterem saudáveis, devem saber ler e interpretar os rótulos dos alimentos e medicamentos, localizar os centros de saúde mais próximos, relatar os seus sintomas aos profissionais de saúde, entender a documentação relacionada com os medicamentos, com os seguros ou com o pagamento de contas de saúde (CHCS, 2013; Clarke et al., 2016).

1.2.4. Medidas para melhorar a literacia em saúde

O aumento das competências de literacia em saúde é um objetivo importante a alcançar pelas nações, pois os indivíduos podem prevenir as doenças, tornar-se parceiros ativos do seu tratamento em conjunto com os profissionais de saúde ou serem capazes de tomar as suas próprias decisões de acordo com os seus direitos (SNS, 2018).

São várias as medidas que se podem tomar para melhorar a Literacia em Saúde estando em constante alteração e melhoramento. A base assenta em tornar as informações de saúde impressas, orais e eletrónicas mais fáceis de entender, tornando a prestação de cuidados mais centrada no utente. Isto para que se ajude a desmistificar termos médicos e técnicos, muitas vezes utilizados na comunicação entre utente e profissional de saúde e/ou materiais de apoio. Ressalva-se ainda que uma parte da população não sabe ler, logo, outras alternativas aos materiais de apoio escritos devem ser salvaguardadas (e.g. pictogramas) (CHCS, 2013).

Os cuidados em saúde podem ser melhorados através de uma melhor acessibilidade, estando disponíveis 24 horas por dia ou através de outros meios que não o presencial, como, por exemplo, via «internet» ou telefone, para satisfazer as necessidades e valores dos doentes. Assim, não se desperdiça recursos ou o tempo do doente, bem como se pode potenciar a eficácia dos sistemas de saúde. Os doentes devem ter acesso a toda a informação sobre o seu processo e evidências que contribuam para o seu tratamento, de modo a tomar decisões consoante as suas preferências. Outro fator muito importante a ser melhorado na rede de cuidados de saúde é, sem dúvida, a comunicação e cooperação entre os profissionais de saúde, que devem garantir a troca adequada de informação (SNS, 2018).

Na comunicação oral, os profissionais de saúde devem saber interpretar, ler e compreender os sinais do utente, tendo em conta o seu estilo de vida, os seus valores culturais e/ou religiosos. Sinais como a linguagem corporal, expressões faciais ou tipo de roupa podem fazer todo o sentido para conduzir o discurso. Os profissionais devem fazer perguntas para esclarecer o entendimento ou dissipar noções pré-concebidas, oferecer ferramentas de educação e gestão culturalmente relevantes (materiais impressos, modelos físicos, imagens ou vídeos se necessário), tudo para facilitar o autocuidado e a tomada de decisão partilhada. No fim, deve-se confirmar a compreensão do utente, pedindo-lhe para resumir as informações transmitidas (CHCS, 2013; Clarke et al., 2016).

Outro meio de comunicação passa por personalizar mensagens de prevenção e promoção da saúde para diversas comunidades usando estratégias de marketing social (e.g. promoção com mensagem dirigida a grupos específicos, como os idosos) (CHCS, 2013; Liao, 2020). Os materiais de apoio devem ter uma linguagem simples e clara e o conteúdo deve ser relevante para o público, i.e., apenas com informações básicas no contexto necessário. O «layout» e o «design» facilitam a leitura e a compreensão, devem conter menos palavras ou texto menos denso, texto escuro (de preferência preto) em um fundo claro ou branco com fonte grande e familiar (CHCS, 2013).

O papel do Farmacêutico é muito importante na educação para a saúde, principalmente porque este profissional está mais acessível para a população. Cabe ao Farmacêutico fazer com que o utente seja capaz de nomear os medicamentos e/ou explicar sua finalidade, garantir a informação posológica e todas as informações relevantes a reter. O utente deve ser estimulado a regressar para que se possa fazer um acompanhamento da sua situação (CHCS, 2013; Ilardo & Speciale 2020).

Em Portugal a OF estabeleceu uma recente parceria com a DGS para a melhoria da literacia em saúde em Portugal. Esta parceria envolve o lançamento de seis cursos «online» interativos sobre cuidados de saúde. Os temas dos cursos são “Higiene das Mãos na Prevenção de Infecções”, “Prevenção de Úlceras por Pressão”, “Prevenção de Quedas”; “Segurança Cirúrgica” e “Prevenção de Infecções e Resistência aos Antibióticos”. Uma ação de promoção de saúde louvável que enaltece o papel do farmacêutico para a contribuição de um elevado nível de literacia em saúde (OF, 2019b).

Além desta iniciativa da OF, a Ordem dos Médicos tem um protocolo com o Ministério da Saúde para lançar uma iniciativa que visa o acesso da população e profissionais de saúde a informação cientificamente válida sobre Saúde de forma gratuita. Esta iniciativa, teve início em 2019 e baseia-se em conteúdos fidedignos que estão disponíveis «online».⁵ Além de conteúdos científicos que estão acessíveis a todos os profissionais de saúde, também os doentes têm ao seu dispor informação útil e confiável que os ajudará a uma tomada de decisão sobre a sua saúde, de forma mais informada e consciente. É uma nova ferramenta de literacia digital para usufruto de todos (Ordem dos Médicos [OM], 2020).

De acordo com as orientações da UE, o foco deve ser na informação digital, porque se trata da fonte de informação que apresenta um maior crescimento na sociedade. A literacia digital em saúde dos utentes é essencial para o sucesso das informações divulgada por essa via. O fornecimento dessas informações deve ter por base uma linguagem compreensível, porque usar a «Internet» para esse fim requer habilidades e perceções adicionais que as fontes de informação em saúde sejam confiáveis. As ferramentas digitais de saúde podem permitir um maior acompanhamento e monitorização do tratamento, de forma segura, racional e confortável, podendo os indivíduos permanecer nas suas próprias casas (e.g. teleconsulta)(União Europeia [UE], 2019).

Os Sistemas Nacionais de Saúde (SNSs) enfrentam atualmente o desafio de continuar a prestar cuidados de saúde de qualidade, com o menor risco de contacto interpessoal, recorrendo às teleconsultas sempre que assim for possível. O recurso pode ser videoconferência, «e-mail», SMS (Serviço de Mensagens Curtas), entre outros (e.g. chamada telefónica). A pandemia de Covid-19 veio obrigar a esta evolução por parte dos Sistemas de Saúde e também à adaptação por parte dos utentes. É uma ótima solução para potenciar a

⁵<https://bestpractice.bmj.com/info/pt/>

eficiência e sustentabilidade de recursos do SNS (Centro Nacional de TeleSaúde [CNTS], 2020).

O sistema educativo, o sistema de saúde e o sistema cultural são os principais responsáveis pela melhoria da literacia em saúde da população, pelo que se podem desenvolver estratégias entre estes sistemas e a sociedade civil para melhorar a literacia (SNS, 2018). Tendo em conta que os cuidados de saúde centrados no utente devem contemplar a promoção da literacia em saúde, facilitar o acesso e a gestão da informação de modo a chegar a uma decisão partilhada, ainda existe um caminho muito longo a percorrer nesse sentido (Pedro, 2018).

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde em Portugal pretende implementar até 2021 as seguintes medidas: Facultar instrumentos e ferramentas de promoção para a literacia em saúde a Profissionais de Saúde; Realizar ações temáticas para a População com vista a promover a literacia em saúde; Agregar Parceiros para incorporar e fortalecer as intervenções de promoção de literacia em saúde e Criar uma Comissão de Acompanhamento com o objetivo de privilegiar as ações e medidas para esse efeito (DGS, 2019).

1.3. Exercício Farmacêutico em Portugal

1.3.1. Legislação Farmacêutica: Decreto-Lei nº 131/2015

A entidade que regula e representa os farmacêuticos e a profissão farmacêutica em Portugal é a Ordem dos Farmacêuticos (Ordem dos Farmacêuticos, 2020). De acordo com o Decreto-Lei nº 131/2015 de 4 de setembro, relativamente ao Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, no Capítulo VII – “Exercício da atividade farmacêutica”, na Secção I, acerca das Competências Profissionais, os artigos 74º e 75º estabelecem em que consiste o Ato Farmacêutico em Portugal. O artigo 74º define o Ato Farmacêutico: “O ato farmacêutico é da exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos” (DECRETO-LEI nº 131/2015, Artigo 74º).

O artigo 75º define as situações nas quais se integra o Ato Farmacêutico⁶. No âmbito, desta dissertação, é de salientar a importância do fornecimento da informação ao doente na alínea h): (...) “Informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário,

⁶ Artigo 75º do DL 131/2015 completo descrito no Anexo I.

dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correta utilização (DECRETO-LEI n.º 131/2015, Artigo 75.º).

No mesmo capítulo, na Secção II, acerca da Deontologia Profissional, o artigo 78.º define os Princípios gerais de conduta profissional, salientando que:

“O farmacêutico é um agente de saúde, cumprindo-lhe executar todas as tarefas relativas aos medicamentos, às análises clínicas ou análises de outra natureza que sejam suscetíveis de contribuir para a salvaguarda da saúde pública, bem como as ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença.” “ (...) No exercício da sua profissão, o farmacêutico deve ter sempre presente o elevado grau de responsabilidade que a mesma encerra, o dever ético de a exercer com a maior diligência, zelo e competência e deve contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde.” “ (...) A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo privilegiar o bem-estar destes em detrimento dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.” “ (...) Os farmacêuticos devem promover a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (DECRETO-LEI n.º 131/2015, Artigo 78.º).

1.3.2. Boas Práticas de Farmácia Comunitária em Portugal

No que diz respeito às Boas Práticas de Farmácia Comunitária em Portugal, a Ordem dos Farmacêuticos estabelece normas específicas. Na “Norma específica sobre a indicação farmacêutica”, acerca da Intervenção Farmacêutica, este documento enaltece a importância do acesso à informação pelo doente: “O incentivo à mudança e ao reforço de estilos de vida saudáveis, bem como o acesso à informação para a saúde, permitem ao utente melhorar a gestão da afeção menor e garantir maior autonomia na gestão da sua terapêutica” (OF, 2018c, p.4).

Norma Específica sobre Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde

Na “Norma Específica sobre Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde”, é considerado que a informação que o farmacêutico fornece ao utente é fundamental:

“ (...) Componente fundamental desta missão é ajudar os utentes e aqueles a quem foram prescritos medicamentos a compreenderem a importância da toma adequada destes produtos, incluindo o momento indicado da sua toma, os alimentos e outros medicamentos a evitar, e o que esperar após a toma dos medicamentos.” “ (...) A dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica deverá ser acompanhada de informação adequada à promoção do uso responsável do medicamento (...)” (OF, 2018b, p.2(D)).

Nesta norma é estabelecido que: “As informações ao utente aplicam-se em todos os casos de dispensa ou mesmo na eventualidade de não-dispensa, relativamente a medicamentos ou produtos de saúde, com o objetivo de melhorar a adesão à terapêutica e obter os melhores resultados em saúde” (OF, 2018b, p.10).

Em suma, a informação dada ao utente pelo farmacêutico em Portugal está bem regulamentada. É fundamental cumprir um excelente atendimento em todas as situações, onde se forneça toda a informação necessária de um modo perceptível e adequado para o uso correto, seguro e eficaz do medicamento, seja de forma oral, escrita ou ambas, garantindo que o utente converte essa informação em benefício para o seu tratamento. O aconselhamento e a informação fornecida devem ter como base as necessidades individuais de cada utente e devem ser complementados com medidas não farmacológicas coadjuvantes do tratamento. Por último, o farmacêutico deve sempre certificar-se que o utente sai do atendimento esclarecido e sem dúvidas sobre o tratamento (OF, 2018b).

1.4. Caracterização da população e dos gastos em saúde em Portugal

Desde 2010, que a população Portuguesa tem vindo a decrescer. A análise desta afirmação é sustentada pelos dados do Instituto Nacional de Estatística– INE de 2018, em que a taxa de mortalidade é superior à taxa de natalidade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019c). Outro fator a reforçar, tem a ver com a migração da população, sendo que atualmente existem mais pessoas a deixar o País do que a entrar. Cerca de 21% da população portuguesa é maioritariamente envelhecida (tem mais de 65 anos) e apenas 14% tem menos de 15 anos (SNS, 2018).

No entanto, segundo o Ministro da Saúde do XXI Governo Constitucional de Portugal, Adalberto Campos Fernandes:

“Os indicadores demográficos mostram-nos que Portugal segue a tendência dos países ditos desenvolvidos. Ou seja, os portugueses vivem cada vez mais anos. Uma realidade que revela uma melhoria geral das condições de vida, mas também o acesso aos avanços da medicina e da tecnologia, com terapêuticas e medicamentos mais inovadores e eficazes” (SNS, 2018).

1.4.1. Caracterização da População Portuguesa: aspetos demográficos e relacionados com o setor da saúde

Aspetos demográficos

Dados relativos a 2018 mostram que Portugal tem 10.276,617 milhões de habitantes e um Produto Interno Bruto – PIB nacional de 201,5 biliões de euros (INE, 2019c). Atualmente existem mais mulheres do que homens e os portugueses vivem em média, mais cinco anos do que há 20 anos. Estes resultados devem-se em muito à melhoria do acesso aos medicamentos para a prevenção, controlo e tratamento de doenças (INE, 2019c).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: número de hospitais, farmácias, postos farmacêuticos e despesas de saúde

Quanto ao setor da Saúde, Portugal tem 225 Hospitais, 3119 farmácias e postos farmacêuticos móveis (0,3 farmácias e postos móveis farmacêuticos por 1000 habitantes) e uma despesa corrente em saúde de 17,3 biliões de euros, correspondentes 9,0% do PIB nacional (INE, 2019a; INE, 2019b).

O Orçamento de Estado aprovado para 2021 prevê um investimento de mais de 700 milhões de euros no sector da saúde de forma a combater os gastos acrescidos pela Pandemia de Covid-19 (SNS, 2020c).

Relativamente ao mercado farmacêutico em 2018, em Portugal, estavam registadas 465 empresas farmacêuticas, 532 armazéns de medicamentos (além das 3119 farmácias e postos farmacêuticos móveis) (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. [INFARMED], 2019).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: número de farmacêuticos e mercado farmacêutico

Em 2018 estavam registados 13,478 mil Farmacêuticos em Portugal (PORDATA, 2019).

O número total de medicamentos com Autorização de Introdução no Mercado – AIMé de 53700 apresentações farmacêuticas. As vendas de medicamentos em 2018 no Mercado total ambulatorio foram de 2.627,851 milhões de euros(Figura 1) (INFARMED, 2019).

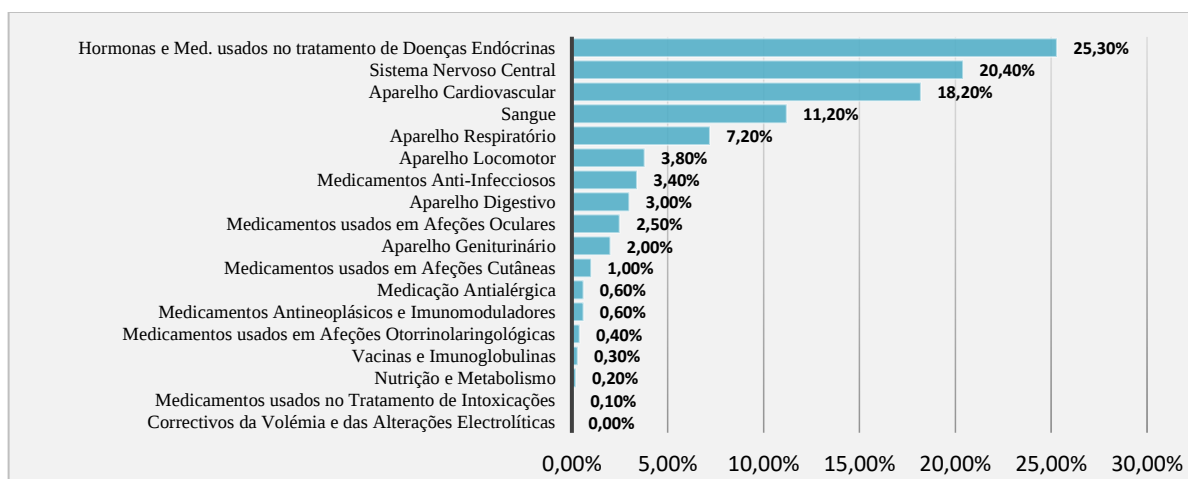


Figura 1- Distribuição dos Encargos do SNS por Grupos Farmacoterapêuticos em 2018 (INFARMED, 2019)

Aspetos relacionados com o setor da saúde: gastos com medicamentos

Os gastos com medicamentos a nível nacional no ano de 2018 revelam que o SNS teve 1.255,0 milhões de euros de despesa, e os utentes 711.1 milhões de euros (PORDATA, 2019). Os encargos do SNS com Medicamentos em ambulatorio e em meio hospitalar correspondem a 1,22% do PIB nacional (INFARMED, 2019).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: morbilidade e mortalidade

As patologias com maior prevalência em Portugal, segundo um Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2014, revelou que mais de metade da população (52,8%) com 18 ou

mais anos sofria de excesso de peso/obesidade, e 16,8% da população com 15 ou mais anos fumava diariamente. No mesmo inquérito foi revelado que 32,9% das pessoas com 15 ou mais anos sofriam de dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas, 25,3% hipertensão arterial, e 24,1% dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço e artroses (INE, 2019a).

As doenças que mais matam em Portugal são de origem cérebro-cardiovasculares e o cancro. As doenças respiratórias e a diabetes são também responsáveis por um número considerável de mortes(SNS, 2018).

O aumento da taxa de mortalidade em Portugal em 2020,estará necessariamente relacionado, com aatual pandemia de COVID-19. Entre 2 de março, data em que foram diagnosticados os primeiros casos com a doença COVID-19 em Portugal, e 18 de outubro, registaram-se 72 519 óbitos em território nacional. Ou seja, mais 7 936 óbitos do que a média, em período homólogo, dos últimos cinco anos. Destes, 27,5% (2 198) foram óbitos por COVID-19 (INE, 2020).

1.5. Breve caracterização do Sistema Nacional de Saúde Português

O Sistema Nacional de Saúde (SNS)Português foi criado em 1979 para todos os cidadãos, conferindo o direito à proteção da saúde e a prestação de cuidados globais de saúde. O SNS foi uma grande conquista do estado social no nosso País. Colocou-nos ao nível do resto da Europa gerando ganhos em saúde, nomeadamente permitiu aumentar a esperança média de vida e a qualidade de vida a milhões de portugueses (SNS, 2020b; SNS, 2020d).

1.5.1. Estrutura do Sistema Nacional de Saúde Português

Tipo e número de instituições do SNS

O SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. É constituído por agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares e unidades locais de saúde.As instituições do SNS têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos (portugueses ou estrangeiros), seja qual for a sua condição económica e social, nas diversas fases da sua vida, a todos os cuidados de

saúde. Os agrupamentos de centros de saúde são constituídos pelas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), prestadoras de cuidados de saúde primários(SNS, 2018).

No final de 2018, existiam 528 USF e 376 UCSP. As USF estão concentradas em 140 dos 278 concelhos de Portugal Continental, deixando um total de 138 concelhos onde não existe nenhuma USF (Observatório Português de Sistemas de Saúde [OPSS], 2019).

Unidades locais de saúde

As unidades locais de saúde, ou serviços cuidados continuados são instituições que visam a recuperação e convalescença de pessoas dependentes ou doentes crónicos. O objetivo destas instituições é incrementar a autonomia, a reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social dos doentes. Podem atuar fora das instituições, prestando os seus serviços aos doentes no domicílio. Estas unidades representam a porta de entrada no SNS. É nestas unidades que podemos encontrar médicos de família, médicos de clínica geral, médicos de saúde pública e enfermeiros, que prestam cuidados de saúde primários. Outros especialistas também podem estar disponíveis nestas unidades, como, higienistas orais, nutricionistas, psicólogos, etc. (Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor [DECO], 2020).

Estabelecimentos hospitalares

Existem atualmente 107 Hospitais do SNS(PORDATA, 2019).Nos estabelecimentos hospitalares, podemos contar com os cuidados de saúde urgentes e com os cuidados diferenciados ou secundários. Existem hospitais gerais e especializados que tratam não só de situações agudas, como cuidados de urgência nas doenças e nos acidentes, mas também realizam consultas externas de especialidade, internamento hospitalar e atos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação. Em 2019, foi publicado um estudo sobre a experiência dos utentes em hospitais (sector público e privado), onde os resultados revelam experiências positivas. Nos estabelecimentos em estudo, os hospitais do SNS obtiveram boa classificação, mesmo os que tiveram uma pontuação mais reduzida foram, no global bem avaliados. Os 42 hospitais avaliados obtiveram mais de 74% na classificação dada pelos utentes(DECO, 2019).

Estabelecimentos privados

O SNS conta ainda com alguns estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, dependentes de acordo de ambas as partes. Os estabelecimentos privados visam garantir o direito de acesso dos utentes aos cuidados nos mesmos modelos que o SNS (DECO, 2020).

Em 2012 o número total de lugares disponíveis, com alojamento, era de 5911 camas, sendo que, em 2016 cresceu para 8400. Em 2013, ainda não tinha sido superado o número de 731 novos lugares abertos em um ano (OPSS, 2019).

1.5.2. Direito à informação por parte dos doentes no âmbito do Serviço Nacional Saúde Português

O SNS é de acesso universal e tendencialmente gratuito. Neste âmbito, ser um cidadão bem informado e preparado é uma mais-valia para que possa intervir nas decisões sobre a sua saúde e no cumprimento dos seus direitos. A comunicação do utente com o médico é mais vantajosa para o tratamento, se ambos tiverem conhecimento de causa, melhorando assim, os serviços prestados em saúde (DECO, 2020).

Direito dos doentes: direito à informação

Os direitos e deveres dos doentes estão previstos desde há muito tempo na Lei de Bases de Saúde. A lei estabeleceu que os doentes têm o direito de saber o seu diagnóstico e todas as intervenções que vão ser feitas com a finalidade do seu tratamento.

