

Revista portuguesa de saúde pública

www.elsevier.pt/rpsp



Artigo original

Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020

João Gregório* e Luís Velez Lapão

Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho da Saúde, Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 4 de novembro de 2011

Aceite a 10 de dezembro de 2012

On-line a 6 de março de 2013

Palavras-chave:

Planeamento recursos humanos da saúde

Farmacêutico comunitário

Análise de cenários

Inovação de serviços farmacêuticos

Portugal

R E S U M O

Introdução: O planeamento de Recursos Humanos em Saúde assume especial importância numa envolvente económica e política de grande incerteza como a atual. Para os farmacêuticos comunitários, um ambiente com uma crescente inovação tecnológica e maior capacitação dos cidadãos em questões de saúde, bem como a falta de médicos e a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), pode apresentar uma oportunidade para que estes profissionais alterem o seu papel no sistema de saúde, consumando assim a mudança de paradigma a que a profissão assiste desde os anos 90.

Método: Enquanto ferramenta de pensamento estratégico, a análise de cenários prospetivos permite analisar o futuro do farmacêutico comunitário, observando várias alternativas. A construção dos cenários decorreu em 3 fases, as 2 primeiras em *workshops* de cenarização, onde utilizámos como técnica de recolha de informação a técnica de *brainstorming*, e uma fase final, onde fizemos evoluir os cenários temáticos destes *workshops* para cenários de decisão, com base na informação recolhida nos *workshops* e na literatura científica sobre o papel do farmacêutico comunitário e os fatores que o influenciam.

Resultados: Esta análise permitiu-nos identificar enquanto principais incertezas críticas, isto é, as que terão maior influência no futuro do farmacêutico comunitário português, o «Ambiente Legislativo» e a «Capacidade de Inovação de Serviços». Resolvendo estas incertezas numa matriz 2x2, construíram-se 3 cenários que denominámos «Pharmacy-Mall», «e-Pharmacist», e «Reorganize or die».

Conclusões: Nestes cenários fica evidente que a necessidade de farmacêuticos comunitários no futuro estará dependente da prestação de serviços farmacêuticos para lá do processo de dispensa de medicamentos. Estes futuros farmacêuticos terão de adquirir mais competências em áreas tradicionalmente fora do seu âmbito, tais como competências de gestão, liderança, marketing, tecnologias de informação, aptidões para o trabalho em equipa e técnicas comportamentais e comunicacionais.

© 2011 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: jpgregorio@ihmt.unl.pt (J. Gregório).

0870-9025/\$ – see front matter © 2011 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.003>

Use of strategic scenarios for health human resources planning: community pharmacists case in Portugal 2010-2020

A B S T R A C T

Keywords:

Human resources for health planning
Community pharmacists
Scenario analysis
Pharmaceutical services innovation
Portugal

Introduction: The planning of Human Resources for Health is especially important in an environment of political and economic uncertainty as it is today. For community pharmacists practice, an environment characterized by constant technological innovation and increasing empowerment of patients concerning health issues, as well as a shortage of primary care physicians and a Primary Health Care Reform that is currently taking place, may represent an opportunity to rethink the role that community pharmacists may play in the Portuguese Health System, accomplishing the paradigm shift from a product-centered to a service-centered model of practice, that these professionals are experiencing since the 90s. **Method:** As a tool of strategic thinking, prospective scenario analysis allows us to imagine and analyze different alternatives for community pharmacist's future. The design of the scenarios took place in three stages: the first two stages were scenario building workshops, for which we invited experts from practice and academic settings where the main tool for collecting information was the brainstorming technique. In the final stage, we built the final scenarios with the information obtained in the workshops and with the information collected in the scientific literature on community pharmacists' role and factors influencing it.

Results: This analysis allowed us to identify the critical uncertainties that will have more influence in the future for Portuguese community pharmacists, the «Legislative Environment» and «Ability to innovate and develop services». Resolving these uncertainties in a 2x2 matrix, we built our final scenarios that we named «Pharmacy-Mall», «e-Pharmacist», and «Reorganize or die».

Conclusions: In these scenarios is clear that the future role of community pharmacists is dependent of pharmaceutical services provision, beyond the dispensing of medicines. These future community pharmacists will also have to gain new competencies in areas traditionally out of their scope such as management, leadership, marketing, information technologies, teamwork abilities and behavioral and communication techniques.

© 2011 Published by Elsevier España, S.L.

Introdução

O planeamento estratégico é basilar em saúde pública, revestindo-se de especial importância para o planeamento de recursos humanos, a avaliação da eficiência, a qualidade dos serviços e a pesquisa de soluções inovadoras para problemas de saúde e do sistema de saúde¹⁻³. O planeamento estratégico devidamente utilizado é uma importante ferramenta de gestão⁴. É o processo que determina o que uma organização quer ser no futuro, e como vai fazer para chegar lá. É por isso muito mais determinista em comparação com o pensamento estratégico que, em contraste com o planeamento, envolve intuição e criatividade⁵. Um plano estratégico deve ajudar uma organização a lidar com as contingências que surgem num ambiente dinâmico como o dos cuidados de saúde e ajudar a estabelecer um posicionamento para o sucesso a longo prazo, sendo particularmente útil para as organizações de saúde quando têm de lidar com as alterações no padrão de prestação de cuidados^{1,6}.

Os recursos humanos em saúde são um dos pilares essenciais de um sistema de saúde, sendo neste momento o foco de atenção para o reforço desses mesmos sistemas^{2,7}. O planeamento de recursos humanos em saúde pretende assegurar que o número e o tipo adequado de profissionais de saúde

estão disponíveis para prestar o tipo certo de serviços com a maior eficiência possível⁶. A crescente importância dada ao papel desempenhado pelos profissionais de saúde coloca-os numa posição de destaque na definição de políticas de saúde pelos diferentes agentes de saúde pública a nível global^{2,8}.

Uma das questões que deve ser tida em conta no planeamento dos recursos humanos da saúde é o ambiente no qual têm de exercer. Estes profissionais enfrentam hoje em dia um ambiente caracterizado por uma crescente inovação tecnológica, com tendência em focar os cuidados de saúde no doente, e maior capacitação do utente em questões de saúde. No caso particular dos farmacêuticos, a falta e o custo mais elevado de profissionais médicos, o ambiente económico e político e a presente reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), contribui para neste momento existir uma oportunidade para reflectir sobre o papel que o farmacêutico comunitário pode ter no sistema de saúde. Vivendo-se um contexto de incerteza, em que é difícil fazer previsões, é necessário analisar o problema do futuro do farmacêutico comunitário português com base numa visão estratégica, permitindo observar várias alternativas, mesmo as que à partida pareçam menos prováveis. Em tais condições pode-se recorrer ao método de «Análise de Cenários Prospetivos», uma das ferramentas ao dispor dos *policy-makers* na fase de pensamento estratégico aquando da elaboração do planeamento a longo-prazo. A

análise de cenários é uma ferramenta de grande utilidade na planificação de recursos humanos, utilizando um método misto, que enquadra técnicas qualitativas e quantitativas.

O objetivo da análise de cenários não é prever ou escrever o futuro, mas sim melhorar a compreensão do ambiente no qual a organização está inserida e usar essa compreensão para apoiar a tomada de decisão, tanto no presente como no futuro^{5,9,10}. A organização pode determinar os objetivos que quer alcançar, usando a combinação dos cenários para apoiar a realização do plano estratégico, antecipando condicionantes e obtendo pistas sobre o seu posicionamento⁹. Esta metodologia tem sido usada para a pesquisa de futuros de organizações e mesmo de grupos profissionais como os farmacêuticos^{11,12}.

Antes de iniciarmos a utilização deste método, recolhemos algumas questões relevantes sobre a atividade destes profissionais, como o apoio ao desenvolvimento dos cenários. Por exemplo, se nada se alterar, haverá ainda a necessidade de um farmacêutico comunitário no futuro?; será possível encontrar outro papel para o farmacêutico dentro do sistema de saúde?; de que forma pode o farmacêutico ser integrado a participar mais na rede dos CSP?; o que pode acontecer a um grande número de jovens profissionais qualificados, num mercado cada vez mais saturado?