“Os doentes devem ser tratados com delicadeza e urbanidade e respeitados no seu decoro e pudor, devendo os serviços atuar, ainda, de modo a facultar-lhes diagnósticos e tratamento cientificamente corretos, dentro das disponibilidades materiais e de pessoal.(...) Os doentes não podem ser submetidos, sem seu consentimento, a exames ou tratamentos, nem ser retidos nos serviços hospitalares, contra sua vontade, por período superior ao estritamente necessário para diagnóstico e tratamento de que precisem, salvo nos casos expressamente previstos na lei”(DECRETO-LEI nº 48357/1968, Artigo 80º).

Por sua vez, o doente para seu próprio benefício, tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, estando recetivo à comunicação e reter a informação dada por eles. Artigo 81º: “Colaborar com os médicos e pessoal de assistência no estudo e tratamento da sua doença, cumprindo as prescrições e sujeitando-se à terapêutica que for instituída, sem prejuízo do disposto no n.º 3 do artigo anterior”. Esta lei também prevê uma barreira à informação ao doente, por motivos de salvaguarda do próprio, por motivos deontológicos e éticos. No entanto, a família tem o direito inquestionável de obter a informação nestes casos.

“Os prognósticos graves podem ser legitimamente ocultados aos doentes; os prognósticos fatais só lhes podem ser revelados pelo médico responsável, com as precauções aconselhadas pelo exato conhecimento do seu temperamento e índole moral; mas, em regra, devem uns e outros ser revelados à família.³ Todas as dúvidas sobre deontologia médica devem ser submetidas ao diretor clínico, que decidirá, ouvindo, se necessário, a comissão médica”(DECRETO-LEI nº48357/1968, Artigo 82º).

Esta lei foi revista e os direitos e deveres dos doentes do SNS estão presentes no Decreto-Lei nº15/2014, de 21 de março de forma mais estruturada, mas mantendo os princípios no que diz respeito à informação ao doente, sendo este um dos principais direitos enumerados (DECRETO-LEI nº 15/2014).

Em suma, está previsto na lei que o utente tem todo e total direito em ser informado pelos prestadores dos cuidados de saúde do seu estado de saúde, das alternativas possíveis de tratamento e de todas as fases da evolução provável do seu estado. A informação transmitida ao doente deve ser completa, clara e objetiva, de maneira acessível a que o doente fique esclarecido (SNS, 2014).

1.6. Exercício Farmacêutico nos Estados Unidos da América

O farmacêutico nos EUA atua em vários ambientes. Uma pesquisa identificou 112.000 farmacêuticos em farmácias comunitárias, 40.000 em hospitais e 21.000 em consultorias, governo, ensino, indústria e outros ambientes (American Pharmacists Association [APhA], 2020b).

Até ao ano 2000, os requisitos educacionais para farmacêuticos incluíam a escolha de dois diplomas: um Bacharelato em Farmácia de cinco anos ou um Doutor em Farmácia de seis anos «PharmD». No entanto, a partir do ano 2000, a maioria das escolas de farmácia começou a oferecer apenas o diploma de «PharmD». Este curso torna o farmacêutico o profissional de saúde mais experiente quando se trata de medicamentos e do seu uso (APhA, 2020b).

Todos os estados licenciam farmacêuticos. Depois de terminar o «Pharm.D», os futuros farmacêuticos devem passar em dois exames para obter uma licença. O Exame de Licenciamento de Farmacêuticos da América do Norte (NAPLEX) testa habilidades e conhecimentos de farmácia. O Exame Multiestado de Jurisprudência Farmacêutica (MPJE) é um teste específico do estado sobre legislação farmacêutica (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020b).

O farmacêutico é um profissional de saúde fundamental para ajudar os doentes a obter os melhores resultados com os seus medicamentos. Os americanos devem escolher um farmacêutico em quem confiem e construir uma parceria para uma boa saúde (APhA, 2020b). Nos Estados Unidos, a prática farmacêutica é regulamentada por conselhos estaduais individuais de farmácia e o desígnio da prática e autoridade variam muito de estado para estado (Goode et al., 2019).

O Código de Ética para Farmacêuticos declara publicamente os princípios que constituem a base fundamental das suas funções e responsabilidades. Esses princípios, baseados em obrigações e virtudes morais, são estabelecidos para orientar o farmacêutico na sua relação com o doente, com os profissionais de saúde e com a sociedade. Segundo este código de conduta profissional, o farmacêutico deve respeitar a relação de compromisso com o doente promovendo o seu bem-estar de um modo dedicado, compassivo e confidencial. Além disso, o farmacêutico deve respeitar a autonomia e a dignidade do doente (APhA, 2020a).

O farmacêutico além de promover o direito à autodeterminação, reconhece a autoestima individual e incentiva os doentes a participarem das decisões sobre a sua saúde usando uma linguagem compreensível. Como profissional honesto e íntegro atua nas relações profissionais com ética, tendo o dever de dizer a verdade e evitar práticas discriminatórias. O farmacêutico mantém a competência profissional respeitando os valores e habilidades dos colegas e outros profissionais de saúde, encaminhando o doente sempre que achar apropriado. O farmacêutico não atende só às necessidades individuais, mas também às necessidades

comunitárias e sociais, sendo que a sua principal obrigação é para com o doente individualmente, no entanto, as suas obrigações às vezes podem estender-se além do indivíduo para a comunidade e a sociedade. Nessas situações, o farmacêutico deve reconhecer as responsabilidades e agir em conformidade, procurando agir com justiça na distribuição de recursos de saúde, equilibrando as necessidades dos doentes e da sociedade (APhA, 2020a).

Entre os deveres dos farmacêuticos nos EUA, além de dispensar os medicamentos prescritos, o farmacêutico deve verificar as instruções dos médicos sobre as quantidades e interações medicamentosas ou quaisquer condições médicas do doente, deve instruir os doentes sobre como e quando tomar um medicamento prescrito e informá-los sobre os seus efeitos secundários. Deve aconselhar os doentes sobre tópicos gerais de saúde, como dieta, exercício físico ou outras questões e, se necessário, informar outros profissionais de saúde sobre terapias medicamentosas. Deve supervisionar o trabalho dos técnicos de farmácia e farmacêuticos em formação (estagiários). Além de manter os registos e realizar outras tarefas administrativas, o farmacêutico tem o dever burocrático de preencher formulários de seguros e trabalhar em articulação com seguradoras para garantir que os doentes recebem os medicamentos de que precisam (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020a).

Nos EUA os farmacêuticos hospitalares trabalham em hospitais, clínicas e outros ambientes de saúde. Em vez de dispensarem medicamentos estão envolvidos no atendimento direto ao doente, podendo fazer rondas no hospital com um médico ou com a equipa de saúde. São responsáveis por recomendar medicamentos para administrar aos doentes e supervisionam a dosagem e o momento de administração desses medicamentos. Também podem realizar alguns exames médicos e aconselhar os doentes. Por exemplo, os farmacêuticos que trabalham numa clínica de diabetes podem, por exemplo, aconselhar os doentes sobre como e quando tomar os medicamentos, sugerir escolhas alimentares saudáveis e monitorizar as glicemias (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020a).

Nos EUA não existe uma “Ordem dos Farmacêuticos” que regule a profissão a nível nacional, existe uma Associação Nacional de Conselhos de Farmácia (NABP) fundada em 1904. Esta associação, apoia e trabalha com os conselhos estaduais de farmácia, para proteger a saúde pública. Foi inicialmente estabelecida para auxiliar os conselhos estaduais de farmácia na criação de padrões uniformes de educação e acreditação dos profissionais. Atualmente, ajuda a apoiar a segurança dos doentes e dos medicamentos prescritos, por meio de exames que avaliam a competência do farmacêutico, de serviços de verificação e de vários

programas de credenciamento de farmácias (National Association of Boards of Pharmacy [NABP], 2020).

Todos os alimentos, medicamentos, cosméticos e dispositivos médicos, tanto para humanos quanto para animais, são regulamentados pela «Food and Drug Administration (FDA)» nos EUA. A FDA foi criada em 1931 e é uma das várias filiais do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA. É uma agência regulamentar com base científica cuja missão é salvaguardar a saúde pública e garantir a honestidade e a justiça entre as indústrias da área da saúde. Entre outros, a FDA também é responsável pelo licenciamento e inspeção das instalações de fabrico, de produtos em teste/ensaios clínicos (e.g. medicamentos), avaliação de reivindicações e de publicidade de medicamentos prescritos, monitorização de pesquisas/investigações e/ou criação de regulamentos, diretrizes, padrões e políticas (Acess Pharmacy, 2007).

A Administração Antidrogas (DEA) é a agência principal responsável pela aplicação das leis federais sobre medicamentos. A Lei de Substâncias Controladas estabelece requisitos federais em relação a substâncias controladas ilícitas e lícitas. Todas as transações de substâncias controladas ocorrem dentro de um “sistema fechado” de distribuição estabelecido pelo Congresso. Dentro desse “sistema fechado”, todos os manipuladores legítimos de substâncias controladas - fabricantes, distribuidores, médicos, farmácias e outros, devem ser registados na DEA (a menos que estejam isentos) e devem manter uma contabilidade estrita para todas as transações de substâncias controladas. A DEA trabalha em cooperação com os conselhos estaduais de licenciamento profissional, autoridades policiais estaduais e locais para garantir que as substâncias farmacêuticas controladas sejam prescritas, administradas e distribuídas para fins médicos legítimos no curso normal da prática profissional (Drug Enforcement Administration [DEA], 2020).

1.6.1. Boas Práticas de Farmácia Comunitária nos Estados Unidos da América

A nível dos EUA, os farmacêuticos dispensam medicamentos aos doentes, assegurando a sua utilização segura. Podem também realizar exames de saúde e bem-estar, dispensar vacinas, supervisionar os medicamentos administrados aos doentes e fornecer conselhos sobre estilos de vida saudáveis (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020a).

Independentemente do local real ou do ambiente de prática física, o foco do farmacêutico comunitário é fornecer aos doentes os cuidados de que precisam, quando e onde precisam. Os farmacêuticos comunitários fornecem uma ampla gama de serviços, incluindo consultas, gestão da medicação e outros serviços de otimização de medicamentos, coordenação de cuidados, serviços de saúde e bem-estar e outros serviços que ajudam a melhorar a vida dos doentes na comunidade. Os farmacêuticos comunitários são profissionais de saúde essenciais que fornecem atendimento direto ao doente, gerem serviços e atuam como líderes na sua comunidade e na profissão (Goode et al., 2019).

O serviço de gestão da medicação é centrado no doente e concretizado por farmacêuticos, que se concentram na adequação, eficácia, segurança e adesão do medicamento com o objetivo de melhorar os resultados em saúde. Na prática, existem dois serviços distintos, a gestão interpretativa de medicamentos e a revisão de medicamentos. A gestão interpretativa de medicamentos é definida como o padrão de atendimento que garante que os medicamentos de cada doente (sejam eles prescritos, não prescritos, alternativos, tradicionais, vitaminas ou suplementos nutricionais) sejam avaliados individualmente para determinar a sua adequação e eficácia face a determinada condição e seguro e.g. avaliação de comorbidades e de interações medicamentosas. A revisão da medicação avalia o uso dessa medicação, monitorizando se é necessário resolver algum problema. No caso de ser detetado algum problema, o farmacêutico deve intervir no sentido de o resolver (Goode et al., 2019).

Os farmacêuticos comunitários têm implementado com impacto positivo: as consultas farmacêuticas nos EUA. As consultas farmacêuticas, têm viabilizado uma maior adesão aos tratamentos prescritos, melhorando as condições crónicas de saúde e reduzindo os gastos. Assim, este serviço tem contribuído para diminuir as taxas de readmissões e visitas a consultas de urgência (Goode et al., 2019).

1.6.2. Legislação Farmacêutica: Norma para Serviços de Administração de Medicamentos em farmácia

A norma federal para Serviços de Administração de Medicamentos em farmácia estabelece cinco princípios base para as boas práticas em farmácia comunitária nos EUA:

I- O papel do farmacêutico: o papel do farmacêutico é melhorar a saúde do doente, implementando, avançando e promovendo a administração da sua medicação. Os farmacêuticos devem oferecer apoio e informação a qualquer doente que possa beneficiar de maior acesso aos cuidados. O farmacêutico, deve fazer da farmácia um local acessível de atendimento para a dispensa de medicamentos e serviços relacionados, sempre que possível e dispensar os medicamentos num ambiente que promova o conforto e a segurança do doente, respeitando a sua privacidade e a sua confidencialidade (APhA, 2017).

II - Empoderamento dos doentes, famílias e outros cuidadores: os doentes, familiares e outros profissionais de saúde são envolvidos para determinar as preferências de administração de medicamentos e respeitar as decisões sobre os cuidados prestados. Os farmacêuticos devem recolher informações relevantes dos doentes, dos familiares e de outros cuidadores para avaliar e gerir o seu bem-estar, as suas necessidades e expectativas, bem como, discutir os riscos e benefícios dos serviços associados e dos medicamentos, antes da dispensa (APhA, 2017).

III - Formação do farmacêutico: os farmacêuticos devem ter formação contínua e manter a competência e proficiência na dispensa de medicamentos (APhA, 2017).

IV - Documentação e Comunicação: registar os medicamentos dispensados, utilizando um procedimento padronizado, consistente e completo, que siga as diretrizes, os padrões, os regulamentos de privacidade, as melhores práticas e comunicar essas informações não só ao doente, como também a outros prestadores de cuidados de saúde, conforme apropriado. Para isso, deve obter-se um consentimento informado, de acordo com a lei estadual, antes da dispensa de qualquer medicamento. O farmacêutico deve também registar e relatar quaisquer problemas e reações adversas após a administração de medicamentos aos membros da equipa de saúde e a programas de farmacovigilância (APhA, 2017).

V - Colaboração e Coordenação: os farmacêuticos devem trabalhar conjunto com os doentes, familiares, outros cuidadores, membros da equipa de saúde, departamentos de saúde pública e serviços de apoio à comunidade para avaliar o bem-estar do doente, obter resultados positivos e garantir o acesso e a coordenação dos cuidados. Devem ser ativos na avaliação do estado clínico do doente, não se devem limitar a dispensar a medicação, devem educar o doente e avaliar o seu «status» socioeconómico e outras necessidades (e.g. vacinas em falta). Sempre que acharem necessário, devem encaminhar adequadamente os doentes a outros prestadores de saúde ou a outros serviços (APhA, 2017).

No que concerne ao tema desta dissertação, é de salientar a importância da informação ao doente nesta norma. A mesma menciona que o farmacêutico deve assumir a responsabilidade de garantir que o doente tenha as informações e compreensão adequadas para contribuir nas discussões sobre o seu plano de cuidados. Informações como o nível de literacia em saúde e crenças culturais devem ser consideradas quando se formula um plano de cuidados. O respeito pelas decisões e intenções do doente em relação à prestação de cuidados é fundamental. Os farmacêuticos devem desenvolver estratégias para educar, encorajar e capacitar os doentes a serem defensores dos seus cuidados de saúde e cumprir as metas estabelecidas em relação ao uso de medicamentos (e.g. adesão) e/ou modificação de estilos de vida (APhA, 2017).

1.7. Caracterização da população e dos gastos em saúde nos Estados Unidos da América

Em 2019, a população estimada dos EUA era de aproximadamente 328,2 milhões, sendo a faixa etária mais predominante de adultos dos 25 aos 29 anos (Statista, 2019b).

A população dos Estados Unidos continua a aumentar, fazendo dele o terceiro país mais populoso do mundo, apenas atrás da China e da Índia. A distribuição de género permaneceu consistente ao longo dos anos, com o número de mulheres a superar o número de homens. Em termos de localização dos residentes, a Califórnia era o estado com a maior população em 2019 (Statista, 2019b).

1.7.1. Caracterização da População Americana: aspetos demográficos e relacionados com o setor da saúde

Aspetos demográficos

Dados relativos a 2019 mostram que os EUA têm 328.2 milhões de habitantes e um PIB nacional de 21,37 triliões de euros (The World Bank, 2019; United States Census Bureau [US Census], 2019).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: número de hospitais, farmácias, postos farmacêuticos e despesas de saúde

Quanto ao setor da Saúde, os EUA têm 6146 Hospitais, 88000 farmácias (farmácias independentes e farmácias inseridas em grandes cadeias comerciais). Dados relativos a 2018 revelam que houve uma despesa saúde de 3,6 triliões de dólares americanos, correspondentes 17,7% do PIB nacional Americano (Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS], 2019; Onekey, 2019; Statista, 2018).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: número de farmacêuticos e mercado farmacêutico

Os EUA detêm uma fatia dominante do mercado farmacêutico mundial. O país compreende algumas das maiores empresas farmacêuticas do mundo, e os consumidores americanos têm acesso a um dos sistemas farmacêuticos mais avançados, apesar do elevado custo. A receita das vendas de produtos farmacêuticos nos EUA representou quase metade do total global nos últimos anos. Cinco das empresas farmacêuticas líderes em todo o mundo eram dos EUA em 2019. A Pfizer é a empresa número um, não apenas nos Estados Unidos, mas também em todo o mundo. A Johnson & Johnson é outra empresa norte-americana que tem causado grande impacto em todo o mundo, com o sector farmacêutico a gerar um recorde de 42,2 bilhões de dólares americanos em 2019 (Statista, 2020c).

A indústria farmacêutica dos Estados Unidos deu grandes passos nas últimas décadas devido ao maior foco em pesquisa e desenvolvimento (P&D). Os gastos com P&D da indústria farmacêutica dos EUA totalizaram 80 milhões de dólares americanos em 2018. É muito provável que este número aumente significativamente nos próximos anos devido aos custos associados ao desenvolvimento de vacinas e tratamentos COVID-19 seguros e eficazes (Statista, 2020c). Os preços dos medicamentos prescritos nos Estados Unidos estão entre os mais altos do mundo e, nos últimos anos, foram especialmente lucrativos para a indústria farmacêutica norte americana. A despesa geral com medicamentos em 2019 nos EUA chegou aos 511 bilhões de dólares, mesmo com descontos e abatimentos que ajudam a reduzir custos (Statista, 2020c).

Em 2019 estavam registados 311 mil Farmacêuticos nos EUA. Os farmacêuticos têm um papel multifacetado na área da saúde nos Estados Unidos. Entre os vários ambientes de trabalho, a maioria dos farmacêuticos trabalha em grandes cadeias de farmácias e farmácias independentes (Statista, 2019a).

Existem muitas farmácias de cadeias líderes nos EUA, mas as cinco líderes de mercado incluem a CVS Health Corporation (9207 farmácias), Walgreens (7768 farmácias), Rite Aid Corporation (4488 farmácias), Walmart (4473 farmácias) e Kroger Company (1918 farmácias). Entre as principais farmácias dos EUA em 2019, a CVS Health Corporation foi a farmácia líder apenas com base na receita de prescrições médicas (Onekey, 2019; Statista, 2019a).

Mais de 500 biliões de dólares americanos foram gastos em medicamentos nos Estados Unidos em 2019. Com 118 milhões de prescrições, a Atorvastatina foi o medicamento mais prescrito. Foram apresentadas cerca de 663 milhões de prescrições de anti-hipertensivos em 2019, tornando-se a categoria terapêutica com mais prescrições nos EUA. Aproximadamente, 66,7 biliões de dólares americanos foram despendidos em antidiabéticos, tornando-se a segunda área terapêutica onde mais dinheiro foi gasto. A maioria da população dos Estados Unidos tem seguro saúde, que inclui cobertura de medicamentos prescritos. Porém, há ocasiões em que o plano de saúde não cobre os medicamentos prescritos pelo médico. Quando isso acontece, os doentes podem ter de pagar o preço total do medicamento do próprio bolso (Statista, 2020a; Statista, 2020b).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: gastos com medicamentos

Os Centros de Serviços Medicare (pessoas com mais de 65 anos independentemente do seu rendimento) e Medicaid (pessoas com baixos rendimentos de todas as idades) estimam que os gastos com medicamentos prescritos nos Estados Unidos atingiram cerca de 335 biliões de dólares americanos em 2018. Este valor inclui apenas os gastos com medicamentos prescritos. Os Estados Unidos são o país com o maior gasto total com medicamentos e também com o maior gasto «per capita» com medicamentos entre os países desenvolvidos. Isso está principalmente relacionado com os preços mais elevados dos medicamentos nos EUA. Enquanto noutros países os governos controlam (mais ou menos) diretamente os preços dos medicamentos, os EUA deixam a fixação destes preços para a concorrência do mercado. Como consequência, o mercado dos EUA é o mais lucrativo para as empresas farmacêuticas

(Statista, 2020c). Um recorde de US \$ 67 biliões foi pago do próprio bolso pelos doentes para todas as prescrições admitidas em farmácias em 2019 (IQVIA, 2020).

Aspetos relacionados com o setor da saúde: morbilidade e mortalidade

Em 2018, foram registadas um total de 2.839.205 mortes nos EUA e a esperança média de vida determinada foi de 78,7 anos. As 5 principais causas de morte são doenças cardíacas, cancro, lesões provocadas por acidentes, doenças respiratórias crónicas e acidente vascular cerebral (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020).

O aumento da taxa de mortalidade nos EUA em 2020 será necessariamente influenciado pela atual pandemia de COVID-19. Os EUA entre 1º de março e 16 de agosto de 2020, sofreram cerca de 275.000 mortes a mais, comparativamente à média dos últimos cinco anos. Durante esse período, registaram-se 169.000 mortes confirmadas de COVID-19 (Our World in Data, 2020).

1.8. Breve caracterização do Sistema Nacional de Saúde Americano

Os especialistas em saúde dos EUA estão entre os melhores do mundo. No entanto, o acesso à saúde nos EUA é injusto, superespecializado e negligencia os cuidados primários e preventivos (Federação Americana do Trabalho e Congresso de Organizações Industriais [AFL-CIO], 2016).

Em comparação com outros países da OCDE, o governo dos EUA desempenha um menor papel no financiamento geral da saúde. No entanto, os gastos públicos (ou seja, governamentais) de saúde «per capita» nos EUA são maiores do que todos os outros países da OCDE. Esta aparente, discrepância pode ser atribuída, em parte, pelo elevado custo dos cuidados de saúde nos EUA. Os EUA gastam mais «per capita» do que o dobro da média de \$ 3.453 de todos os países da OCDE (Figura 2) (AFL-CIO, 2016).