Para conferir maior objetividade a este processo, definimos como nossos objetivos: analisar a evolução do futuro papel do farmacêutico comunitário em Portugal, mediante a elaboração de 3 cenários alternativos, tendo em conta as possibilidades de participação do futuro farmacêutico comunitário dentro do sistema de saúde em Portugal, sobretudo dentro da rede de CSP; identificar as forças motrizes de mudança e definir indicadores que assinalem as tendências futuras, a fim de ajudar ao processo de tomada de decisão para o planeamento de recursos humanos.

Evolução do papel do farmacêutico comunitário no sistema de saúde

No início do século xx, o farmacêutico comunitário ou de oficina, era responsável pela disponibilização, preparação e avaliação de fármacos que eram utilizados no tratamento de diversas enfermidades. A sua principal obrigação era avaliar se os produtos que vendia eram puros e devidamente preparados, embora o aconselhamento sobre medicamentos e questões de saúde já fosse uma atividade expressiva. Este papel de preparador e avaliador de fármacos começou a desaparecer, sobretudo nos países mais industrializados, entre 1930 e 1970¹³, com a diminuição da necessidade de preparação de medicamentos magistrais, à medida que cada vez mais formas farmacêuticas iam sendo produzidas industrialmente.

Para acompanhar a inovação e o desenvolvimento das novas tecnologias ocorreram, nestas últimas 4 décadas, mudanças de práticas nas farmácias, afastando-se estas gradualmente do seu objetivo original de apenas providenciar medicamentos à população, passando também a estar mais atentas ao doente, com prestação de cuidados especializados e com disponibilização de informação¹⁴. A atenção centrada no doente resultou na promulgação dos princípios da prática clínica, serviços de informação e dos serviços farmacêuticos enquanto novo paradigma da prática farmacêutica^{14,15}. Estes traduzem-se em valor para os profissionais mas

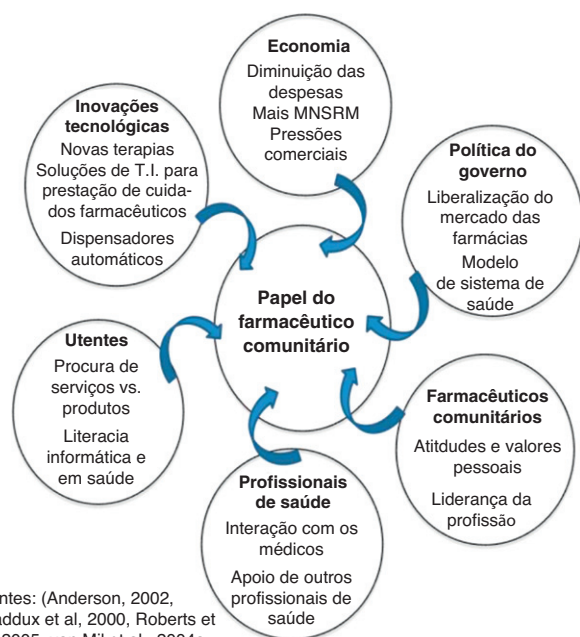
também para o sistema de saúde, não só pelas potenciais poupanças que geram mas também pelo potencial que apresentam em termos de melhoria da eficiência do sistema de saúde^{16,17}. Para além da dispensa de produtos farmacêuticos, os serviços farmacêuticos podem incluir a informação, a educação e a comunicação para promover a saúde pública, a disponibilização de informação sobre medicamentos e aconselhamento, os serviços regulamentares e educação e a formação de equipas¹⁸. No contexto da farmácia comunitária, os serviços farmacêuticos também passaram a incluir outro tipo de serviços, tais como as medições de parâmetros bioquímicos (glicemia, uricemia, colesterolemia, etc.), as medições de tensão arterial, a determinação de índice de massa corporal, os programas de gestão de doença, entre outros^{13,19}.