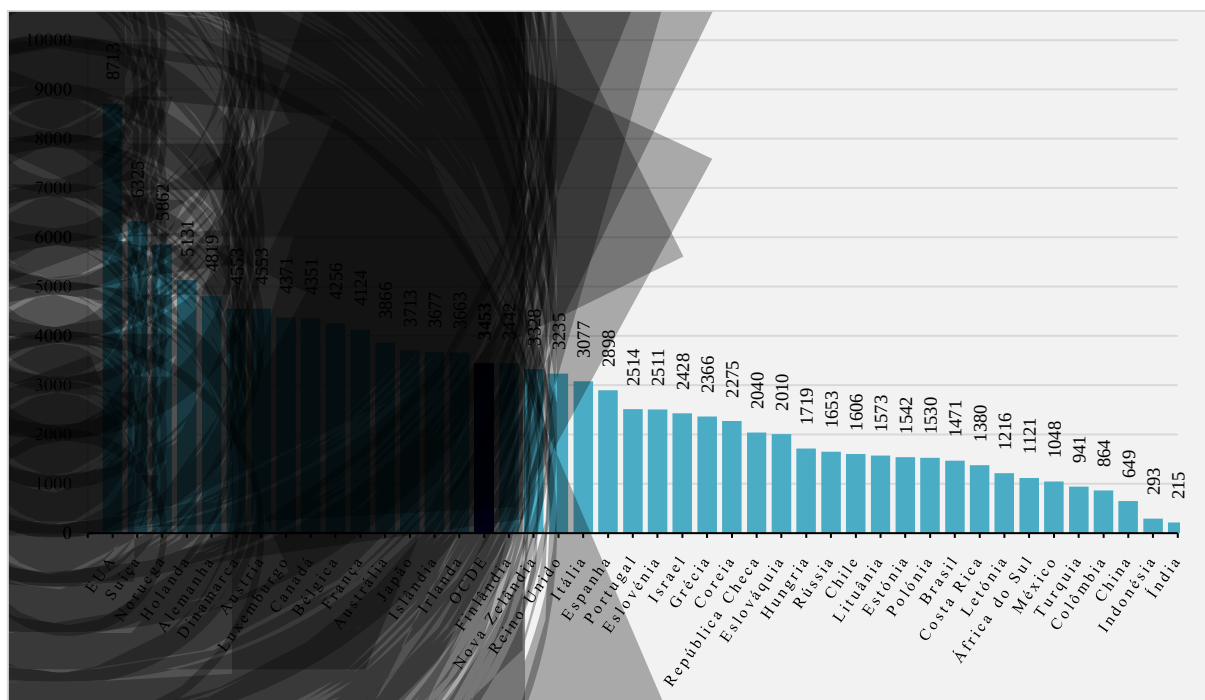


Figura 2- Despesas com saúde «per capita», 2013 (Federação Americana do Trabalho e Congresso de Organizações Industriais [AFL-CIO], 2016).⁷

Os gastos com saúde nos EUA cresceram 4,6% em 2018, chegando a US \$ 3,6 trilhões ou US \$ 11.172 por pessoa. Como parcela do PIB da nação, os gastos com saúde representaram 17,7% (CMS, 2019).

Apesar do nível relativamente elevado de gastos com saúde, nos EUA há menos médicos «per capita» do que na maioria dos outros países da OCDE. Em 2013, os EUA tinham 2,6 médicos em atividade por 1.000 pessoas - abaixo da média da OCDE de 3,3 (e.g. Portugal tinha 4,2) (AFL-CIO, 2016; PORDATA 2013).

Motivos de gastos com saúde nos EUA

O custo proibitivamente elevado é o principal motivo que os norte americanos apontam nos problemas de acesso aos cuidados de saúde. Os norte americanos com rendimentos abaixo da média têm maior probabilidade de não conseguir consultar um médico quando estão doentes, realizar um exame prescrito ou efetuar um tratamento, bem como o acesso a cuidados continuados ou ir ao dentista (AFL-CIO, 2016).

⁷Figura 2: <https://www.dpeaflcio.org/factsheets/the-us-health-care-system-an-international-perspective>

Embora não exista acordo quanto à causa única do aumento dos custos de saúde nos EUA, os especialistas identificaram três fatores contribuintes. O primeiro é o custo de novas tecnologias de ponta e dos medicamentos prescritos. Outra explicação é o aumento de doenças crónicas, incluindo a obesidade. Nacionalmente, os custos de saúde com as doenças crónicas contribuem com proporções relevantes para os custos de saúde, especialmente na fase de fim de vida (e.g. doentes crónicos nos últimos dois anos de vida representam cerca de 32% dos gastos totais com despesas médicas e hospitalares associadas a hospitalizações recorrentes). A Academia Nacional de Ciências descobriu que os EUA têm uma taxa muito alta de doentes crónicos e uma esperança média de vida mais baixa. Nas perspetivas futuras os especialistas pretendem concentrar-se na prevenção, como um esforço para melhorar a saúde e reduzir os encargos financeiros associados às doenças crónicas (AFL-CIO, 2016).

Finalmente, a elevada despesa com custos administrativos é um fator que contribui para a inflação dos cuidados de saúde nos EUA. Os EUA lideram os gastos nacionais com administração de seguros de saúde. É difícil determinar as diferenças exatas entre os custos administrativos públicos e privados. Além disso, o governo terceiriza algumas de suas necessidades administrativas para empresas privadas (AFL-CIO, 2016).

Os custos elevados com saúde levam alguns norte americanos à falência. Uma pesquisa de 2014 sobre falências entre 2005 e 2013 descobriu que as contas médicas são a maior causa de falência de consumidores; entre 18% e 25% de casos diretamente motivados por dívida médica (Austin, 2014).

1.8.1. Estrutura do Sistema Nacional de Saúde Americano

O sistema de saúde dos EUA é único entre os países desenvolvidos. Os EUA não têm um sistema de saúde uniforme, não têm cobertura universal de cuidados de saúde e só recentemente entrou em vigor legislação que exige cobertura de saúde para quase todos. A maior parte dos cuidados de saúde, mesmo com financiamento público, é prestada de forma privada (AFL-CIO, 2016). Desde janeiro de 2014, que quase todos os norte americanos são obrigados a ter algum tipo de seguro saúde por parte do seu empregador, seja um plano individual ou um programa público como o Medicare ou o Medicaid (AFL-CIO, 2016).

O Medicare é um programa federal. É basicamente o mesmo em qualquer lugar nos Estados Unidos e é administrado pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS), uma

agência do governo federal. As contas médicas são pagas com fundos fiduciários para os quais os abrangidos contribuíram monetariamente. Serve principalmente pessoas com mais de 65 anos, independentemente do seu rendimento. Também acolhe pessoas mais jovens com deficiência e doentes em diálise. Os doentes pagam parte dos custos por meio de franquias. São necessários pequenos prémios mensais para coberturas não hospitalares (U.S. Department of Health & Human Services [HHS], 2015).

O Medicaid é um programa federal-estadual de assistência. É administrado por governos estaduais e locais dentro das diretrizes federais. Atende pessoas com baixos rendimentos de todas as idades. Os doentes geralmente não pagam nenhuma parte dos custos das despesas médicas cobertas, mas, poderá ser requerido um pequeno copagamento (varia de estado para estado) (HHS, 2015).

Em março de 2010, o presidente Obama assinou a Lei do Ato de Cuidados Acessíveis (ACA)«Affordable Care Act», que fez centenas de mudanças significativas no sistema de saúde dos EUA entre 2011 e 2014. As disposições incluídas na ACA têm como objetivo expandir o acesso à cobertura de saúde, aumentar a proteção ao consumidor, enfatizar a prevenção e o bem-estar, promover o tratamento baseado em evidências e, por último, a eficiência administrativa numa tentativa de conter o aumento dos custos de saúde. Esta lei proporcionou financiamento adicional ao Medicaid para estados que têm acesso a cuidados preventivos de baixo custo (AFL-CIO, 2016).

A ACA permitiu que muitos jovens adultos (19-25 anos) continuassem com os planos de saúde dos seus pais. As mulheres trabalhadoras por conta própria, pagavam mais pelos seguros do que os homens, pela mesma cobertura. A partir de 2014, essa prática e a cobertura para doenças pré-existentes foi banida por esta lei. Adicionalmente, foram proibidos os limites monetários vitalícios na cobertura de seguro para todos os novos planos e excluídos as crianças e a maioria dos adultos com doenças preexistentes (AFL-CIO, 2016).

Uma disposição importante da ACA: foi a criação de bolsas de seguros de saúde, onde os indivíduos ainda não cobertos por um plano assegurado pelo empregador ou um programa como o Medicaid ou o Medicare, podem comprar o seu seguro saúde. Indivíduos com rendimentos entre 100% e 400% da linha da pobreza seriam elegíveis para obter um prémio subsidiado. Os estados têm a opção de criar e administrar as suas próprias bolsas ou permitir que o governo federal o faça (AFL-CIO, 2016).

Em 2014, 89,6% da população dos EUA tinha tido algum tipo de seguro saúde, com 66% dos trabalhadores cobertos por um plano de saúde privado. Os segurados (36,5% da população) receberam cobertura do governo dos Estados Unidos em 2014 por meio do: Medicare (50,5 milhões), Medicaid (61,65 milhões) e/ou Administração de Veteranos ou outros cuidados militares (14,14 milhões), pois podem estar cobertos por mais do que um plano do governo (AFL-CIO, 2016).

Seguros de saúde nos EUA: cobertura desigual

Embora a maioria dos cidadãos dos EUA tenha seguro saúde, os preços das apólices e as franquias estão a aumentar e a qualidade a decrescer. Entre 2010 e 2015, as franquias de ato único aumentaram 67%. Um número crescente de trabalhadores enfrenta uma franquia de US \$ 1.000 ou mais para planos individuais. Estes números superam a inflação e os rendimentos dos trabalhadores (AFL-CIO, 2016).

Em 2020, os prémios de seguros de saúde anuais médios são de \$ 7.470 para cobertura individual e \$ 21.342 para cobertura familiar. O prémio médio aumentou 4% e o prémio familiar médio aumentou 4% em relação ao ano passado. Os salários dos trabalhadores aumentaram 3,4% e a inflação aumentou 2,1%. O prémio médio para cobertura familiar aumentou 22% nos últimos cinco anos e 55% nos últimos dez anos (Kaiser Family Foundation [KFF], 2020).

A cobertura dos seguros de saúde é desigual e muitas vezes as minorias e os pobres são mal atendidos. Quarenta milhões de trabalhadores, quase dois em cada cinco, não têm acesso a licença médica remunerada. Especialistas sugerem que a pressão económica para ir trabalhar mesmo quando se está doente pode prolongar as pandemias, reduzir a produtividade e aumentar os custos com saúde (KFF, 2020).

A maioria dos trabalhadores cobertos faz uma contribuição para o custo do prémio da sua apólice. Em média, os trabalhadores cobertos contribuem com 17% do prémio para cobertura individual e 27% do prémio para cobertura familiar. Em comparação com os trabalhadores cobertos pelas grandes empresas, os trabalhadores cobertos pelas pequenas empresas, em média, contribuem com uma percentagem maior do prémio para cobertura familiar (35% vs. 24%). Trabalhadores cobertos por empresas com uma parcela relativamente elevada de trabalhadores com salários mais baixos, apresentam taxas de contribuição médias

mais elevadas no caso da cobertura familiar (38% contra 26%) do que aqueles em empresas com uma parcela menor de trabalhadores com salários inferiores (KFF, 2020).

Cerca de 76% das grandes empresas que oferecem benefícios de saúde têm apólices que cobrem serviços de saúde recebidos em clínicas com acordos (e.g. localizadas em farmácias, supermercados e lojas de retalho). Essas clínicas costumam ter médicos assistentes e enfermeiros e tratam doenças menores e fornecem serviços preventivos. De acordo com os empregadores, o plano de saúde com maior número de inscrições é o que contempla a partilha de custos de alguns medicamentos, pois permite incentivar os empregados com doenças crónicas a aderirem ao tratamento (KFF, 2020).

Os trabalhadores sindicalizados têm maior probabilidade do que os não sindicalizados, de serem cobertos por seguro de saúde e de licença médica remunerada. Em março de 2015, 95% dos membros do sindicato (na força de trabalho civil) tinham acesso a benefícios de assistência médica, em comparação com apenas 68% dos membros não sindicalizados. Em 2015, 85% dos membros do sindicato tiveram acesso a licença médica remunerada em comparação com 62% dos trabalhadores não sindicalizados. Entre os estados, existem disparidades significativas tanto na disponibilidade como no custo da cobertura de saúde (AFL-CIO, 2016).

Nos EUA em 2020, 85% das empresas com 50 ou mais trabalhadores ofereceram benefícios de saúde cobrindo a prestação de serviços de saúde por telemedicina. A telemedicina cresceu nos últimos anos, é possível que parte do crescimento este ano reflita mudanças em resposta à pandemia de coronavírus, bem como a uma maior consciencialização (Kaiser Family Foundation [KFF], 2020).

1.8.2. Direito à informação do doente nos Estados Unidos da América

Fornecer informações de saúde acessíveis aos indivíduos capacita-os a ter mais controlo sobre as decisões relativas à sua saúde e bem-estar. Por exemplo, os indivíduos com acesso às suas informações de saúde são mais capazes de monitorizar doenças crónicas, aderir aos planos de tratamento, encontrar e corrigir erros nos seus registos de saúde, acompanhar o progresso em programas de gestão de doenças ou bem-estar e contribuir diretamente com as suas informações para a pesquisa. Com o uso crescente e os avanços contínuos na tecnologia da informação em saúde, os indivíduos têm oportunidades cada vez melhores e mais

inovadoras para aceder às suas informações de saúde eletronicamente, de forma mais rápida, fácil e em tempo real, e.g., acedendo às plataformas online das suas seguradoras (HHS, 2020).

Direito dos doentes: direito à informação

Os doentes norte americanos têm o direito de obter seus registos de saúde. O regulamento da Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguros de Saúde de 1996 (HIPAA), que protege a privacidade e a segurança das informações de saúde identificáveis dos indivíduos e estabelece uma série de direitos individuais em relação às informações de saúde, reconheceram a importância de os indivíduos poderem aceder e obter uma cópia das suas informações de saúde. Com exceções limitadas, a HIPAA mediante solicitação, fornece aos indivíduos o direito legal de verem e receberem cópias das suas informações, dos seus registos médicos e/ou de outros registos de saúde (HHS, 2020).

1.9. Questão de investigação

Assim, a questão de investigação da presente Tese foi:

- Quais as características da prestação de informação ao doente pelos farmacêuticos nos EUA e na Europa, nomeadamente em Portugal?

Para responder à questão de investigação foram definidos dois Capítulos, como a seguir se apresenta:

- Capítulo I: Estudos de Informação ao Doente na Europa e nos Estados Unidos da América e,

- Capítulo II: Portais ou Websites com informação para o doente: exemplos de casos práticos em Portugal e nos EUA.

2. Capítulo I: Estudos de Informação ao Doente na Europa e nos Estados Unidos da América

2.1. Introdução

Todos os anos, milhões de doentes sofrem lesões ou morrem devido a cuidados de saúde inseguros e de má qualidade. Os erros de medicação são a principal causa de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde. O custo associado a erros de medicação foi estimado em 42 biliões de dólares americanos anuais (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021).

A segurança do doente é uma prioridade. É fundamental para a prestação de serviços essenciais de saúde de qualidade. Muito se tem evoluído nesta matéria em consequência dos relatórios elaborados pelas instituições de saúde sobre os danos sofridos em instalações de saúde. Muitos desses erros manifestam-se em efeitos adversos que podem ser evitados. Defender a segurança do doente tem como objetivo não só prevenir e reduzir riscos, mas também os erros e danos que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde (OMS, 2021).

Os ambientes de saúde são cada vez mais complexos e por isso estamos cada vez mais sujeitos a erros. Um exemplo comum de erro reportado é um doente internado num hospital receber um medicamento errado, devido à troca de medicamentos com embalagens semelhantes. A prescrição, dispensa e administração de medicamentos passa por diferentes etapas: começa pela consulta e prescrição médica, seguida da dispensa e administração nas farmácias (e.g. vacina da gripe) e, caso seja necessário, pela ida a um posto de enfermagem para administração (e.g., anti-inflamatórios parentéricos); sendo que, em qualquer uma destas etapas pode ocorrer erros. Devem existir processos de proteção ativos, como meios de verificação seguros e/ou sistemas de controlo de qualidade nos diferentes níveis/etapas, no sentido de identificar e resolver possíveis erros (OCDE 2021; OMS, 2021).

Assim, é possível identificar diversas situações que podem conduzir a erros de medicação, como por exemplo: a falta de procedimentos padrão no armazenamento de medicamentos semelhantes, comunicação deficiente entre os diferentes profissionais de saúde e/ou falta de verificação antes da administração do medicamento (e.g., forma farmacêutica, dosagem ou prazo de validade). Idealmente, o profissional que cometeu o erro ativamente

(erro ativo) devia ser responsabilizado pela ocorrência de tal incidente e também punido como resultado. Infelizmente, isso em muitos casos não leva em consideração os fatores do sistema anteriormente descritos que conduziram à ocorrência do erro (erros latentes). O problema é quando vários erros latentes se alinham e um erro ativo acaba por atingir o doente (OCDE 2021; OMS, 2021).

Errar é humano, e esperar um desempenho perfeito de seres humanos, como os profissionais de saúde, que trabalham em ambientes complexos e sob pressão não é realista. Os seres humanos sentem-se protegidos quando colocados num ambiente construído à prova de erros, onde os sistemas, tarefas e processos em que trabalham estão bem projetados. Ou seja, um sistema que evita a ocorrência de erros/danos, pode ser o início da melhoria. A cultura do conceito de confiança baseada em crenças, valores e atitudes de segurança e compartilhadas pela maioria dos trabalhadores é fundamental (OMS, 2021; Patient Safety Network, 2021).

O Farmacêutico deve ser acolhido e fazer parte integrante e ativa desta disciplina da segurança do doente. Compete-lhe garantir a segurança do doente com a rastreabilidade de todos os medicamentos prescritos e dispensados. Deve garantir ainda que a administração de medicamentos deve ser corretamente realizada de modo a garantir a sua segurança e efetividade. As atividades desenvolvidas por estes profissionais de saúde, produzem um impacto positivo nos resultados clínicos dos doentes, aumentando assim a eficiência dos processos, a segurança clínica e a eficácia da terapêutica, antecipando problemas relacionados com o uso de medicamentos (Elias, 2018; Ordem dos Farmacêuticos [OF], 2009).

Como já foi referido, uma das principais causas de erros reportados em saúde são os erros relacionados com medicamentos. Vamos analisar vários estudos que fundamentam esta análise.

2.2. Objetivos

O capítulo I tem como objetivos: identificar e analisar alguns exemplos de estudos sobre o impacto da prestação de informação ao doente pelo farmacêutico na Europa e nos EUA entre 2016 e 2020.

2.3. Métodos

A base utilizada foi a *PubMed*, pois esta base é um recurso de suporte à pesquisa gratuito com literatura biomédica e de ciências da vida com o objetivo de melhorar a saúde a nível global e pessoal. O banco de dados *PubMed* contém mais de 30 milhões de citações e resumos da literatura biomédica. Não inclui artigos de periódicos em texto completo, no entanto, os «links» de acessos a textos completos estão presentes geralmente quando disponíveis noutras fontes, como o site da editora ou da *PubMed Central* (PMC) (PubMed Central [PMC], 2021).

Palavras-Chave

Foram definidos dois conjuntos de palavras-chave: **“Pharmacist and Patient and Information and Europe”** e **“Pharmacist and Patient and Information and USA”**. Os estudos foram selecionados por conveniência com base nos seguintes critérios de inclusão e exclusão, como a seguir se apresenta.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos estudos: especificamente sobre o impacto da prestação de informação ao doente pelo farmacêutico na Europa e nos Estados Unidos da América - EUA, publicados entre 2016-2020. Foram selecionados estudos publicados entre 2016 e 2020 por ser um período recente, de modo a identificar investigações emergentes e atualizadas.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos: sobre outras temáticas (e.g. não envolvendo farmacêuticos), fora do período de seleção, revisões e/ou estudos escritos noutras línguas que não Português, Inglês, Espanhol, Italiano ou Francês, por uma questão de facilidade de leitura.

Período de pesquisa e normas PRISMA

A pesquisa foi efetuada entre novembro e dezembro de 2020, pela autora da Tese. A revisão e análise dos estudos seguiu as normas «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses», que define um conjunto mínimo de regras para elaborar revisões sistemáticas e meta-análises. Estas normas concentram-se na avaliação de estudos aleatórios, mas também pode ser utilizada como base para relatar revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, particularmente avaliações de intervenções (PRISMA, 2021).

2.4. Resultados

Os resultados foram organizados em formato Tabelas (ver Tabelas 1 e 2 com os resultados dos estudos selecionados para a Europa e nos Estados Unidos da América, respetivamente), tendo sido identificadas as seguintes variáveis: Citação; Ano e Local; Tipo de Estudo; Nº Prof. Saúde; Nº Doentes; Objetivos; Métodos; Resultados e Conclusões.

No âmbito dos estudos sobre informação aos doentes, foram identificados 5 estudos a nível Europeu (ver Tabela 1) e 5 estudos a nível dos EUA (ver Tabela 2).

2.4.1. Estudos sobre informação aos doentes na Europa

Dos 5 estudos selecionados por conveniência na *PubMed* com as palavras-chave (“Pharmacist and Patient and Information and Europe”) (Tabela 1): 2 relacionavam-se com a adesão à terapêutica, 1 com a farmácia hospitalar, 1 sobre educação e formação dos doentes e 1 sobre o impacto de revisões terapêuticas de reações adversas.

Tabela 1 - Estudos sobre informação ao doente na Europa: exemplos

Adesão à terapêutica							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Michiels et al., 2019) França	Estudo experimental controlado	174	377	Determinar se as informações prestadas por farmacêuticos a doentes podem melhorar a adesão ao tratamento, diminuição de parâmetros e maior conhecimento sobre a doença.	3 entrevistas de 30 minutos em 6 meses a doentes diabéticos de 174 Farmácias (87 Farmácias com plano de intervenção e 87 Farmácias como grupo de controlo).	377 doentes analisados (189 pertencentes ao grupo de Intervenção e 188 ao grupo de controlo) Adesão à terapêutica: Grupo de Intervenção 94,8% e Grupo Controlo 92,3%. Diminuição de parâmetros: Grupo de Intervenção -0,5% e Grupo Controlo -0,2%. Conhecimento da doença: +0,6% e Grupo Controlo +0,2%.	As informações personalizadas dadas pelo farmacêutico aos doentes com Diabetes tipo 2 não melhoraram significativamente as já altas taxas de adesão, mas foram associadas a uma diminuição significativa da HbA1c e a uma melhora no conhecimento do doente sobre a diabetes.

Adesão à terapêutica							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Haramiova et al., 2017)Eslováquia	Estudo experimental	300	300	Provar que existe uma melhor adesão à terapêutica através de lembretes por mensagens para recordar o doente das tomas dos medicamentos, enfatizar informações essenciais sobre medicamentos e apoiar a formação de hábitos.	Envio de mensagens diárias personalizadas a doentes que sofrem de hipertensão há pelo menos 1 ano com idade superior a 55 anos durante 3 meses. A mensagem contém o nome do medicamento, dosagem, posologia e outras especificações. Medicação da pressão arterial no início e fim do estudo.	Não divulgado	Os farmacêuticos já são obrigados pelas diretrizes internacionais a fornecer aos doentes todas as informações necessárias sobre os medicamentos para garantir o seu tratamento seguro e eficaz. Assim, acreditamos que os farmacêuticos têm a predisposição e as capacidades ideais para fornecer determinados serviços de saúde, como lembretes por mensagem sobre a toma de medicamentos, como parte da sua prática diária.

Farmácia Hospitalar							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Daliri et al., 2019) Holanda	Estudo Prospectivo	50	400	Analisar a diferença nos problemas relacionados com a medicação quatro semanas após a alta hospitalar com acompanhamento e intervenção do farmacêutico comunitário.	Estudo prospetivo. Com 2 hospitais e 50 farmácias comunitárias. O programa testou os cuidados habituais (reconciliação da medicação na admissão e alta hospitalar) combinado com o ensino na alta hospitalar, transferência de informações sobre medicamentos entre prestadores de cuidados de saúde primários e visita domiciliária pós-alta pelo farmacêutico comunitário, em comparação com os cuidados habituais isolados. A diferença nos problemas relacionados à medicação quatro semanas após a alta foi medida por um protocolo validade através de entrevista telefónica.	Dados completos sobre 400 doentes em análise em dois períodos (janeiro a abril de 2016 e de julho a novembro de 2016). A proporção de doentes com algum problema relacionado com a medicação foi de 65,9% (211/400) no grupo de cuidados habituais em comparação com 52,4% (189/400) no grupo de intervenção. A proporção de doentes com qualquer problema relacionado com a medicação permaneceu menor no grupo de intervenção. Os doentes do grupo de intervenção também relataram menos sintomas causados pela medicação.	Um programa de cuidados transitórios liderado por farmácias reduziu em 13,5%os problemas relacionados à medicação após a alta. Os cuidados de acompanhamento após a hospitalização e a estreita colaboração entre os profissionais de saúde são necessários para identificar, resolver e prevenir os problemas com a medicação.

Educação e formação dos doentes							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Cheema et al., 2018) Inglaterra	Estudo experimental	Não descrito	64	Determinar se a educação escrita e verbal fornecida aos doentes por farmacêuticos comunitários sobre a doença e o seu tratamento seria associada a um melhor controlo da doença em comparação com doentes que receberam apenas aconselhamento verbal.	Estudo com duração de 6 meses. As medidas de desfecho primárias foram diferentes na pressão arterial sistólica e diastólica, desde o início e retenção de informações sobre a pressão elevada avaliada com um questionário em pontos de acompanhamento de 2, 4 e 26 semanas.	64 adultos foram incluídos no estudo (31 Grupo de Intervenção e 33 Grupo de Controlo). Na semana 26 de acompanhamento, em comparação com os participantes do grupo de controlo, houve 1 melhoria significativa no conhecimento dos participantes do grupo de intervenção sobre os riscos associados à PA elevada e consciência sobre os potenciais efeitos adversos. Houve uma redução maior e mais significativa na PA sistólica no grupo de intervenção 8 mmHg em comparação com 6 mmHg no grupo de controlo na semana 4 de acompanhamento. No entanto, este efeito do grupo de intervenção sobre a PA não foi sustentado no acompanhamento de 26 semanas. Para Pressão Arterial diastólica, não houve efeito adicionado da intervenção.	Este estudo sugere que, embora o conselho por escrito fornecido por farmacêuticos comunitários em comparação ao conselho verbal tenha sido mais eficaz para melhorar o conhecimento e a compreensão dos doentes sobre hipertensão e o seu tratamento, não levou a um melhor controlo da pressão arterial.

Revisões Terapêuticas							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Schoenmakers et al., 2018) Holanda	Estudo experimental	15	145	Determinar as mudanças nos sintomas associados ao medicamento relatados pelo doente através de um inquérito antes e depois das revisões conduzidas por farmacêuticos comunitários em comparação com o tratamento habitual.	145 doentes pertencentes a 15 farmácias comunitárias foram analisados num grupo de intervenção (GI) e num grupo controlo (GC). O inquérito foi usado para recolher os sintomas durante o mês anterior, e outros suspeitos associados ao medicamento de ambos os grupos no início do estudo e no acompanhamento após 3 meses. Os doentes do GI receberam uma revisão de medicação clínica única, enquanto os doentes do GC receberam os cuidados habituais.	O Grupo de Intervenção (GI) (78 doentes) teve em média 4 sintomas associados a medicamentos por doente e o GC (67 doentes) teve em média 5. O número médio de sintomas associados ao medicamento por doente relatado no acompanhamento e que persiste desde o início do estudo foi de 2,1 no GI e 2,6 no Grupo de Controlo (GC).	O inquérito forneceu informações significativas sobre reações adversas a medicamentos em revisões clínicas de medicamentos, no entanto, o número de sintomas associados a medicamentos não foi reduzido pela realização de revisões clínicas de medicamentos em comparação com o tratamento habitual.

2.4.2. Estudos sobre informação aos doentes nos EUA

Dos 5 estudos selecionados por conveniência na *PubMed* com as palavras-chave (**“Pharmacist and Patient and Information and USA”**) (Tabela 2): 1 relacionava-se com a adesão à terapêutica, 1 com a farmácia hospitalar, 1 com a farmácia comunitária e 2 sobre educação e formação dos doentes.

Tabela 2 - Estudos sobre informação ao doente nos EUA: exemplos

Adesão à Terapêutica							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Moin et al., 2019) USA	Estudo experimental	20	1555	Testar a eficácia de uma intervenção de tomada de decisão partilhada em doentes com pré-diabetes. Analisar a adesão ao Programa de controlo Preventivo da Diabetes (PPD) (≥ 9 sessões), metformina ou ambas as estratégias em 4 meses e mudança de peso (libras) em 12 meses.	20 clínicas de cuidados primários (10 no GI e 10 no GC). Doentes adultos com sobrepeso com pré-diabetes ($IMC \geq 24$ kg e $HbA1c$ 5,7-6,4%) foram analisados. Os doentes do GI intervenção foram convidados a participar numa consulta presencial com um farmacêutico que usou a técnica de tomada de decisão partilhada, dando auxílio à decisão para descrever o pré-diabetes e 4 opções possíveis para a prevenção do diabetes: Programa de Prevenção da Diabetes (PPD), PPD + metformina, apenas metformina ou Cuidados habituais.	20 clínicas de cuidados primários num grande sistema regional de saúde (10 no grupo de intervenção e 10 no grupo controlo). Doentes adultos com sobrepeso / obesos com pré-diabetes Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 24 kg e $HbA1c$ 5,7-6,4%) foram analisados. A adesão ao PPD e/ou metformina foi maior entre os participantes da intervenção ($n = 351$) do que nos controlos que receberam os cuidados habituais ($n = 1028$; 38% vs. 2%). Ao fim de 12 meses, a perda de peso ajustada (libras) foi maior entre os participantes da intervenção do que os controlos (- 5,3 vs. - 0,2).	Uma intervenção de tomada de decisão partilhada em doentes com pré-diabetes liderada por farmacêuticos aumentou o envolvimento do doente em opções baseadas em evidências para a prevenção da diabetes e foi associada a uma adesão significativamente maior de PPD e / ou metformina em 4 meses e perda de peso em 12 meses.

Farmácia Hospitalar							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Pevnick et al., 2018) USA	Estudo experimental	Não descrito	306	Quantificar a redução de erros na medicação dos doentes na urgência se for um farmacêutico ou um técnico de farmácia a fazer esse levantamento durante a admissão do doente e o pedido da medicação.	3 Grupos em recolha dos dados em análise: Farmacêuticos, Técnicos de Farmácia e GC (Técnicos de triagem na urgência). O desfecho primário foi a pontuação média de erros na admissão de medicamentos ponderada pela gravidade. Para detetar erros de admissão de medicamentos, todos os doentes receberam admissões de medicamentos padrão de referência, que foram comparados com o GI e GC. Os erros foram identificados de forma independente e avaliados por 2 investigadores como significativos, graves ou com risco de vida. Cada erro recebeu 1, 4 ou 9 pontos, respetivamente.	306 Doentes foram analisados (103 por farmacêuticos, 102 por técnicos de farmácia e 101 pelos técnicos de triagem). A análise foi limitada a 278 doentes (91%). A média de erros por doente nos ramos de cuidados habituais, farmacêutico e técnico foram de 8,0 $\pm$ 5,6, 1,4 $\pm$ 1,9 e 1,5 $\pm$ 2,1, respetivamente (p <0,0001). A média dos erros ponderados pela gravidade foram 23,0 $\pm$ 16,1, 4,1 $\pm$ 6,8 e 4,1 $\pm$ 7,0 por doente, respetivamente (p <0,0001).	Farmacêuticos e técnicos reduziram os erros de reconciliação de medicamentos na admissão de doentes nos Serviços de Urgência Hospitalar e os erros de pedido da medicação em mais de 80%. Pesquisas futuras devem examinar outros locais e resultados centrados no doente.

Farmácia Comunitária							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Nipp et al., 2019) USA	Estudo experimental	Não descrito	60	Demonstrar a viabilidade e eficácia preliminar da integração de farmacêuticos no cuidado de idosos com cancro para melhorar a gestão de medicamentos e a administração de vacinação.	Doentes com ≥ 65 anos com cancro de mama, gastrointestinal ou de pulmão em quimioterapia de 1ª linha para intervenção farmacêutica ou tratamento controlo. O grupo de intervenção recebeu a visita do farmacêutico 1 vez durante a 2ª ou 3ª sessão. Recolheram informações sobre os medicamentos e vacinações dos doentes e elaboraram um relatório para se comparar com os registos padrão consultados no prontuário eletrónico no início do tratamento e na semana 4.	De 17/01/2017 a 27/10/2017, recrutaram aleatoriamente 60 doentes. Na semana 4, os doentes de intervenção tiveram taxas mais altas de aquisição de vacinas para pneumonia (27,6% vs. 0,0%) e influenza (27,6% vs. 0,0%) em comparação com o tratamento habitual. Os doentes com intervenção tinham menos medicamentos discrepantes (5,82 vs. 8,07) e potencialmente inapropriados (3,46 vs. 4,80) na semana 4, embora as diferenças não fossem significativas.	Integrar farmacêuticos no cuidado de idosos com cancro é viável com o incentivo à eficácia preliminar para melhorar a gestão de medicamentos e melhorar as taxas de vacinação.

Educação e Formação dos Doentes							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Cochran et al., 2019) USA	Estudo experimental	Não descrito	32	Avaliar a aceitabilidade e viabilidade da Terapia Motivacional de Intervenção da Gestão de Medicamentos .	Dois grupos de doentes (Intervenção e Controlo) em 2 farmácias comunitárias. Os doentes foram analisados quanto ao uso indevido de opióides prescritos. Os participantes foram designados para aconselhamento de medicação habitual ou Breve Terapia Motivacional de Intervenção de Gestão de Medicamentos (8 semanas). As avaliações ocorreram no início do estudo, após 2 e 3 meses.	32 participantes elegidos completaram a sessão com o farmacêutico e uma média de 7 sessões de acompanhamento. Os destinatários indicaram $\geq 4,2$ (máximo de 5) nível de satisfação com a sessão conduzida pelo farmacêutico e 92,4% estavam satisfeitos com as sessões de acompanhamento. Em comparação com o aconselhamento habitual em 3 meses, os destinatários da Breve Terapia Motivacional de Intervenção de Gestão de Medicamentos relataram maiores melhorias no uso indevido de opióides.	Os resultados incluíram viabilidade, aceitabilidade e mitigação do uso indevido de medicamentos opióides.

Educação e Formação dos Doentes							
Citação, Ano e Local	Tipo de Estudo	Nº Prof. Saúde	Nº Doentes	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões
(Boockvaret al., 2017) USA	Estudo experimental	Não descrito	387	Determinar o efeito da troca de informações de saúde na prescrição de medicamentos para doentes hospitalizados e examinar o efeito da prescrição de informações de um grande plano de seguro farmacêutico.	Os doentes internados num hospital receberam reconciliação medicamentosa estruturada por um farmacêutico no GI ou sem (GC). O GI continha informações de prescrição dos hospitais e planos de seguro da região durante os primeiros 10 meses do estudo, mas apenas dos hospitais nos últimos 21 meses, quando as taxas de dados foram impostas pelo plano de seguro. Avaliou-se as discrepâncias entre os regimes de medicação pré-admissão e internação, e situações que incluíam RAMs e discrepâncias retificadas.	186 doentes no GI e 195 para GC. Os doentes tinham em média 60 anos e tomavam em média 7 medicamentos. Não houve diferença entre intervenção e controlo no número de discrepâncias ponderadas pelo risco (6,4 vs 5,8), Reações Adversas associadas à discrepância (0,102 vs 0,092 por admissão), ou retificação das discrepâncias (0,026 vs 0,036 por oportunidade). No entanto, os doentes que receberam reconciliação de medicação com os dados disponíveis obtidos pelo seguro tiveram mais discrepâncias de medicação identificadas do que aqueles que receberam cuidados habituais (8,0 vs 5,9).	O efeito da troca de informações de saúde pode melhorar os resultados da reconciliação de medicamentos. A cobrança pelo acesso às informações sobre medicamentos interrompe esse efeito. São necessários esforços para compreender e aumentar a retificação das discrepâncias de medicamentos pelos prescritores.

2.5. Discussão

Adesão à Terapêutica

Os estudos analisados em relação à adesão à terapêutica quer na Europa (Haraminova et al., 2017; Michiels et al., 2019), quer nos EUA (Moin et al., 2019), sustentam a importância da informação dada aos utentes pelo farmacêutico como a seguir se explica.

Apesar dos resultados ainda não terem sido revelados, o estudo realizado na Eslováquia tenta provar o aumento da adesão à terapêutica através da assistência farmacêutica com lembretes diários por serviço de mensagens curtas. Do que se pode analisar, os resultados podem identificar novas possibilidades e capacidades na área da saúde com baixo custo adicional e alto valor para os doentes (Haraminova et al., 2017).

No entanto, o estudo em análise realizado em França, sobre o impacto de um programa de informação fornecido por um farmacêutico comunitário no acompanhamento de doentes diabéticos tipo 2 conclui que:

“As informações personalizadas fornecidas pelo farmacêutico aos doentes com diabetes tipo 2 não melhoraram significativamente as já altas taxas de adesão, mas foram associadas a uma diminuição significativa da hemoglobina glicada e a uma melhora no conhecimento do doente sobre o diabetes” (Michiels et al., 2019).

Esta conclusão deve-se ao facto de a taxa de adesão à terapêutica na amostra recolhida já ser demasiado elevada no início do estudo (94,8%). Uma das limitações deste estudo é o tempo de análise, apenas decorreu durante 6 meses e os resultados deste estudo tiveram como base auto questionários, podendo ser manipulados pelos participantes. Apesar de com este estudo não se comprovar uma grande diferença do papel do farmacêutico na adesão à terapêutica, verifica-se que os farmacêuticos podem dar uma contribuição positiva para o tratamento de doentes com DM2, com impacto direto no controlo glicémico, no conhecimento do doente sobre a diabetes e na qualidade da relação farmacêutico-doente. Um facto clinicamente importante, dado que 40% dos doentes diabéticos em França e em outros lugares não estão a atingir os seus objetivos com o tratamento (Michiels et al., 2019).

Outro estudo, realizado em *Los Angels* nos EUA, também sustenta a importância do papel do farmacêutico na adesão à terapêutica e na intervenção farmacêutica na prevenção de doenças crónicas, como a DM2:

“Uma intervenção de tomada de decisão partilhada em doentes com pré-diabetes liderada por farmacêuticos aumentou o envolvimento do doente em opções baseadas em evidências para a prevenção da diabetes, e foi associada a uma adesão significativamente maior do Programa de Prevenção para a Diabetes e / ou metformina em 4 meses, e perda de peso em 12 meses” (Moin et al., 2019).

A Federação Internacional Farmacêutica - FIP defende a intervenção dos farmacêuticos na promoção da adesão à terapêutica nos idosos com doenças crónicas. O papel dos farmacêuticos é fundamental no acompanhamento e no aumento da adesão da população aos medicamentos, tanto a nível singular como parte integrante de uma equipa colaborativa centrada no doente. É importante desenvolver e implementar intervenções que atendam às necessidades individuais dos doentes. Embora exista uma grande quantidade de evidências para atuar com uma ampla gama de intervenções, não há ainda soluções definidas para otimizar a adesão à terapêutica (Ordem dos Farmacêuticos, 2018).

Farmácia Hospitalar

Os farmacêuticos hospitalares estão muitas vezes ativos apenas na dispensa da medicação. De modo relevante, a dispensa de medicamentos é o passo, que mais contribui para os erros relacionados com medicamentos e lesão dos doentes. Os estudos comprovam que o apoio farmacêutico deve constar desde o momento da admissão do doente na urgência hospitalar, sendo o próprio a registar a medicação habitual do doente, seguido pela verificação da prescrição do médico, passando pela dispensa dos medicamentos adequados e culminando no acompanhamento do doente após a alta hospitalar, quer por parte do farmacêutico hospitalar, quer por reencaminhamento para o farmacêutico comunitário de conveniência do doente (Daliri et al., 2019; Pevnick et al., 2018).

Um estudo realizado na Holanda, sobre um programa de cuidados de transição liderado por farmácias em problemas relacionados à medicação após a alta hospitalar, revela que:

“Os problemas relacionados com medicamentos são comuns após a hospitalização, por exemplo, quando as

alterações nos regimes de medicamentos dos doentes são acompanhadas por educação insuficiente do doente, má transferência de informações entre os prestadores de cuidados de saúde e acompanhamento pós-alta inadequados. (...) Um programa de cuidados transitórios liderado por farmácias reduziu os problemas relacionados à medicação após a alta. A pesquisa de implementação é necessária para determinar a melhor forma de incorporar essas intervenções nos processos existentes” (Daliri et al., 2019).

No entanto, pesquisas futuras são necessárias para determinar se as intervenções conduzidas pelos serviços farmacêuticos podem ser incorporadas aos processos existentes em colaboração com outros profissionais de saúde que já visitam os doentes em casa, dando o seu contributo para que não ocorram problemas relacionados com a medicação e uma melhor recuperação do doente(Daliri et al., 2019).

Num outro estudo realizado em *Los Angels* nos EUA, sobre a redução de erros na medicação dos doentes na urgência, foi constatado que se for um farmacêutico ou um técnico de farmácia a fazer esse levantamento e pedido durante a admissão do doente revela que:

“Farmacêuticos e técnicos reduziram os erros de reconciliação de medicamentos na admissão de doentes nos Serviços de Urgência Hospitalar e os erros de pedido da medicação em mais de 80%. Pesquisas futuras devem examinar outros locais e resultados centrados no doente” (Pevnick et al., 2018).

O Instituto de Medicina estima que doentes norte-americanos hospitalizados sofrem cerca de 400.000 efeitos adversos de medicamentos evitáveis anualmente. As causas mais frequentes e evitáveis são erros nos históricos de medicamentos na admissão de doentes nos Serviços de Urgência Hospitalar. No entanto, muitas organizações encontraram dificuldades na disseminação de intervenções de reconciliação de medicamentos conduzidas por farmacêuticos. A baixa aceitação de tais intervenções foi atribuída à complexidade do serviço, que afeta múltiplos fluxos de trabalho de interação, e ao custo de contratação de farmacêuticos (Pevnick et al., 2018).

Farmácia Comunitária

O papel do farmacêutico comunitário não se deve restringir aos doentes que se deslocam às farmácias. A informação e intervenção do farmacêutico comunitário em doentes

em tratamento de ambulatório é uma mais-valia. Um exemplo é o estudo realizado em Massachusetts nos EUA, sobre a intervenção de farmacêuticos comunitários no acompanhamento de doentes idosos com cancro:

“Oncologistas lutam frequentemente com a gestão de medicamentos e vacinações em adultos mais velhos com cancro. (...) Integrar farmacêuticos no cuidado de idosos com cancro é viável com o incentivo à eficácia preliminar para melhorar a gestão da medicação e melhorar as taxas de vacinação” (Nipp et al., 2019).

Neste estudo, os dados foram sugestivos que a má gestão da medicação e a falta das vacinações estão associadas a resultados clínicos prejudiciais, como aumento do risco de quedas, toxicidade do tratamento, hospitalizações e até morte. Assim, as intervenções de gestão de medicamentos e vacinações entre idosos com cancro são extremamente necessárias para melhorar a prestação de cuidados e os resultados para a população de oncologia geriátrica em rápido crescimento (Nipp et al., 2019).