Na perspetiva de um sistema de saúde onde existe carência de médicos e enfermeiros nos CSP, a utilização do farmacêutico comunitário para prestação de cuidados, particularmente para a monitorização terapêutica de doentes crónicos, pode ajudar a minimizar o impacto desta situação. Os farmacêuticos comunitários têm uma posição privilegiada dentro do sistema de saúde, pela sua acessibilidade à população^{20,21}. A sua formação permite-lhe atuar ao nível da prevenção da doença e na recomendação e monitorização da terapêutica para alcançar os efeitos clínicos desejados e diminuir os efeitos adversos.

Atualmente, os farmacêuticos comunitários exercem a sua atividade num ambiente onde não é fácil acompanhar os últimos desenvolvimentos tecnológicos, onde os utentes estão cada vez mais e melhor informados, recorrendo com frequência à Internet antes de irem ao médico ou consultarem um farmacêutico²². Ao mesmo tempo, tanto a venda a retalho como a dispensa de medicamentos a nível hospitalar começam já a procurar novas formas de dispensa que não necessitem do envolvimento de um profissional caro como o farmacêutico¹⁴. Entre as inovações que visam diminuir esse envolvimento surge a prescrição eletrónica, sistemas de suporte à decisão clínica, certificação de técnicos, robotização e diversas aplicações de telefarmácia, incluindo supervisão farmacêutica à distância^{15,23}.

A evolução do papel do farmacêutico comunitário está a ocorrer a um ritmo lento, influenciada por inúmeros fatores externos e por barreiras que os próprios profissionais apresentam (fig. 1). Fatores como a pressão exercida pelas alterações demográficas, a prevalência de doenças, as expectativas dos doentes, os avanços tecnológicos e o aumento dos custos têm motivado uma mudança para os cuidados preventivos, onde os medicamentos têm um papel essencial, assim como conceitos como a qualidade, a segurança, a abordagem multidisciplinar, e a relação custo-eficácia²⁴.

No entanto, existem resistências à intervenção do farmacêutico para lá da dispensa de medicamentos. Um dos fatores que contribui para essa resistência é o dilema em que o farmacêutico comunitário vive, entre o negócio e o profissionalismo, entre os cuidados informais e profissionais¹³. O farmacêutico comunitário é, aparentemente, o profissional de saúde cujo vencimento está mais dependente da venda de um produto, o que leva a que os farmacêuticos comunitários sejam vistos de forma ambígua pela população e por outros profissionais de saúde, mantendo simultaneamente uma imagem de comerciante e profissional de saúde²⁵⁻²⁷.



Fontes: (Anderson, 2002, Maddux et al, 2000, Roberts et al, 2005, van Mil et al., 2004a Zellmer, 2010).

Figura 1 – Fatores com influência no papel do farmacêutico comunitário num sistema de saúde.

Além disso, o facto de a aquisição das novas competências ter sido feita de forma muito heterogênea, com a maioria dos farmacêuticos comunitários ainda a limitar as suas atividades à dispensa de medicamentos, não contribuiu para que esta imagem melhorasse¹⁵.

O farmacêutico comunitário português

Em Portugal, o farmacêutico comunitário é um membro da ordem dos farmacêuticos (OF) que exerce a sua atividade profissional nas farmácias comunitárias, também designadas de farmácias de oficina²⁸.

Cerca de 2/3 dos farmacêuticos exercem a sua atividade no setor da farmácia comunitária²⁹. No final de 2009 existiam 7 178 farmacêuticos comunitários³⁰. Destes, cerca de 65% têm idade inferior a 45 anos, e 80% são do sexo feminino³¹. O rácio de farmacêutico por farmácia é já superior a 2 desde 2005³⁰, tendo cada farmácia, em média, 6 trabalhadores³¹. O número de farmacêuticos a exercer a sua atividade em farmácia comunitária aumentou 74% entre 2000 e 2009^{30,32}, numa média de 340 novos profissionais por ano. Este aumento pode ser explicado pelo aumento de novos diplomados na última década, fruto da abertura de novos cursos de ciências farmacêuticas em diversas universidades. Entre 2000 e 2007 houve um aumento de 43% no número de diplomados³³, numa média anual neste período de 702 novos diplomados. Atualmente, 9 universidades oferecem o curso de mestrado integrado em ciências farmacêuticas, essencial para o acesso à profissão. No total ingressaram neste curso em 2010 cerca de 1 114 alunos, um aumento de 6,5% em relação aos ingressos de 2008³⁴.