Educação e Formação dos doentes

A informação sobre medicamentos é um dever de qualquer farmacêutico. O doente também tem direito às informações sobre saúde de forma gratuita. Informar e educar os doentes sobre a sua medicação traz melhores resultados em saúde. A informação centrada no doente aproxima a relação entre doentes e profissionais de saúde (Cheema et al, 2018).

Um estudo realizado em Inglaterra com o objetivo de determinar se os doentes assumem um maior controlo da doença se receberem informação escrita do farmacêutico comunitário além da verbal refere que:

“Embora o conselho por escrito fornecido por farmacêuticos comunitários em comparação ao conselho verbal tenha sido mais eficaz para melhorar o conhecimento e a compreensão dos doentes sobre hipertensão e o seu tratamento, não levou a um melhor controlo da pressão arterial” (Cheema, et al., 2018).

Este estudo teve como limitação o n.º reduzido de participantes. Apenas foram considerados 25 participantes para redigir resultados fidedignos do grupo de intervenção vs. 31 participantes do grupo de controlo (Cheema et al, 2018).

Outro estudo realizado em Pittsburgh nos EUA, avaliou a aceitabilidade e viabilidade da Terapia Motivacional de Intervenção da Gestão de Medicamentos, por acompanhamento farmacêutico na mitigação do uso de opioides e concluiu-o que: o aconselhamento dado pelo farmacêutico durante 7 sessões de acompanhamento atenuou o uso indevido de opioides; medicamentos que representam uma ameaça letal à saúde do doente, caso não sejam bem geridos para os fins a que se destinam (Cheema et al, 2018).

Nos EUA, é requisito que nos Centros de Serviços Medicaid e Medicare os farmacêuticos que dispensam receitas prestem informações sobre todos os medicamentos e aconselhamento aos doentes. Os Centros de Serviços Medicaid e Medicare na Pensilvânia exigem que os farmacêuticos ofereçam aconselhamento relacionado com a medicação, documentem o aconselhamento oferecido, documentem a recusa do doente ao aconselhamento, discutam as possíveis substituições genéricas e forneçam informações sobre o medicamento.

Boockvar et al. (2017) com o objetivo de determinar o efeito da troca de informações na prescrição de medicamentos para doentes hospitalizados, e examinar o efeito da prescrição de informações de um grande plano de seguro farmacêutico nos EUA conclui que:

“O efeito da troca de informações de saúde pode melhorar os resultados da reconciliação de medicamentos. A cobrança pelo acesso às informações sobre medicamentos interrompe esse efeito. São necessários esforços para compreender e aumentar a retificação das discrepâncias de medicamentos pelos prescritores” (Boockvar et al., 2017).

A troca de informações de saúde aumentou o impacto da reconciliação correta de medicamentos, diminuindo discrepâncias entre os regimes de medicação pré-admissão e internação e a possibilidade de reações adversas. Este estudo também revelou uma experiência natural (não planeada): as informações sobre medicamentos prescritos estavam disponíveis tanto para profissionais de saúde quanto para o plano de seguro de farmácia durante os primeiros 10 meses do estudo, mas apenas para os profissionais de saúde nos últimos 21 meses, quando as taxas para acesso a dados foram impostas pelo plano de seguro (Boockvar et al., 2017).

Revisões Terapêuticas de Reações Adversas

Na Holanda, foi levado a cabo um inquérito para determinar se houve mudanças em relação às reações adversas manifestadas pelo doente antes e depois da revisão conduzida por farmacêuticos comunitários em comparação com o tratamento habitual. Neste estudo é referido que:

“O inquérito forneceu informações significativas sobre reações adversas a medicamentos em revisões clínicas de medicamentos, no entanto, o número de sintomas associados a medicamentos não foi reduzido pela realização de revisões clínicas de medicamentos em comparação com o tratamento habitual”(Schoenmakers et al., 2018).

Outras pesquisas com um maior número de doentes são necessárias para investigar os fatores que podem facilitar o uso de inquéritos específicos como ferramenta para lidar de forma efetiva com as reações adversas a medicamentos em ambulatório.

Infelizmente, as reações adversas relacionadas a medicamentos nos cuidados primários de saúde, representam uma importante causa de internações hospitalares, morbilidade e mortalidade. Estes eventos adversos podem ser consequência de doentes que experimentam reações adversas a medicamentos (geralmente não evitáveis) ou podem ser devido a erros de medicação (geralmente evitáveis)(Khalil et al., 2017).

2.6. Limitações

Foi revisto um número limitado de estudos e de palavras-chave. Os estudos não abrangeram todos os Países da União Europeia. Os estudos foram selecionados por conveniência, i.e., não foram analisados todos os artigos publicados no período de 2016 a 2020. Apenas foi consultada uma base: *PubMed*, o que limita o acesso a uma maior diversidade de estudos. Idealmente, deviam ter sido consultadas outras bases como, por exemplo: a SciELO⁸, Scopus⁹ ou B-On¹⁰.

⁸<https://scielo.org/>

⁹<https://www.scopus.com/home.uri>

¹⁰<https://www.b-on.pt/>

2.7. Conclusões

Os estudos identificados por conveniência na *PubMed* (2016 a 2020) são indicativos que, quer nos EUA, quer na Europa (mais concretamente em alguns Países da União Europeia), a comunicação entre o farmacêutico comunitário ou hospitalar e os doentes é fulcral para: assegurar a eficácia e segurança do tratamento (e.g. diminuir possíveis reações adversas de medicamentos ou contribuir para a mitigação do uso de opioides), aumentar ou assegurar a adesão à terapêutica, melhorar os resultados em saúde (e.g., melhores resultados de hemoglobina glicada no caso dos doentes diabéticos tipo 2), melhorar os conhecimentos dos doentes sobre as suas patologias, informar os doentes sobre as terapêuticas e tratamentos de modo gratuito (e.g., através de comunicação oral ou escrita), viabilizar o acompanhamento dos doentes após alta hospitalar a nível ambulatório (e.g. doentes geriátricos com neoplasias) e/ou evitar erros de medicação (e.g. ao nível das urgências hospitalares, nomeadamente nos serviços associados à reconciliação terapêutica).

Em geral, os estudos identificados foram indicativos de melhoria de «outcomes» clínicos (e.g. perda de peso ou adesão à terapêutica), maior envolvimento do doente e incremento da sua compreensão sobre a terapêutica, bem como na prevenção e monitorização de doenças. Refere-se ainda que os farmacêuticos contribuem para o aumento das taxas de vacinação em prol do utente. Os estudos analisados suportam ainda que as Reações Adversas Evitáveis podem ser diminuídas. O acompanhamento do farmacêutico, a troca de informação que fornece, deve ser ainda mais estratégica e em cooperação com os outros prestadores de saúde, centrando-se no doente para alcançar ganhos em saúde.

Pontualmente, foram observadas práticas mais exaustivas ao nível dos EUA comparativamente a Portugal, nomeadamente no que concerne à obrigatoriedade de os Centros de Serviços Medicaid e Medicare na Pensilvânia. Estes centros, além de exigirem que o farmacêutico ofereça aconselhamento relacionado com a medicação, discuta as possíveis substituições genéricas e forneça informações sobre o medicamento, também exigem que os farmacêuticos documentem o aconselhamento oferecido ou a recusa do doente a esse aconselhamento. No entanto, a documentação do aconselhamento oferecido ou da recusa a esse aconselhamento, não se verifica, por exemplo no caso Português, o que se pressupõe que iria melhorar a qualidade dos serviços farmacêuticos no nosso País. Nesse sentido, são recomendados mais estudos sobre a presente temática.

3. Capítulo II: Portais ou Websites com informação para o doente: exemplos de casos práticos em Portugal e nos EUA

3.1. Introdução

Numa era de ampla disponibilidade da «internet», estima-se que aproximadamente 90% da população dos EUA tenha acesso à «internet», traduzindo-se em mais de 8 milhões de americanos à procura de informações relacionadas com saúde por dia. Apenas um terço desses utilizadores discute essas informações com os seus profissionais de saúde. Além disso, 53% dos utilizadores relatam que as informações obtidas tiveram um impacto em como eles cuidam de si próprios ou de outras pessoas. Razões que levam a esse “empoderamento” por parte dos utentes, é o fato de que mais de três quartos dos americanos possuem um «smartphone» e terem acesso à «internet» na ponta dos dedos. Assim, é de extrema importância definir, não só a literacia em saúde, mas também e-literacia em saúde nesta era. Por exemplo, o conceito de e-literacia em saúde pode ser definido como: "um conjunto de habilidades e conhecimentos essenciais para conseguir interações produtivas com ferramentas de saúde baseadas em tecnologia" (Abu-Heija et al, 2019).

Na União Europeia, 64% dos inquiridos (com idade entre os 16 e 74 anos), que habitam com crianças com menos de 16 anos, detinham um nível de literacia digital básico ou acima do básico, com apenas 28% dos indivíduos a demonstrarem um nível de baixa literacia digital nestas condições. A proporção de indivíduos que vivem numa família sem filhos com aptidões digitais básicas ou acima de básica é de 53%. Portugal encontra-se acima da média da União Europeia, onde 67% das famílias com crianças com menos de 16 anos mostram um nível de literacia digital básica ou acima de básica (Anacom, 2020).

A legibilidade da informação também é fundamental, pois o aumento da legibilidade correlaciona-se com o aumento da compreensão (Abu-Heija et al, 2019). Um outro aspeto, é que avanços na informação e na tecnologia de comunicação transformaram a forma como a educação em saúde pode ser fornecida/veiculada. A população utiliza cada vez mais a «internet» para ler sobre informações relacionadas com a saúde, especialmente jovens e mulheres grávidas (Carlsson & Axelsson, 2017; Riley, 2017). Esse uso cada vez maior da «internet» para procurar informações tornou possível aos doentes complementarem os seus

conhecimentos sobre condições médicas de uma forma que não teria sido possível antes da era da «internet» (Priyanka, Hadi & Reynolds, 2018).

A «internet» é vista como uma fonte importante de informações relacionadas com a saúde e os doentes utilizam este recurso antes e depois das consultas com os seus profissionais de saúde. Antes da consulta, os utentes procuram informação para gerir a sua situação de saúde e/ou decidir se precisam ou não de ajuda profissional. Após a consulta, os utentes procuram informação para se sentirem seguros, nomeadamente para consultarem informações complementares ou para confirmarem/esclarecerem situações com os quais ficaram insatisfeitos ou em dúvida durante a consulta com os profissionais de saúde (Carlsson & Axelsson, 2017).

Na última década, os conteúdos da «internet» tornaram-se um método popular de educação para os doentes e para as suas famílias. Estudos têm demonstrado que os doentes que procuram informações sobre saúde na «internet» descobrem que é um recurso útil que os ajuda a compreender melhor a sua doença, as opções disponíveis de tratamento e o prognóstico (Tikka et al., 2016).

As necessidades dos doentes por informações sobre saúde, tendencialmente aumentam à medida que detêm mais conhecimentos nesta área. Isto pode influenciar as suas atitudes em relação a tratamentos e afetar o seu relacionamento com os profissionais de saúde. Na relação médico-doente (ou com outros profissionais de saúde), a confiança é um elemento importante que afeta positivamente a comunicação, a cooperação e a concordância (Zhang et al., 2018).

Os doentes e o público em geral têm o direito de fazer as suas escolhas entre as diferentes opções de tratamento. De um modo amplo “tratamento”, pode ser definido como qualquer ação preventiva, terapêutica, reabilitadora ou paliativa destinada a melhorar a saúde ou o bem-estar de indivíduos ou comunidades (Get-it Glossary). Isso inclui, por exemplo, medicamentos, cirurgias e outros tipos de “medicina moderna”; mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares ou exercício físico, produtos fitoterápicos e outros tipos de “medicina tradicional” ou “alternativa” e intervenções de saúde pública. Um limitado número de indivíduos prefere, que as decisões sobre o que devem ou não fazer pela sua saúde sejam desinformadas (Oxman & Paulsen, 2019).

O que se constata é um problema de se encontrar demasiada informação on-line, em vez de uma quantidade limitada e compreensível de informação para o doente. Por exemplo,

uma pesquisa no Google¹¹ por “dor nas costas” produz mais de 60 milhões de resultados. Na “PubMed”¹², um motor de busca gratuito para aceder ao «Medline» e outras bases de dados mantidos pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, que inclui mais de 27 milhões de citações referenciadas, representado apenas uma parte da literatura biomédica(Oxman & Paulsen, 2019), uma pesquisa por “back pain” devolveu 64138 resultados em 20-1-2021.

Não é prático para os cidadãos usarem mecanismos/motores de busca ou bases de dados para identificarem informações relevantes, procederem à sua avaliação, interpretação ou síntese crítica dos resultados. Para que a informação seja acessível aos doentes e ao público, deve ser fácil de encontrar e deve ser claramente comunicada em linguagem simples. Os utilizadores podem limitar as suas pesquisas usando a “Álgebra de Boole”¹³, inserindo “e” entre os termos (i.e. para a condição e para o tratamento) e aspas para indicar que os termos de pesquisa estão próximos uns dos outros, por exemplo, “dor nas costas”. No entanto, é improvável que isso seja óbvio para os utilizadores principiantes (Oxman & Paulsen, 2019).

Existem vários tipos de «websites», como por exemplo portais de entidades públicas ou privadas, que visam melhorar o acesso a informações de saúde confiáveis para doentes e para público em geral (Oxman & Paulsen, 2019). Neste âmbito, deve-se ter em conta que um portal é um sítio na «internet» que serve de plataforma base para alcançar, nesse ou noutros sítios, a grande multiplicidade de informações ou de serviços categorizados em tópicos ou áreas de interesse(Priberam, 2021).

3.2. Objetivos

São objetivos do presente capítulo:

- Identificar, descrever e analisar no portal do Sistema Nacional de Saúde Português: dois «websites» com informação relevante para o doente/utente.
- Identificar, descrever e analisar no portal do “Medicaid” dos EUA: um «website» com informação relevante para o doente.

¹¹ <https://www.google.com/>

¹² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

¹³ http://webx.ubi.pt/~felippe/texts3/contr_ind_cap2.pdf

- Identificar, descrever e analisar no portal do “Medicare” dos EUA: um «website» com informação para o doente.

- Identificar, descrever e analisar na página oficial da Agência Portuguesa do Medicamento (INFARMED, I.P.), um «website»/base com informação sobre os medicamentos comercializados em Portugal.

- Identificar, descrever e analisar na página oficial da Agência Americana do Medicamento (FDA), um «website»/base com informação sobre os medicamentos comercializados nos EUA.

Os Portais aqui representados servem de ponto de partida para «websites» de organizações oficiais. Em alguns destes «websites» temos ainda acesso a bases de dados.

3.3. Métodos

A seleção dos «websites» foi efetuada por conveniência, de modo a obter exemplos de sites relevantes com informação para os doentes/cidadãos em Portugal e nos EUA.

Portal do SNS

O “Portal do SNS”¹⁴ foi o escolhido para representar a fonte de informação na «internet» fidedigna para o doente obter informações sobre saúde em Portugal. Neste portal, consta informação sobre prestadores de saúde (centros de saúde, hospitais e farmácias, de forma georreferenciada), cuidados de saúde transfronteiriços, taxas moderadoras e sobre a história e evolução do SNS.

Este portal redireciona ainda para outros sites mais específicos dependendo da informação que o utilizador pretende obter. Em destaque tem os menus com os eixos de comunicação. Os principais eixos de comunicação são: SNS, Institucional, Cidadão, Profissional, Transparência e Comunicação. No caso de se pretender aceder a informação sobre medicamentos, clica-se no eixo de comunicação do “SNS”, seguido de “Informações Úteis” e de “Pesquisa de Medicamento” que reencaminha para a página oficial do INFARMED, I.P.¹⁵. No caso de se desejar informações sobre laboratórios onde possa efetuar a testagem à atual Pandemia de “coronavírus” (COVID-19), clica-se no eixo de comunicação

¹⁴<https://www.sns.gov.pt/>

¹⁵<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>

“Cidadão”, seguido de “COVID-19 Laboratórios”, que reencaminha para a página oficial da DGS¹⁶ (SNS, 2021).

O método de pesquisa e/ou de navegação foi o mesmo para todos os portais/«websites». Este método consistiu em navegar pelos eixos de comunicação de cada página principal até se localizar o motivo da pesquisa.

Portais do Medicaid e do Medicare

Os portais do “Medicaid”¹⁷ e “Medicare”¹⁸ foram escolhidos por representarem fontes de informação na «internet» fidedignas para o doente obter informações sobre saúde nos EUA. O Centro de Serviços “Medicaid” representa uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA. Serve como ponto focal para todas as políticas e operações do programa nacional de cobertura de saúde com base estatal, para pessoas com baixos rendimentos. Em destaque tem os menus com os eixos de comunicação. No caso de o utilizador pretender aceder a informações sobre a cobertura de serviços de saúde para crianças e adolescentes, pode optar por ser reencaminhado para o «website» oficial do “insurekidsnow”¹⁹.

O portal do Medicare representa uma agência federal, sendo financiado pelos fundos fiduciários do seguro hospitalar e do seguro médico suplementar, que servem principalmente utentes com mais de 65 anos independentemente dos seus rendimentos. No caso de o utilizador pretender aceder a informações sobre a vacina do “coronavírus” (COVID-19), pode optar por um reencaminhamento para a página oficial do “Centers of Disease Control and Prevention - CDC”²⁰.

Website do INFARMED, I.P.

Em relação a bases sobre a pesquisa específica de medicamentos, o «website» do “INFARMED, I.P.”²¹ foi escolhido por representar uma fonte de informação fidedigna para o

¹⁶<https://covid19.min-saude.pt/laboratorios-referenciados/>

¹⁷<https://www.medicaid.gov/>

¹⁸<https://www.medicare.gov/>

¹⁹<https://www.insurekidsnow.gov/>

²⁰<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

²¹<https://www.infarmed.pt/>

doente obter informações sobre medicamentos em Portugal. Pelos motivos foi selecionado, o «website» do “U. S. Food and Drugs Administration – FDA²²” dos EUA.

O «website» do “INFARMED, I.P” foi construído com o objetivo de melhorar o acesso à informação sobre medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde (produtos cosméticos, dispositivos médicos não ativos, dispositivos médicos para diagnóstico «in vitro» e produtos farmacêuticos homeopáticos) com vista à proteção da saúde pública. Em destaque na página principal tem um motor de busca, que facilita ao público a pesquisa específica pelo medicamento que procura e a obtenção de toda a informação relevante acerca do mesmo. Também tem eixos de comunicação para explorar conteúdos. Ao clicar no menu de destaque “Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano”, o utilizador é reencaminhado para a base “Infomed²³”. Na “Infomed”, estão disponíveis os documentos oficiais de apoio para doentes e profissionais de saúde, bem como toda a informação de medicamentos de uso humano.

Website da FDA

O «website» da “FDA” é da responsabilidade da agência americana do medicamento (FDA). A FDA é responsável por proteger a saúde pública, garantindo a segurança, eficácia e segurança de medicamentos humanos e veterinários, produtos biológicos e dispositivos médicos, garantindo a segurança do abastecimento de alimentos, cosméticos e produtos que emitem radiações. Em destaque na página principal tem notícias e no canto superior direito o motor de busca e os eixos de comunicação. Através do menu principal, o utilizador pode selecionar a opção “Medicamentos”, seguido dos menus “Consumidores e Doentes” e “Encontrar Informação sobre Medicamentos”, o que também permite obter várias informações sobre produtos farmacêuticos. Em particular, os folhetos informativos podem ser consultados no «website» “DailyMed”²⁴.

²²<https://www.fda.gov/>

²³<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

²⁴<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/index.cfm>

3.4. Resultados

3.4.1. Portal do Sistema Nacional de Saúde Português: dois «websites» com informação relevante para o doente/utente.

3.4.1.1. «Website» DO INFARMED I.P.

Caso Prático I: Pesquisa de Informação sobre medicamentos

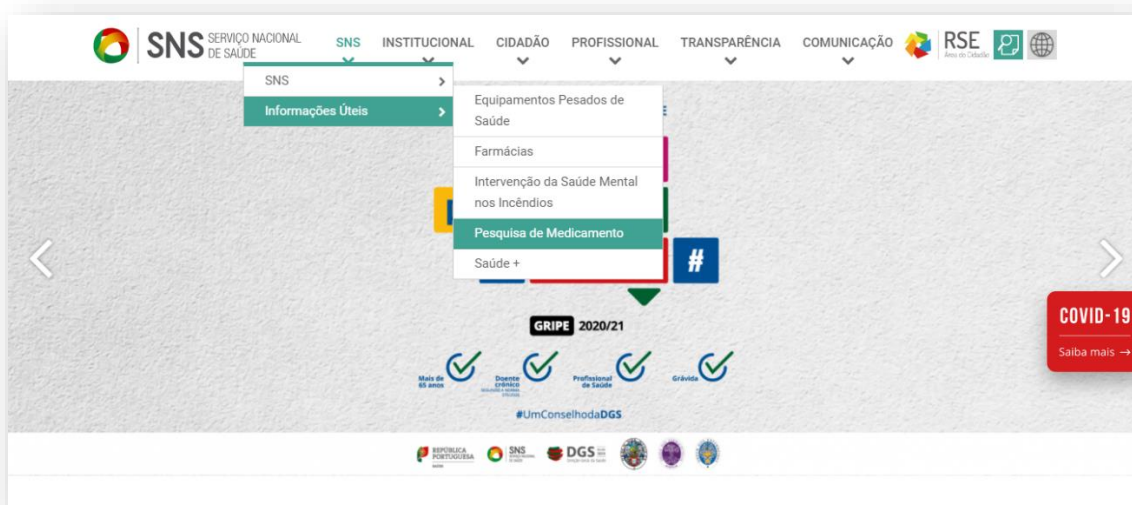


Figura 3 - «Website» do Portal do SNS (SNS, 2021)

1º - <https://www.sns.gov.pt/> (Figura 3 em cima)

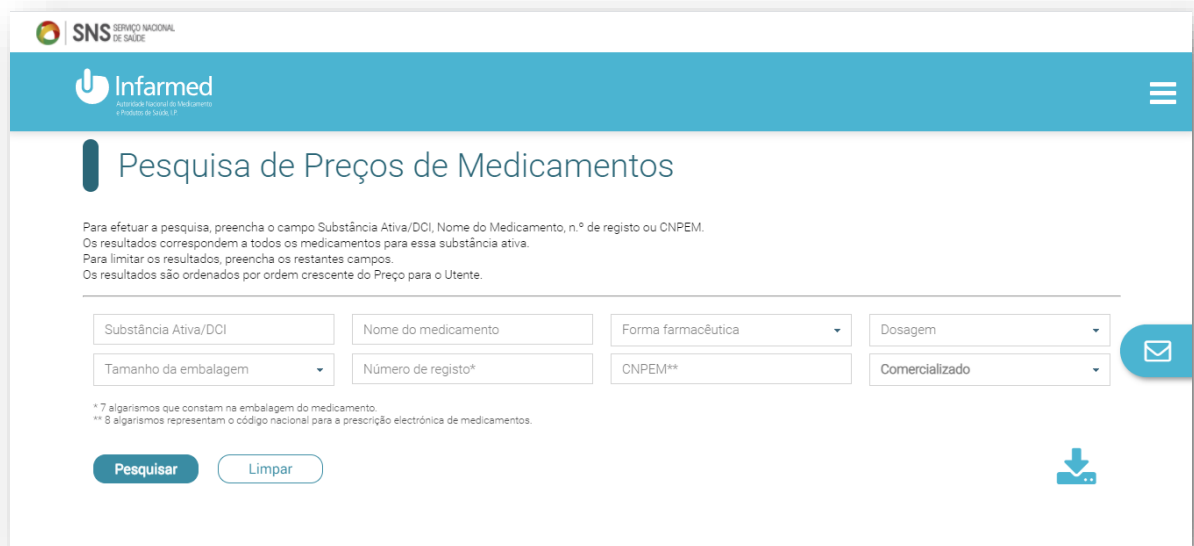
↳ Menu “SNS”

↳ “Menu Informações Úteis”

↳ Menu “Pesquisa de Medicamento” – clique (abre-se nova janela)

2º - <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>

(Figura 4, página seguinte)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Infarmed
Instituto Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, I.P.

Pesquisa de Preços de Medicamentos

Para efetuar a pesquisa, preencha o campo Substância Ativa/DCI, Nome do Medicamento, n.º de registo ou CNPEM.
Os resultados correspondem a todos os medicamentos para essa substância ativa.
Para limitar os resultados, preencha os restantes campos.
Os resultados são ordenados por ordem crescente do Preço para o Utente.

Substância Ativa/DCI Nome do medicamento Forma farmacêutica Dosagem
Tamanho da embalagem Número de registo* CNPEM** Comercializado

* 7 algarismos que constam na embalagem do medicamento.
** 8 algarismos representam o código nacional para a prescrição eletrónica de medicamentos.

Pesquisar **Limpar**

Download icon

Figura 4- «Website» INFARMED I.P. (INFARMED, 2021)

3.4.1.2. «Website» da Direção Geral de Saúde

Caso Prático II: Pesquisa de laboratórios onde possa efetuar a testagem à atual Pandemia de “coronavírus” (COVID-19)



Figura 5 - «Website» do Portal do SNS(SNS, 2021)

1º - <https://www.sns.gov.pt/> (Figura 5 página anterior)

↳ Menu “Cidadão”

↳ “COVID-19 | Laboratórios” – clique (abre-se nova janela)

2º - <https://covid19.min-saude.pt/laboratorios-referenciados/> (Figura 6 em baixo)



Figura 6- «Website» da DGS(DGS, 2021)

3.4.2. Portal do “Medicaid” dos EUA: um «website» com informação relevante para o doente.

3.4.2.1. «Website» “Insurekidsnow”

Caso Prático III: Pesquisa de Informação sobre serviços de saúde para crianças e adolescentes



Figura 7- «Website» “Medicaid” (Medicaid, 2021)

1º - <https://www.medicaid.gov/> (Figura 7 página anterior)

↳ «scroll» para o baixo até encontrar os “Sites Relacionados” – clique (abre-se nova janela)

2º <https://www.insurekidsnow.gov/> (Figura 8 em baixo)



Figura 8 - «Website» "InsureKidsNow" (InsureKidsNow, 2021)

3.4.3. Portal do “Medicare” dos EUA: um «website» com informação um site com informação para o doente

3.4.3.1. «Website» do “Centers of Disease Control and Prevention” - CDC

Caso Prático IV: Pesquisa de Informação sobre a vacina do “coronavírus” (COVID-19)



Figura 9- «Website» "Medicare" (Medicare, 2021)

1º - <https://www.medicare.gov/> (Figura 9 em cima)

- ↳ Destaque central sobre “Coronavírus” – clicar em “Saber mais” (abre-se nova janela)
- ↳ Medicare e Coronavírus com várias opções. Clicar na opção que refere “informações mais recentes sobre saúde pública e segurança do CDC e para a comunidade abrangente de médicos e provedores de saúde no COVID-19.” - abre-se nova janela

2º - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019> (Figura 10 página seguinte)

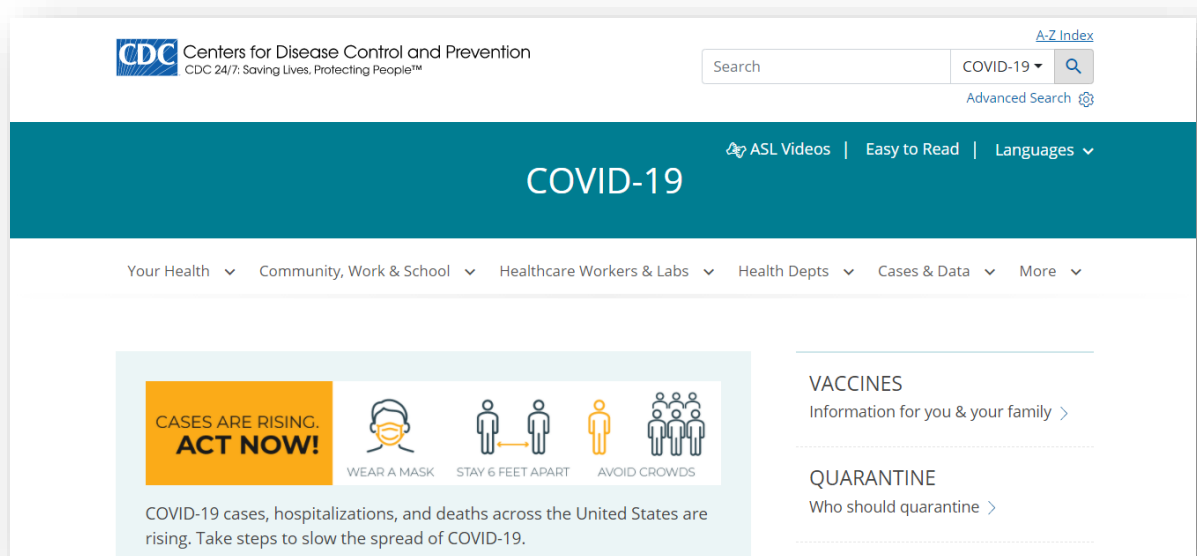


Figura 10 - «Website» do Centers for Disease Control and Prevention(CDC, 2021)

3.4.4. Página oficial da Agência Portuguesa do Medicamento (INFARMED, I.P.), um «website»/basecom informação sobre os medicamentos comercializados em Portugal

3.4.4.1. Infomed

Caso Prático V: Pesquisa de Informação sobre medicamentos de uso humano



Figura 11- «Website» Infarmed I.P. (Infarmed, 2021)

1º - <https://www.infarmed.pt/web/infarmed> (Figura 11 página anterior)

↳ «scroll» para o baixo até encontrar os “Infomed” – clique
(abre-se nova janela)

2º <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/> (Figura 12 em baixo)



Figura 12- «Website» Infomed. (Infomed, 2021)

3.4.5. Página oficial da Agência Americana do Medicamento (FDA), um «website»/base com informação sobre os medicamentos comercializados nos EUA

3.4.5.1. DailyMed

Caso Prático VI: Pesquisa de Informação materiais de apoio sobre medicamentos



Figura 13- «Website» do “U. S. Food and Drugs Administration” (FDA, 2021)

1º - <https://www.fda.gov/> (Figura 13 em cima)

- ↳ «scroll» para o baixo até encontrar os “Drogas/Medicamentos” – clique (abre-se nova janela)
- ↳ «scroll» para o baixo até encontrar os “Consumidores/Doentes” – clique (abre-se nova janela)
- ↳ clicar no Menu lateral em “Encontre Informação sobre um medicamento” – clique (abre-se nova janela)
 - ↳ «scroll» para o baixo até encontrar “Dailymed” – clique (abre-se nova janela)

2º <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/index.cfm> (Figura 14 página seguinte)

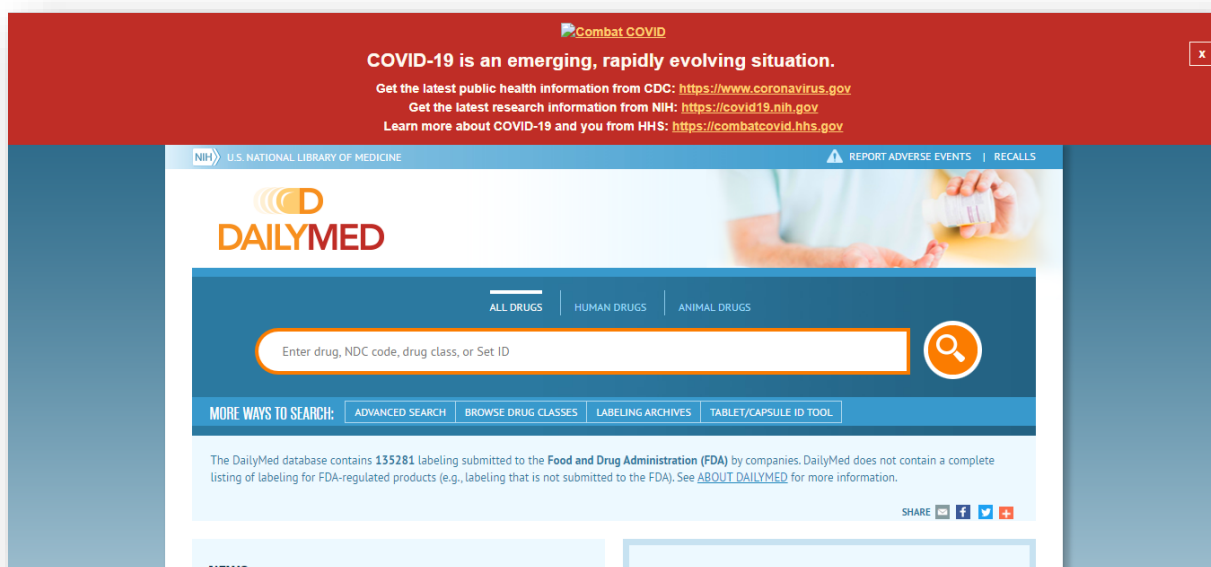


Figura 14-«Website» DailyMed (DailyMed, 2021)

3.5. Discussão

Aspetos gerais sobre «websites» de informação para o doente

A «internet» é uma fonte potencial de informações altamente acessíveis e personalizadas que transcendem os processos informacionais tradicionais. Além disso, tem o

potencial de promover a equidade e o empoderamento do doente, melhorando o conhecimento. A considerável abundância de informações disponíveis e não controladas na «internet» resulta em desorganização, o que pode levar a dificuldades de navegação e localização de informações relevantes (Carlsson & Axelsson, 2017).

O conteúdo da «internet» cresce exponencialmente a cada ano. Isso leva à sobrecarga de informações, onde é difícil para o doente determinar informações relevantes (Priyanka et al., 2018).

Estudos mostram que informações de fontes múltiplas podem levar à sobrecarga de informações, o que cria respostas psicológicas e comportamentais negativas. A sobrecarga de informações também tem implicações adversas para o bem-estar psicológico, como «stress», ansiedade pela informação, sintomas depressivos, exaustão, fadiga e afetar negativamente o bem-estar das pessoas. A sobrecarga de informações também pode reduzir a qualidade da decisão, impactando o comportamento dos doentes (Soroya et al., 2021).

Outras investigações, sobre a confiabilidade das informações de saúde, identificaram limitações importantes. Por exemplo, informações baseadas em evidências são frequentemente escritas para profissionais de saúde ou pesquisadores, ao invés de para os doentes e público, embora informações confiáveis sobre os efeitos do tratamento possam ser encontradas (Oxman & Paulsen, 2019).

Os «websites» dos sistemas de saúde e governamentais apresentam maior confiabilidade e qualidade geral. Nas consultas, os profissionais de saúde devem oferecer recomendações para termos de pesquisa apropriados, estratégias de pesquisa e «websites» de informações ao doente. Há uma necessidade de esforços sistemáticos abrangentes para estipular e atualizar continuamente as listas com tais recomendações. Os responsáveis pelo desenvolvimento destes «websites» devem certificar-se que contêm informações abrangentes, precisas e fáceis de ler (Carlsson, & Axelsson, 2017).

As informações recolhidas podem educar o público em geral e também permitem que os doentes decidam sobre a opção de tratamento preferida para sua patologia após discussão com o profissional de saúde (Tikka et al., 2016). Materiais de fácil leitura para facilitar a compreensão melhoraram a adesão e os resultados (Abu-Heija et al, 2019). Dado o papel que os materiais de educação do doente «online» desempenham no seu processo de tomada de decisão e no acompanhamento dos profissionais de saúde, deve-se dar maior ênfase à legibilidade e compreensão dos materiais de educação «online» (Abu-Heija et al, 2019). A

informação encontrada na «internet» nunca deve ser considerada como substituto adequado do conselho de um profissional de saúde qualificado (Abu-Heijja et al, 2019).

Os doentes e o público têm dificuldade em pesquisar na «internet» por informações confiáveis, e não conseguem avaliar criticamente as informações que encontram (Oxman & Paulsen, 2019). É possível concluir que existe necessidade de esforços para ajudar os doentes a identificarem informações de alta qualidade (Carlsson & Axelsson, 2017).

Observações sobre a atual crise pandémica

Na situação atual, a rápida disseminação da nova doença “coronavírus” (COVID-19) interrompeu a vida em todo o mundo, enquanto enfrentamos a pandemia, uma quantidade excessiva de informações está disponível em diferentes fontes/canais de informação. Os governos usaram a televisão, a rádio, jornais e revistas bem como a «internet» para mobilizar a comunidade e transmitir medidas de precaução às pessoas, informando-as sobre as medidas e canais de apoio. De acordo com “Statista”²⁵, em primeiro lugar, as pessoas que desejam aprender sobre o “coronavírus” (COVID-19) selecionaram fontes de informação tradicionais, como a televisão e rádio, jornais e revistas. Ao procurar informações «online», consultaram «websites» oficiais, como o governo ou entidades como a OMS (Soroya et al., 2021).

Aspetos gerais sobre os «websites» avaliados neste estudo

Através da pesquisa efetuada é possível referir que todos os «Websites» avaliados nesta investigação são acessíveis. Estão disponíveis para consulta 24h por dia, 365 dias por ano de maneira gratuita, a partir de qualquer localização no mundo. Todos os «websites» visitados são fontes oficiais de informação em saúde por parte das entidades reguladoras da saúde e do governo, tornando a informação consultada atual, fidedigna e segura. Uma potencial desvantagem relacionada com a consulta de informação online ou concretização de atos em «websites» são as questões de cibersegurança ou de confidencialidade.

Um outro aspeto, relaciona-se com o facto de ao contrário dos EUA, grande parte da população portuguesa ser envelhecida e de baixa escolaridade, o que faz com que previsivelmente não utilizem com grande frequência os meios tecnológicos avançados para

²⁵<https://www.statista.com/>

efetuarem pesquisas sobre saúde ou de resolverem problemas relacionados com atos médicos online (e.g. marcação de consultas) (Sapo, 2020).

Portal do SNS

O Portal do SNS além de rápido acesso, aparenta ter elevada usabilidade, pois a disposição dos conteúdos está intuitiva, bem estruturada e organizada. O utilizador nem precisa recorrer a um motor de busca para encontrar o que procura, basta navegar nos eixos de comunicação. Mesmo sendo uma plataforma que aborda vários temas aparenta estar muito bem conseguida. A linguagem utilizada é simples e de fácil compreensão.

Portal do INFARMED, I.P.

O portal do “INFARMED, I.P.” tem rápido acesso. No entanto, considerou-se que a disposição dos conteúdos podia estar mais apelativa e que a usabilidade deste site podia ser melhorada. Por exemplo, na primeira página está em destaque um motor de busca, que abre várias opções de informação, podendo gerar confusão no utilizador. A linguagem utilizada é mais técnica, pelo que se pressupõe que o «website» esteja mais bem preparado para satisfazer a pesquisa de profissionais de saúde do que de utentes. De um modo positivo, se o utilizador optar por navegar na página principal (ao invés de no motor de busca principal) irá encontrar vários ícones que podem ir de encontro à sua pesquisa de um modo mais imediato.

Infomed

Por outro lado, se o utilizador na procura de informação sobre material de apoio sobre medicamentos, conseguir chegar ao «website» do “Infomed” (base de medicamentos do INFARMED, I.P.), provavelmente vai conseguir identificar informações sobre os medicamentos de uso humano (e.g., sobre os folhetos informativos). Ou seja, considera-se que a localização da “Infomed” podia estar mais acessível. Positivamente, a “Infomed” parece estar bem estruturado, intuitiva, apelativa e ter uma linguagem simples, no entanto, apenas estudos de usabilidade com doentes poderiam confirmar (ou não) sobre esta situação.

Portal da DGS

Considerou-se o portal da DGS muito semelhante ao Portal do SNS. Assim, todas as avaliações acima referidas aplicam-se neste caso.

Portais do “Medicaid” e do “Medicare” vs. Portal do SNS e da DGS

Aparentemente, os «websites» do “Medicaid” e do “Medicare” em comparação com os Portais do SNS e do DGS parecem ser menos intuitivos, menos explícitos e menos fáceis de navegar. São plataformas que abordam muitos temas. As elações retiradas desta investigação, também podem estar afetadas pela barreira linguística, apesar do filtro de tradução para português ter sido aplicado. Estão muito carregados de informação e quanto mais se navega nestes «websites», mais hipóteses existem por explorar. Os conteúdos parecem não estar bem sintetizados. Pelos motivos aqui apontados, considerou-se que os portais “Medicaid” e do “Medicare” aparentam ter baixa usabilidade comparativamente ao portal do SNS e da DGS, apesar de serem muito completos em conteúdo descritivo.

“InsureKidNow” e “Centers for Disease and Control and Prevention”

Tanto o «website» do “InsureKidNow” como do “Centers for Disease and Control and Prevention” aparentemente são intuitivos, fáceis de navegar, bem como estruturados, com destaques oportunos e que dão informações precisas e simples. No caso do “InsureKidNow” aborda um tema em específico, pelo que se considerou mais fácil de se conseguirem resultados claros. No caso do “Centers for Disease and Control and Prevention”, embora aborde vários temas, também parece estar bem organizado e o conteúdo e a linguagem aparenta ser simples e de fácil compreensão.

3.6. Conclusão

Quer em Portugal, quer nos EUA é possível identificar portais com informação para o doente e bases de dados sobre medicamentos. Esta situação, reflete a preocupação das entidades públicas e governativas em divulgar conhecimentos fidedignos on-line, como forma

de tornar as informações em saúde mais acessíveis para os cidadãos e doentes ou de simplificar a burocracia dos serviços públicos.

Em ambos os Países em análise, foi possível reconhecer potenciais problemas de usabilidade nos portais e bases em estudo, o que é indicativo que este tipo de «websites» ou de bases pode ser potencialmente otimizado.

3.7. Limitações

A barreira linguística ao aceder a certos «websites» internacionais, mesmo com recurso a filtros de tradução, também pode ter influenciado na avaliação dos mesmos. O número de portais e bases analisado foi limitado. O único País Europeu em análise foi Portugal. A avaliação da usabilidade dos sites foi apenas efetuada com base em critérios qualitativos e subjetivos. Ou seja, não foram desenvolvidos estudos de usabilidade com a participação de cidadãos ou de doentes de vários níveis de literacia, diferentes patologias (e.g. diabéticos ou hipertensos) ou de diversas faixas etárias (e.g. adolescentes ou doentes em idade geriátrica). Não foram realizados questionários sobre a frequência de utilização destes portais e/ou bases, nem até que ponto a consulta destes sites pode (ou não) colocar em risco os doentes. Deste modo, recomenda-se estudos futuros que preconizem este tipo de avaliações, nos EUA e em diversos Países Europeus, incluindo Portugal.

Discussão

Aspetos de demográficos

Em termos demográficos, os EUA têm trinta vezes mais população do que Portugal, mas a taxa de mortalidade é inferior, sendo este um dos motivos pelos quais a população dos Estados Unidos da América está a aumentar e a população portuguesa a diminuir (dados relativos a 2019). Além disso, em 2019, a taxa de natalidade também foi superior nos EUA em relação a Portugal (Our World in Data, 2021).

Outro facto importante é que a população portuguesa é maioritariamente envelhecida, com mais de 65 anos, opostamente aos EUA onde a maior parte da população tem idades entre os 25 e os 29 anos. No entanto, apesar da taxa de natalidade ser superior nos EUA, a esperança média de vida é maior em Portugal. Em 2019, a esperança média de vida nos EUA era de 78,9 anos comparativamente a 82 anos em Portugal (Our World in Data, 2021).

Sistemas de Saúde

No que diz respeito à área da saúde, Portugal tem um sistema de saúde que garante o acesso de todos os cidadãos, portugueses ou estrangeiros, seja qual for a sua condição económica e social a cuidados de saúde tendencialmente gratuitos. O Sistema de saúde português é financiado maioritariamente pelo Estado através de impostos ou de taxas pagas pelos cidadãos (SNS, 2020a).

Já os EUA não têm um sistema de saúde uniforme. O governo tem um papel menor no financiamento geral da saúde. O acesso à saúde não é fácil, é injusto, superespecializado e dispendioso. Funciona por meio de seguros, sendo que os mais acessíveis são os planos «Medicare» e «Medicaid». O plano «Medicare» engloba indivíduos com mais de 65 anos e populações especiais (e.g. deficientes, indivíduos em diálise). Os doentes pagam parte dos custos por meio de franquias e a elegibilidade para o «Medicare» não tem nada a ver com o nível de rendimento. O plano «Medicaid» engloba indivíduos com baixos rendimentos de todas as idades e é administrado pelos governos estaduais. Dependendo do Estado, os doentes

podem ter as despesas de saúde totalmente cobertas ou podem ter de efetuar um copagamento(HHS, 2015).

Tudo leva a crer que este é um dos motivos para que os EUA tenham uma esperança média de vida mais baixa em relação a outros países desenvolvidos, porque o acesso da população aos cuidados de saúde primários e especializados não é gratuito nem acessível a todos. Por exemplo, em 2019 a esperança média de vida em Portugal (82 anos) era superior à dos EUA (78,9 anos) (Our World in Data, 2021).

Caracterização do perfil da informação ao doente nos EUA e na Europa: o caso Português

No sentido, de responder à questão de investigação são aqui apresentadas as seguintes secções: informação ao doente, informação ao doente vs. literacia, informação ao doente vs. informações digitais, informação ao doente vs. profissionais de saúde, informação ao doente vs. papel do farmacêutico, informação ao doente vs. farmacêutico hospitalar, estudos de informação ao doente: Europa vs. EUA, informação ao doente: o caso dos portais e informação ao doente: COVID-2019.

Informação ao doente

As orientações da Organização Mundial de Saúde no que diz respeito à qualidade da prestação de cuidados, enfatizam medidas mais centradas no doente para aumentar assim a sua segurança, nomeadamente a comunicação com o doente (OMS, 2021). Assim, a informação ao doente seja na Europa, seja nos EUA, é um direito fundamental e uma mais-valia em qualquer situação. O direito à informação adquire particular importância em situação de doença. A abrangência do assunto levou a incluir nesta abordagem aspetos relacionados com a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e a comunicação entre profissionais de saúde de diferentes classes (SNS, 2018). O doente quando não se vê esclarecido pelos profissionais de saúde recorre a outras fontes de informação colocando a sua saúde em risco(Carlsson, T. & Axelsson, O., 2017).

Os maiores obstáculos encontrados, além da falta de comunicação entre os profissionais de saúde que acompanham o seu tratamento, são a qualidade da informação que

chega aos doentes e a insatisfação dos mesmos, fazendo com que estes tentem obter mais informação sem terem orientação prévia para tal(Carlsson & Axelsson, 2017).

Informação ao doente vs. Literacia

Com a evolução das tecnologias e o aumento da literacia entre a população mundial, os indivíduos procuram cada vez mais por informação para entenderem a sua condição de saúde, assumirem o controlo e tornarem-se donos das suas opções(Carlsson & Axelsson, 2017).A maior barreira que encontram é que a informação obtida não é de qualidade ou de fácil compreensão(Abu-Heija et al, 2019).

Como revelado no início deste estudo, na União Europeia, cerca de um terço da população apresenta níveis insuficientes de literacia em saúde (e.g.5 em cada 10 Portugueses mais especificamente tem um baixo nível de literacia em saúde no ano de 2019)(DGS, 2019; Moreira, 2018).Portugal também tem taxas de abandono escolar precoce a rondar os 17%(Eurostat, 2015).Estes resultados são indicativos que provavelmente Portugal ainda não reúne as características para ter uma população emancipada na busca de informações de saúde, a não ser, que as mesmas sejam tratadas e adequadas para o público-alvo de modo a superar estas limitações. A par disso, a DGS criou a Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar e está a pôr em prática planos de ação para melhorar a literacia em saúde em Portugal(DESPACHO conjunto nº 3028/2018).

Nos EUA, os níveis insuficientes de literacia em saúde não variam muito da Europa, abrangendo cerca de 36% da população.(Visscher et al., 2018).À semelhança do esforço da DGS em Portugal, nos EUA, a CHCS criou fichas técnicas para ajudar os profissionais de saúde a transmitirem a informação de forma adequada aos limites da população (Mahadevan, 2013).

Informação ao doente vs. informações digitais

A fonte de informação em maior crescimento é a digital, sendo que se deve apostar no seu desenvolvimento através de ferramentas seguras, disponíveis, que confirmam um maior acesso por parte do doente de forma mais confortável, podendo os indivíduos permanecer em casa, especialmente durante a crise pandémica do COVID-2019 (Centro Nacional de TeleSaúde [CNTS], 2020).

Nos dias de hoje, grande parte dos indivíduos quando se sente doente, em primeiro lugar procura informação de sinais e sintomas na busca de um diagnóstico que o faça tomar o passo seguinte. Esta busca pela informação é feita pelo próprio, seja através da literatura disponível, ou se for tecnologicamente apto, através da «internet» (Abu-Heijja et al, 2019). No caso dos cidadãos com baixos níveis de escolaridade, ou quando não têm acesso tecnológico, é mais comum procurarem logo ajuda profissional (Espanha & Ávila, 2016).

Após a busca de informações de saúde, muitas vezes inapropriada, o indivíduo sente necessidade de obter uma maior segurança sobre o seu estado, procurando assim ajuda profissional (Carlsson & Axelsson, 2017).

Informação ao doente vs. profissionais de saúde

Em Portugal, como cerca de 21% da população tem mais de 65 anos, o médico e o farmacêutico ainda são os meios de informação mais procurados para obtenção de informação. A partir deste momento inicia-se uma cadeia de comunicação, cadeia essa que pela análise deste estudo percebemos que muitas vezes se quebra, sendo o principal motivo de transtorno para o doente o seu bem-estar (Espanha & Ávila, 2016).

Muitas das vezes o doente procura o farmacêutico comunitário em primeiro lugar em busca de ajuda (por ser mais acessível). O farmacêutico comunitário disponibiliza o seu aconselhamento gratuito em relação à situação, reencaminhado para o médico sempre que assim se justificar. O doente em seguida consulta o médico, absorve a informação que este lhe dá e muitas vezes não fica bem esclarecido. Segue com o tratamento prescrito de novo para o farmacêutico comunitário que lhe dá explicações sobre o tratamento. Este aconselhamento poderia ser mais direcionado se o farmacêutico tivesse mais informação sobre o historial do doente. É aqui que acaba na maior parte das vezes a cadeia de comunicação com o doente. Tanto o médico, como o farmacêutico, como os outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento do doente tendencialmente não interagem entre si e não fazem o acompanhamento do doente até à fase de conclusão (Zhang et al., 2018).

Nos EUA, o cenário é semelhante, conforme indicado nos estudos da Tabela 2. Integrar farmacêuticos nos cuidados ao doente aumenta o envolvimento do doente na terapia (Moin et al., 2019; Nipp et al., 2019).

De um modo geral, em Portugal, na União Europeia ou nos EUA, o cenário idílico seria que todos os profissionais de saúde estivessem a par da situação do doente, comunicassem entre si para uma melhor solução de saúde para aquele doente em particular, unissem esforços e meios para acompanhar o doente até obterem os melhores resultados(OMS, 2020b).

Pelo que podemos constatar, este cenário não é um padrão, não por falta de reconhecimento da situação, mas por falta de procedimentos, meios materiais e humanos, sistemas e tecnologias de comunicação e capacidade de liderança organizacional entre os profissionais de saúde e o doente (OMS, 2020b).

Informação ao doente vs. papel do farmacêutico

O papel do farmacêutico assenta sobre as mesmas bases quer na União Europeia, quer nos EUA, tendo em conta os mesmos deveres e responsabilidades. Em Portugal a Ordem dos Farmacêuticos dita as boas práticas a nível nacional e nos EUA a prática farmacêutica é regulamentada por conselhos estaduais variando muito de estado para estado (Goode et al., 2019; Ordem dos Farmacêuticos, 2020).

Nos EUA, existe uma Associação Nacional dos Conselhos de Farmácia (NABP) que apoia e trabalha com os conselhos estaduais de farmácia para proteger a saúde pública. (NABP], 2020)O código de ética tem de ser cumprido a nível nacional e é determinado pela Associação Americana de Saúde Pública – APhA (APhA, 2020a).Nos EUA os farmacêuticos comunitários têm implementado as consultas farmacêuticas, tendo um impacto positivo na adesão ao tratamento e diminuindo assim as readmissões hospitalares(Goode et al., 2019). O farmacêutico comunitário por ser um profissional de saúde mais acessível pode melhorar o seu desempenho no acompanhamento do doente, fornecendo para além dos conselhos técnicos sobre a medicação, materiais educacionais de apoio aos doentes e ensinando os doentes a consultarem fontes corretas e obterem a melhor qualidade de informação sobre a sua saúde(CHCS, 2013).

Informação ao doente vs. farmacêutico hospitalar

O farmacêutico hospitalar, deve impor os seus conhecimentos e lutar ativamente para acompanhar o doente desde a admissão hospitalar. Muitos erros relacionados com a medicação podem ser evitados se for o farmacêutico hospitalar a recolher o historial de medicação do utente aquando da admissão hospitalar. Assim, após a prescrição da medicação hospitalar pelo médico, pode observar em conformidade se tudo está de acordo ou não. As alterações e revisões da medicação do doente devem ser revistas pelo médico e pelo farmacêutico durante o internamento e no momento da alta hospitalar. No momento da alta hospitalar é fulcral o aconselhamento do farmacêutico, para garantir que o doente segue bem todas as instruções de toma da sua medicação. O farmacêutico hospitalar após a alta do doente, deve ainda sugerir que o doente entre em contacto se surgirem dúvidas, ou reencaminhar o doente para acompanhamento com o farmacêutico comunitário (Daliri et al., 2019; Pevnick et al., 2018).

Nos EUA o farmacêutico hospitalar além de contactar com os médicos, dispensar medicamentos e estar envolvido no atendimento direto ao público, também faz rondas no hospital com o médico ou equipas de saúde, encontrando-se assim, mais integrado com o doente enquanto profissional de saúde (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020a).

Em Portugal e na União Europeia, o farmacêutico hospitalar também tem maior oportunidade de interagir com o médico prescritor, tendo a possibilidade de contactar de modo mais estreito com o corpo clínico e com os doentes, além da dispensa e da monitorização da medicação (OMS, 2019).

Estudos de informação ao doente: Europa vs. EUA

Em relação aos estudos analisados de informação ao doente na Europa, mais concretamente em alguns Países da União Europeia e nos Estados Unidos da América, ambos sustentam as mesmas teorias. Em ambos os casos, os estudos comprovam a importância do papel do farmacêutico na adesão à terapêutica, na gestão das precauções e contraindicações e na intervenção farmacêutica na prevenção de doenças crónicas (Haramiova et al., 2017; Michiels et al., 2019). Os estudos em análise sustentam ainda que a revisão de medicamentos conduzida por farmacêuticos diminui o surgimento de reações adversas durante o tratamento,

sendo estas uma importante causa de internamentos hospitalares, morbilidade e mortalidade(Cabañas & Gorgas, 2020; McNeely, 2017).

Em relação ao farmacêutico hospitalar, mais uma vez se sustenta que é uma mais-valia no acompanhamento do doente desde a admissão hospitalar até ao momento da alta, evitando assim, consequências graves para a saúde dos doentes causadas por erros relacionados com medicamentos(Daliri et al., 2019; Pevnick et al., 2018). Também é unânime que as farmácias comunitárias têm um papel fundamental não só na dispensa de medicamentos, mas também no acompanhamento do doente. O farmacêutico comunitário deve informar o doente acerca do seu tratamento de forma a obter melhores resultados em saúde(Nipp et al., 2019).

Como já foi referido anteriormente, a informação sobre medicamentos é um dever de qualquer farmacêutico e o doente tem direito às informações sobre saúde de forma gratuita(OM, 2020). É de ressaltar que nos EUA, nos Centros de Serviços Medicaid e Medicare é requisito que os farmacêuticos no ato da dispensa, prestem aconselhamento aos doentes e informação sobre todos os medicamentos dispensados(Boockvar et al., 2017).

Informação ao doente: o caso dos portais

No que diz respeito às fontes de informação através da «internet», portais ou «websites» com informação para o doente, podemos fundamentar que as plataformas oficiais são fontes de informação fidedignas e acessíveis. O seu conteúdo está em constante atualização, tornando-se segura a sua consulta e indo de encontro à satisfação da procura do doente. Existe um cuidado reforçado nas plataformas oficiais de ter sempre a informação descrita de forma acessível ao público, não estando direcionada apenas para os profissionais de saúde(Oxman & Paulsen, 2019).

Em Portugal, se o doente pretende obter informações específicas sobre saúde, pode consultar o portal do SNS. Este portal serve de ponto de partida para outros «websites» oficiais. Por exemplo, se o doente tem dúvidas sobre medicamentos, através do portal do SNS é direcionado para o «website» oficial do INFARMED, I.P., podendo ainda ser remetido para uma base de dados, como o «Infomed», com informação específica sobre qualquer medicamento disponível em Portugal(Infomed, 2021). Se a pesquisa for por assuntos

emergentes, como é o caso atual devido à pandemia de COVID-19, o portal da DGS é o mais indicado por apresentar mais informações sobre este assunto (DGS, 2021).

Os portais americanos «Medicare» e «Medicaid» têm muita informação carregada e exposta de forma menos ordenada do que os portais do SNS e da DGS. Esta afirmação pode não ser bem fundamentada por causa da barreira linguística na consulta de «websites» estrangeiros. Também estes portais americanos em análise servem de ponto de partida para outros «websites» oficiais de temas mais específicos e mais fáceis de navegar (CMS, 2019).

De salientar que a informação encontrada na «internet» não deve ser considerada como substituto do conselho de um profissional de saúde qualificado (Abu-Heija et al, 2019). As competências comunicacionais e a transmissão de informação deverão ser entendidas como parte integrante da formação dos profissionais de saúde e, tal como acontece com outras competências de ordem técnica e clínica, deverão estar em constante atualização (Santos et al., 2010).

Informação ao doente: COVID-2019

Apenas uma breve nota sobre a extrapolação deste estudo para os dias que correm. Estamos a viver um cenário de pandemia provocada pela disseminação do SARS-Cov-2, onde podemos constatar tudo a que este estudo se refere. Se a literacia em saúde fosse maior, a maior parte da população não teria tantas dúvidas quanto ao uso de máscaras de proteção, os comportamentos de risco seriam evitados (em vez de praticados), e possivelmente, a sociedade estaria a recuperar desta pandemia sem tantos danos associados. Uma sociedade alfabetizada em saúde é aquela que entende a gravidade da situação e de como se proteger a si e aos outros por meio de ações simples. Não descurando, que também é responsabilidade das autoridades de saúde fornecer informações claras e simples que possam ser compreendidas (Soroya et al., 2021; Spring, 2020).

Conclusão

Não se verificam grandes discrepâncias entre a informação dada aos utentes na Europa, nomeadamente em Portugal, em alguns Países da União Europeia, e nos EUA. Após este estudo é possível retirar conclusões similares (ou iguais), relativamente às regiões em análise. Para todos os temas abordados as conclusões são tendencialmente convergentes. Ou seja, em termos do perfil de informação ao doente, há uma propensão, para enfatizar e regular sobre a importância do papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos farmacêuticos comunitários e hospitalares na disseminação e prestação de informação correta. Em ambas as áreas geográficas, a informação para o doente está plasmada na regulamentação, bem como é sustentada a importância da informação de saúde disponível on-line. Não obstante, é necessário fazer mais estudos sobre esta temática e aumentar o escrutínio público e académico sobre a qualidade da informação divulgada e/ou prestada.

Uma maior literacia em saúde pode aumentar o número de indivíduos saudáveis, menores gastos em saúde e pode traduzir-se em menores níveis de morbilidade e mortalidade. Para isso, é preciso tornar as informações sobre saúde acessíveis e disponíveis, quer sejam orais, eletrónicas ou escritas de maneira a que sejam mais fáceis de entender e centradas no doente.

O papel do farmacêutico é fundamental para a educação em saúde, principalmente porque é um profissional de saúde mais acessível para a população. Faz parte do seu papel uma boa comunicação para passar a informação da forma mais adequada para o doente. Um maior envolvimento da classe farmacêutica é necessário para que se obtenham melhores resultados em saúde e para que se evitem muitas consequências para o doente relacionadas com a medicação. O farmacêutico é fundamental no acompanhamento e no aumento da adesão da população à terapêutica tornando-a centrada no doente, bem como na gestão de reações adversas, precauções, contraindicações, interações medicamentosas, compreensão de dados clínicos ou de medidas não farmacológicas, etc.

Futuramente, devem definir-se soluções e estratégias para otimizar a adesão à terapêutica dos doentes, evitar interações, prevenir contraindicações ou precauções, etc., sendo crucial implementar intervenções que atendam às necessidades individuais dos doentes. É necessário, um maior envolvimento da classe farmacêutica para que se obtenham melhores resultados em saúde e para que se evitem muitas consequências para o doente relacionadas

com a medicação ou gestão da sua saúde. A informação centrada no doente aproxima a relação entre doentes e profissionais de saúde. A informação dada pelo farmacêutico é gratuita, melhorando não só os aspetos relacionados com a medicação como também parâmetros de saúde (e.g. perda de peso), envolvendo o doente na compreensão sobre a sua saúde e terapêutica.

Um fator a ser melhorado na rede de cuidados de saúde é a cooperação entre os profissionais de saúde que devem garantir a troca adequada de informação entre si e com os doentes. Os estudos identificados indicam que a comunicação entre o farmacêutico comunitário ou hospitalar e os doentes é fundamental para assegurar melhores resultados em saúde. No mesmo sentido, devia ser incrementada a comunicação entre os farmacêuticos e outros profissionais de saúde como médicos ou enfermeiros, o que podia ser facilitado, por exemplo através de plataformas digitais, próprias para esse efeito.

A informação digital deve ser o foco, pois trata-se da fonte de informação com maior crescimento na sociedade. Este canal de comunicação é cada vez mais necessário, sendo a situação pandémica em que vivemos exemplo disso. A população mundial precisa de soluções emergentes na área da saúde (e.g. fomento do aconselhamento farmacêutico online de modo semelhante às atuais teleconsultas), que constituam soluções eficientes e mais sustentáveis em termos de recursos. Os portais e «websites» dos sistemas nacionais de saúde e governamentais apresentam maior qualidade e confiabilidade. Cabe aos profissionais de saúde oferecerem recomendações para termos de pesquisa apropriados, estratégias de pesquisa e recomendar «websites» para o doente obter informações sobre saúde. A inteligibilidade dos portais (ou outros «websites») deve ser avaliada através de estudos de usabilidade, que envolvam doentes. Por exemplo, sugere-se a existência de formulários nestes «websites» destinados a avaliar a compreensão dos mesmos (em permanência).

Conclui-se assim que as necessidades de informação em saúde ainda são uma área pouco investigada. Existe uma necessidade crescente e emergente de ir ao encontro da informação acessível e de qualidade para os doentes. As fontes de informação baseadas na «Internet», quando bem consultadas, podem ser muito úteis para complementar as informações dadas pelos profissionais de saúde. Esta área só será implementada com sucesso quando os profissionais de saúde colaborarem em conjunto e desenvolverem procedimentos e padrões a serem seguidos por todos de forma a obter um único resultado: melhores ganhos em saúde para o doente.

Bibliografia

Bibliografia Citada

- Boockvar KS, Ho W, Pruskowski J, DiPalo KE, Wong JJ, Patel J, et al. (2017). Effect of health information exchange on recognition of medication discrepancies is interrupted when data charges are introduced: results of a cluster-randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Informatics Association, JAMIA*, 24(6), 1095–1101.
- Cheema, E., Sutcliffe, P., Weickert, M. O., & Singer, D.(2018) A randomised controlled trial of the impact of structured written and verbal advice by community pharmacists on improving hypertension education and control in patients with high blood pressure. *European journal of clinical pharmacology*, 74(11), 1391–1395.
- Daliri, S., Hugtenburg, J. G., Ter Riet, G., van den Bemt, B., Buurman, B. M., Scholte Op Reimer, W., et al. (2019). The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before-After prospective study. *PloS one*, 14(3), e0213593.
- DECRETO-LEI nº 131/2015. “D.R. I Série”. 173 (2015-09-04) 7010-7048.
- DECRETO-LEI nº 48357/1968. “D.R. I Série”. 101 (1968-04-27) 599-612.
- Michiels, Y., Bugnon, O., Chicoye, A., Dejager, S., Moisan, C., Allaert, et al.(2019). Impact of a Community Pharmacist-Delivered Information Program on the Follow-up of Type-2 Diabetic Patients: A Cluster Randomized Controlled Study. *Advances in therapy*, 36(6), 1291–1303.
- Moin, T., Duru, O. K., Turk, N., Chon, J. S., Frosch, D. L., Martin, et al. (2019). Effectiveness of Shared Decision-making for Diabetes Prevention: 12-Month Results from the Prediabetes Informed Decision and Education (PRIDE) Trial. *Journal of general internal medicine*, 34(11), 2652–2659.
- Nipp, R. D., Ruddy, M., Fuh, C. X., Zangardi, M. L., Chio, C., Kim, et al. (2019). Pilot Randomized Trial of a Pharmacy Intervention for Older Adults with Cancer. *The oncologist*, 24(2), 211–218.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2018a). Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar.https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/mbpfbh_capitulo_i_

- vfinal_17815111995a8eee5ad0c17.pdf. Acedido em 9 de outubro de 2020 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2018b). Norma Específica Sobre Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde.https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n004_00_norma_especifica_sobre_dispensa_de_medicamentos_e_produtos_de_sauyde_5214920525afd9c8445f2c.pdf. Acedido em 1 de março, 2020 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2018c). Norma Específica Sobre Indicação Farmacêutica. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n005_00_norma_especifica_sobre_indicacyayo_farmaceyutica_5541776765afd9c982f505.pdf. Acedido em 1 de março, 2020 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2016). <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de OMS em www.who.int.
- Pevnick, J. M., Nguyen, C., Jackevicius, C. A., Palmer, K. A., Shane, R., Cook-Wiens, et al. (2018). Improving admission medication reconciliation with pharmacists or pharmacy technicians in the emergency department: a randomised controlled trial. *BMJ quality & safety*, 27(7), 512–520.
- Schoenmakers, T., Wensing, M., De Smet, P., & Teichert, M. (2018). Patient-reported common symptoms as an assessment of interventions in medication reviews: a randomised, controlled trial. *International journal of clinical pharmacy*, 40(1), 126–134.
- Segen's Medical Dictionary. (2011). *Patient Information* In The Free Dictionary by Farlex, <https://www.thefreedictionary.com>. Acedido em 9 de outubro de 2020 em <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/patient+information>
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2018). Retrato da Saúde 2018.<https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>. Acedido a 1 de março, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt

Bibliografia de Referência

- Abu-Heija, A. A., Shatta, M., Ajam, M., Abu-Heija, U., Imran, N., & Levine, D. (2019). Quantitative Readability Assessment of the Internal Medicine Online Patient Information on Annals.org. *Cureus*, 11(3), e4184.
- Access Pharmacy. (2007). <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=437§ionid=44544963>. Acedido a 4 de novembro, 2020 de Access Pharmacy em <https://accesspharmacy.mhmedical.com>.
- American Pharmacists Association [APhA]. (2017). Practice Guidance for Pharmacy-Based Medication Administration Services. [https://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/MASPracticeGuidance\(1\).pdf](https://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/MASPracticeGuidance(1).pdf). Acedido a 5 de novembro, 2020 de APhA em www.pharmacist.com.
- American Pharmacists Association [APhA]. (2020a). Code of Ethics. <https://www.pharmacist.com/code-ethics>. Acedido a 5 de novembro, 2020 de APhA em www.pharmacist.com.
- American Pharmacists Association [APhA]. (2020b). The Pharmacy Profession. <https://www.pharmacist.com/pharmacy-profession>. Acedido a 4 de novembro, 2020 de APhA em www.pharmacist.com.
- Anacom. 2020.Eurostat - Literacia digital nas famílias com crianças. <https://www.anacom.pt/render.jsp?contentId=1533145>. Acedido a 20 de janeiro, 2021 de Anacom em www.anacom.pt.
- Austin, D. A. (2014). Medical Debt as a Cause of Consumer Bankruptcy. *Maine Law Review*, 67(1), 1-23.
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. [INFARMED]. (2021). Pesquisa de Preços de Medicamentos. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de INFARMED em www.infarmed.pt.
- Cabañas, M., & Gorgas, M. (2020). El farmacéutico frente a la logística de dispensación, almacenamiento y conservación segura de medicamentos en unidades asistenciales. *Farmacia hospitalaria : organo oficial de expresion cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria*, 44(7), 53–56.

- Carlsson, T., & Axelsson, O. (2017). Patient Information Websites About Medically Induced Second-Trimester Abortions: A Descriptive Study of Quality, Suitability, and Issues. *Journal of medical Internet research*, 19(1), e8.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). Mortality in the United States. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db355.htm>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de CDC em www.cdc.gov.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2021). <https://www.cdc.gov/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021, de CDC em www.cdc.gov.
- Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS]. U.S. Personal Health Care Spending By Age and Gender 2014 Highlights. (2019). <https://www.cms.gov/files/document/highlights.pdf>. Acedido a 3 de novembro, 2020, de CMS em www.cms.gov.
- Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS]. (2019). Historical. <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nationalhealthaccountshistorical>. Acedido a 3 de novembro, 2020, de CMS em www.cms.gov.
- Centro Nacional de TeleSaúde [CNTS]. (2020). Serviços de Telesaúde. <http://www.cnts.min-saude.pt/category/iniciativas-de-telessaude/teleconsulta/?lang=pt>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de CNTS em www.cnts.min-saude.pt.
- Christalle, E., Zill, J. M., Frerichs, W., Härter, M., Nestoriuc, Y., Dirmaier, J., et al. (2019). Assessment of patient information needs: A systematic review of measures. *PloS one*, 14(1), e0209165.
- Clarke, M. A., Moore, J. L., Steege, L. M., Koopman, R. J., Belden, J. L., Canfield, S. M., et al. (2016). Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. *Health informatics journal*, 22(4), 992–1016.
- Cochran, G., Chen, Q., Field, C., Seybert, A. L., Hruschak, V., Jaber, et al. (2019). A community pharmacy-led intervention for opioid medication misuse: A small-scale randomized clinical trial. *Drug and alcohol dependence*, 205, 107570
- DAILYMED. (2021). <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/index.cfm>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de DAILYMED em www.dailymed.nlm.nih.gov.

- Defesa do Consumidor [DECO]. (2019). Hospitais: estudo inédito retrata experiência dos utentes. <https://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos/noticias/hospitais-estudo-inedito-retrata-experiencia-dos-utentes>. Acedido a 4 de março, 2020 de DECO em www.deco.proteste.pt.
- Defesa do Consumidor [DECO]. (2020). O Serviço Nacional de Saúde. <https://www.deco.proteste.pt/a-saude-a-que-tem-direito/#SNS>. Acedido a 4 de março, 2020 de DECO em www.deco.proteste.pt.
- DESPACHO conjunto nº 3028/2018. “D.R. II Série”. 59 (2018-03-23) 8672.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2008).Protocolo de Colaboração.https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/diabetes-protocolo-2-27_03_08-pdf.aspx. Acedido a 2 de novembro, 2020 de DGS em www.dgs.pt.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019).Plano de Ação Para a Literacia Em Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de DGS em www.dgs.pt.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2021). Laboratórios Referenciados.<https://covid19.min-saude.pt/laboratorios-referenciados/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de DGS em www.dgs.pt.
- Drug Enforcement Administration [DEA]. (2020). Pharmacist’s Manual. [https://www.deadiversion.usdoj.gov/GDP/\(DEA-DC-046\)\(EO-DEA154\)_Pharmacist_Manual.pdf](https://www.deadiversion.usdoj.gov/GDP/(DEA-DC-046)(EO-DEA154)_Pharmacist_Manual.pdf). Acedido a 4 de novembro, 2020 de DEA em www.deadiversion.usdoj.gov.
- Elias, C. (2018). Qual Deve Ser o Papel do Farmacêutico Clínico no Serviço de Urgência? A Perspetiva do Médico. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*, 10(1), 38-46.
- Espanha, R.,& Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: a Contribution for the Knowledge on Health and Communications-review under responsibility of SciKA - Association for Promotion and Dissemination of Scientific Knowledge. *Procedia Computer Science*, vol.100, 1033-1041.
- Federação Americana do Trabalho e Congresso de Organizações Industriais [AFL-CIO], (2016).The U.S. Health Care System: An International Perspective. <https://www.dpeaflcio.org/factsheets/the-us-health-care-system-an-international-perspective>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de AFL-CIO em www.dpeaflcio.org.

- Federação Farmacêutica Internacional [FIP]. (2020). Recomendações de Saúde da FIP. <https://www.fip.org/file/4520>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de FIP em www.fip.org.
- Get-it Glossary. (2021). Treatment. <https://getitglossary.org/term/treatment>. Acedido a 13 de janeiro, 2021 de Get-it Glossary em www.getitglossary.org.
- Goode, J., Owen, J., Page, A., & Gatewood, S. (2019). Community-Based Pharmacy Practice Innovation and the Role of the Community-Based Pharmacist Practitioner in the United States. *Pharmacy*, 7(3), 106.
- Greenhalgh, T. (2015). Health Literacy: towards system level solutions. *British Medical Journal*, 350:h1026.
- Haramiova, Z., Stasko, M., Hulin, M., Tesar, T., Kuzelova, M., & Morisky, D. M (2017). The effectiveness of daily SMS reminders in pharmaceutical care of older adults on improving patients' adherence to antihypertensive medication (SPPA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 334.
- Ilardo, M. L., & Speciale, A. (2020). The Community Pharmacist: Perceived Barriers and Patient-Centered Care Communication. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 536.
- Infomed. (2021). <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de INFARMED em www.extranet.infarmed.pt.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019a). *Anuário Estatístico Portugal 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019b). *Contas Nacionais Trimestrais e Anuais Preliminares - 4º Trimestre de 2018 e Ano 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019c) *Estatísticas Demográficas 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008101&selTab=tab0. Acedido a 4 de março, 2020 de INE em www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020).

- Óbitos por semana - Dados preliminares 2020.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=459224285&DESTAQUESmodo=2. Acedido a 6 de novembro, 2020 de INE em www.ine.pt.
- Insure Kids Now. (2021).<https://www.insurekidsnow.gov/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de www.insurekidsnow.gov.
- IQVIA. (2020). Medicine Spending and Affordability in the U.S.
<https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/medicine-spending-and-affordability-in-the-us>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de www.iqvia.com.
- Kaiser Family Foundation [KFF]. (2020). Employer Health Benefits.
<http://files.kff.org/attachment/Summary-of-Findings-Employer-Health-Benefits-2020.pdf>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de KFF em www.kff.org.
- Khalil, H., Bell, B., Chambers, H., Sheikh, A., & Avery, A. J. 2017. Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD003942.
- Liao C. H. (2020). Evaluating the Social Marketing Success Criteria in Health Promotion: A F-DEMATEL Approach. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6317.
- Mahadevan, R. (2013) Health Literacy Fact Sheets In [CHCS]. (2013). Health Literacy Fact Sheets. <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/>. Acedido a 4 de outubro, 2020 de CHCS em www.chcs.org.
- McNeely, E. B. (2017). Treatment Considerations and the Role of the Clinical Pharmacist Throughout Transitions of Care for Patients With Acute Heart Failure. *Journal of pharmacy practice*, 30(4), 441–450.
- Medicaid. (2021).<https://www.medicaid.gov/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de www.medicare.gov.
- Medicare. (2021).<https://www.medicare.gov/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de www.medicare.gov.
- Moreira, L. (2018) Health literacy for people centred care: Where do OECD countries stand? In https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-literacy-for-people-centred-care_d8494d3a-en;jsessionid=_YmhFn9CIpgRFcGTxLPaC563.ip-

- 10-240-5-139. Acedido em 4 de outubro, 2020 de Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] em www.oecd-ilibrary.org.
- National Association of Boards of Pharmacy (NABP). (2020). About. <https://nabp.pharmacy/about/>. Acedido a 5 de novembro, 2020 de HHS em www.nabp.pharmacy.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [OPSS]. (2019). *Saúde um direito humano – Relatório de Primavera 2019*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- ONEKEY. (2019). Infographic Of Pharmacy Chains. <https://www.onekeydata.com/page/infographic-of-pharmacy-chains>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Onekey em www.onekeydata.com.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf. Acedido a 7 de janeiro, 2021 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2018). O novo regulamento de proteção de dados na perspetiva dos farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/o-novo-regulamento-de-protecao-de-dados-na-perspetiva-dos-farmaceuticos/>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2018). Relatório da FIP destaca o contributo farmacêutico na promoção da adesão à terapêutica. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/relatorio-da-fip-destaca-o-contributo-farmaceutico-na-promocao-da-adesao-a-terapeutica/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2019a). A Ordem dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/a-ordem-dos-farmaceuticos/apresentacao/>. Acedido a 1 de março, 2020 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2019b). OF apresenta novo projeto de literacia em saúde aos farmacêuticos europeus. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/of-apresenta-novo-projeto-de-literacia-em-saude-aos-farmaceuticos-europeus/>. Acedido a 5 de outubro, 2020 de OF em www.ordemfarmaceuticos.pt.

- Ordem dos Médicos [OM]. (2020). Médicos e cidadãos terão acesso livre a informação de confiança sobre saúde. <https://ordemdosmedicos.pt/medicos-e-cidadaos-terao-acesso-livre-a-informacao-de-confianca-sobre-saude/>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de OM em www.ordemdosmedicos.pt.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020a). Why health literacy is important. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/health-literacy/why-health-literacy-is-important>. Acedido a 3 de março, 2020 de OMS em www.who.int.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020b). Patient Safety. <https://www.who.int/health-topics/patient-safety>. Acedido a 27 de fevereiro, 2020 de OMS em www.who.int.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2021). Patient Safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acedido a 7 de janeiro, 2021 de OMS em www.who.int.
- Organização para a Cooperação e desenvolvimento Económico [OCDE]. (2021). The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care. <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>. Acedido a 7 de janeiro, 2021 em www.oecd.org.
- Our World in Data. (2020). Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>. Acedido a 6 de Novembro, 2020 de Our World in Data em www.ourworldindata.org.
- Our World in Data. (2021). Birth Rate. <https://ourworldindata.org/grapher/crude-birth-rate?tab=chart&stackMode=absolute&time=earliest..2020&country=~PRT®ion=World>. Acedido a 30 de janeiro, 2021 de Our World in Data em www.ourworldindata.org.
- Our World in Data. (2021). Life expectancy. <https://ourworldindata.org/life-expectancy>. Acedido a 30 de janeiro, 2021 de Our World in Data em www.ourworldindata.org.
- Oxman, A. D., & Paulsen, E. J. (2019). Who can you trust? A review of free online sources of "trustworthy" information about treatment effects for patients and the public. *BMC medical informatics and decision making*, 19(1), 35.
- Patient Safety Network. (2021). Systems Approach. <https://psnet.ahrq.gov/primer/systems-approach>. Acedido a 7 de janeiro, 2021 de OMS em www.who.int.

- Pedro A. (2018). Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. (Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa). Acedido de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>.
- Pires, C., Rosa, P., Vigário, M., & Cavaco, A. (2018). Short Assessment of Health Literacy (SAHL) in Portugal: development and validation of a self-administered tool. *Primary health care research & development*, 20, 1–18.
- Pordata. (2013). Médicos por 100 mil habitantes. <https://www.pordata.pt/Europa/M%C3%A9dicos+por+100+mil+habitantes-1926>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Pordata em www.pordata.pt.
- Pordata. (2019). Povoação de saúde: médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos. <https://www.pordata.pt/Portugal/Povoação+de+sa%C3%BAde+m%C3%A9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros++farmac%C3%Aauticos-144-1263>. Acedido a 1 de março, 2020 de Pordata em www.pordata.pt.
- Priberam (2021). Portal. <https://dicionario.priberam.org/portal>. Acedido a 20 de janeiro de 2021 de Priberam em www.dicionario.priberam.org.
- Priyanka, P., Hadi, Y. B., & Reynolds, G. J.. (2018). Analysis of the Patient Information Quality and Readability on Esophagogastroduodenoscopy (EGD) on the Internet. *Canadian journal of gastroenterology & hepatology*, 2018, 2849390.
- PubMed Central [PMC].About.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>. Acedido a 7 de janeiro, 2021 de PMC em www.pubmed.gov.
- Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, et al. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health promotion international*, 32(6), 1074–1080.
- Rikard, R. V., Thompson, M. S., McKinney, J., & Beauchamp, A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC public health*, 16(1), 975.
- Riley J. P. (2017). Patient information websites: how do we assess their usefulness? *European journal of heart failure*, 19(11), 1455–1456.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010) Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Elsevier*, (10) 47-57

- SAPO. 2020. País envelhecido, com pouca escolaridade e baixa poupança. Retrato de Portugal em números. <https://eco.sapo.pt/2020/10/20/pais-envelhecido-com-pouca-escolaridade-e-baixa-poupanca-retrato-de-portugal-em-numeros/>. Acedido a 20 janeiro, 2021 de Sapo em www.sapo.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2014). Direitos e Deveres dos Utentes. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Direitos-e-Deveres-dos-Utentes-Folheto-informativo-anexo-3.pdf>. Acedido a 5 de março, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2018). Composição do SNS. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/composicao-do-sns/>. Acedido a 4 de março, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2019). Ciclo de vida do medicamento. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/23/ciclo-de-vida-do-medicamento/>. Acedido a 4 de outubro, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2020a). Financiamento do Sistema de Saúde. <https://s1.sns.gov.pt/noticias/2020/09/30/mais-de-1400-milhoes-de-euros-com-o-setor-social-e-privado/>. Acedido a 30 de janeiro, 2021 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2020b). Política de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>. Acedido a 4 de março, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2020c). Orçamento do Estado 2021. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/10/13/orcamento-do-estado-2021/>. Acedido a 2 de novembro, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2020d). História do SNS. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>. Acedido a 11 de outubro, 2020 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2021). <https://www.sns.gov.pt/home/mapa-portal-sns-2/>. Acedido a 17 de janeiro, 2021 de SNS em www.sns.gov.pt.
- Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et al. (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058.

- Soroya, S. H., Farooq, A., Mahmood, K., Isoaho, J., & Zara, S. (2021). From information seeking to information avoidance: Understanding the health information behavior during a global health crisis. *Information processing & management*, 58(2), 102440.
- Spring, H. (2020). Health literacy and COVID-19. *Health information and libraries journal*, 37(3), 171–172.
- Statista. (2018). Number of all hospitals in the U.S. from 1975 to 2019. <https://www.statista.com/statistics/185843/number-of-all-hospitals-in-the-us-since-2001>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Statista em www.statista.com.
- Statista. (2019a). Number of pharmacists in the us since 2001. <https://www.statista.com/statistics/185723/number-of-pharmacists-in-the-us-since-2001>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Statista em www.statista.com.
- Statista. (2019b). Resident population of the United States by sex and age as of July 1, 2019. <https://www.statista.com/statistics/241488/population-of-the-us-by-sex-and-age>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Statista em www.statista.com.
- Statista. (2020a). Prescription drug expenditure in the United States from 1960 to 2020. <https://www.statista.com/statistics/184914/prescription-drug-expenditures-in-the-us-since-1960/> Acedido a 3 de novembro, 2020 de Statista em www.statista.com.
- Statista. (2020b). Leading 20 U.S. pharma products by dispensed prescriptions in 2019. <https://www.statista.com/statistics/233986/top-us-pharma-products-by-prescriptions/>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Statista em www.statista.com.
- Statista. (2020c). U.S. pharmaceutical industry - statistics & facts. <https://www.statista.com/topics/1719/pharmaceutical-industry>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de Statista em www.statista.com.
- The World Bank. (2019). Gross Domestic Product (GDP) Growth. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=US>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de The World Bank em www.worldbank.org.
- Tikka, T., Webb, J., Agostini, P., Kerr, A., Mannion, G., Steyn, R., et al. (2016). Pectus patient information website has improved access to care and patient reported outcomes. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 11.
- Trasnsparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses [PRISMA]. (2021). <http://www.prisma-statement.org/>. Acedido a 7 de janeiro, 2021 de www.prisma-statement.org.

- União Europeia. (2019). Opinion of the European Economic and Social Committee on ‘Digital health literacy — for citizen-friendly healthcare in Europe in times of demographic change’ (Own-initiative opinion). *Official Journal of the European Union*, C228.
- United States Census Bureau [US Cenus]. (2019). Quick Facts United States. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045219>. Acedido a 3 de novembro, 2020 de US Census em www.census.gov.
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020a). What Pharmacists Do. <https://www.bls.gov/ooh/Healthcare/Pharmacists.htm#tab-2>. Acedido a 4 de novembro, 2020 de U.S. Bureau of Labor Statistics em www.bls.gov.
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020b). How to Become a Pharmacist. <https://www.bls.gov/ooh/Healthcare/Pharmacists.htm#tab-4>. Acedido a 4 de novembro, 2020 de U.S. Bureau of Labor Statistics em www.bls.gov.
- U.S. Department of Health & Human Services [HHS]. (2015). What is the difference between Medicare and Medicaid?<https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/what-is-the-difference-between-medicare-medicaid/index.html>. Acedido em 3 de novembro, 2020 de HHS em www.hhs.gov.
- U.S. Department of Health & Human Services [HHS]. (2020). Individuals’ Right under HIPAA to Access their Health Information. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/guidance/access/index.html>. Acedido em 5 de novembro, 2020 de HHS em www.hhs.gov.
- U. S. Food and Drugs Administration [FDA]. (2021).<https://www.fda.gov/>. Acedido em 17 de janeiro, 2021 de FDA em www.fda.gov.
- Visser, B. B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J. M., Devillé, W., van der Heide, I. et al. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC public health*, 18(1), 1414.
- World Health Organization [WHO]. (1997). *The Role of the Pharmacist in the Health Care System*. Vancouver: World Health Organization.
- Wright, D. J., & Twigg, M. J. (2016). Community pharmacy: an untapped patient data resource. *Integrated pharmacy research & practice*, 5, 19–25.
- Zhang, R., Lu, X., Wu, W., Shang, X., & Liu, M. (2018). Mature or Emerging? The Impact of Treatment-Related Internet Health Information Seeking on Patients' Trust in

Physicians. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1855.

ANEXOS

Anexo I – DL 131/2015 Artigo 75º

Artigo 75.º

Conteúdo

Integram o conteúdo de ato farmacêutico as seguintes atividades:

- a) Desenvolvimento e preparação das formas farmacêuticas dos medicamentos;
- b) Registo, fabrico e controlo dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
- c) Controlo de qualidade dos medicamentos e dos dispositivos médicos em laboratório de controlo de qualidade de medicamentos e dispositivos médicos;
- d) Armazenamento, conservação e distribuição por grosso dos medicamentos de uso humano e veterinário, dos dispositivos médicos;
- e) Preparação, controlo, seleção, aquisição, armazenamento e dispensa dos medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos privativos de quaisquer outras entidades públicas e privadas, sem prejuízo do regime de distribuição ao público de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, nos termos da legislação respetiva;
- f) Preparação de soluções anti -séticas, de desinfetantes e de misturas intravenosas;
- g) Interpretação e avaliação das prescrições médicas;
- h) Informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário, dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correta utilização;
- i) Acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário, de dispositivos médicos;
- j) Monitorização de fármacos, incluindo a determinação de parâmetros farmacocinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados;
- k) Colheita de produtos biológicos, execução e interpretação de análises clínicas e determinação de níveis séricos;
- l) Execução, interpretação e validação de análises toxicológicas, hidrológicas, e bromatológicas;
- m) Todos os atos ou funções diretamente ligados às atividades descritas nas alíneas anteriores.