Uma das consequências do aumento de profissionais foi a maior distribuição destes profissionais pelo território, tendo o

número de farmacêuticos comunitários por 100 000 habitantes aumentado 67%, existindo hoje aproximadamente 68 farmacêuticos comunitários por 100 000 habitantes^{30,32,33}. Esta distribuição demonstra que a legislação relativa à instalação de farmácias comunitárias proporcionou uma distribuição homogênea das farmácias pelo país, o que obviamente levou a que exista também uma distribuição homogênea de farmacêuticos comunitários³⁵. Neste indicador, Portugal tem um melhor resultado do que a média dos países da OCDE, estando acima de países como a Holanda, o Reino Unido ou a Alemanha mas ainda distante de Espanha ou de França³⁶.

A fonte principal de remuneração dos farmacêuticos comunitários faz-se a partir das margens de lucro fixadas pelo governo para os medicamentos de prescrição obrigatória. Após diversas alterações, as margens atualmente em vigor, definidas no Decreto-Lei 112/2011, são calculadas com base no preço de venda ao armazenista (PVA) acrescidos de uma taxa, podendo variar entre os 27,9% sem sobretaxa para medicamentos com PVA inferior a 5 euros, até a uma taxa fixa de 10,35 euros para medicamentos de PVA superior a 50 euros. Estes medicamentos representavam em 2009, 83% em volume e 93% em valor do mercado de medicamentos no ambatório³⁷. A maioria dos medicamentos de prescrição é comparticipada pelo Estado, tendo este sido responsável em média por cerca de 70% do PVP final destes medicamentos até 2009^{30,32}.

Além das margens de lucro sobre os medicamentos e outros produtos, a remuneração sobre serviços farmacêuticos constituiu-se recentemente como mais uma fonte alternativa de remuneração para as farmácias e farmacêuticos. Na ausência de regulação específica em Portugal, as farmácias foram implementando serviços com o respetivo aconselhamento ao longo dos últimos 20 anos¹⁹. Foram também desenhados programas para irem ao encontro de necessidades específicas da comunidade, como a recolha de embalagens e de medicamentos usados, um programa de troca de seringas, de toma direta observada de metadona, e programas de cuidados farmacêuticos e de gestão de terapêutica, conseguindo a sustentabilidade dessa política com o apoio da Associação Nacional das Farmácias (ANF)¹⁹. Estes serviços prestados nas farmácias, são pagos pelos utentes, com exceção dos serviços gratuitos (ex. toma observada de metadona) e do programa de cuidados farmacêuticos na diabetes, que foi pago a 75% pelo Estado português³⁸. Em novembro de 2006, 262 farmácias tinham implementado este programa, seguindo 1 941 doentes, em média cerca de 7 doentes por farmácia¹⁹. Este programa já não se encontra em vigor, mas em outubro de 2009, 2 meses antes de o programa terminar, 405 farmácias tinham implementado o programa da diabetes seguindo em média 3 doentes³⁹.

Em Portugal existiam em 2010, 2 803 farmácias distribuídas pelo território segundo os critérios de capitação e de distância definidos em decreto-lei. O número de farmácias aumentou desde o início da década passada, traduzindo-se num aumento de 9,5% em 10 anos, ou 24 novas farmácias em média por ano³³. Verifica-se que o crescimento do número de farmácias não acompanhou o crescimento do número de profissionais que se verifica desde os finais dos anos 90. Até agora, os novos farmacêuticos têm sido absorvidos pelas farmácias existentes, com o número de farmacêuticos por farmácia a aumentar em 60% desde 2000³⁰. Com o número de

farmacêuticos por farmácia a aproximar-se dos 3 e com as dificuldades financeiras que algumas farmácias atravessam^{40,41}, é natural que se reduzam as contratações de novos farmacêuticos, o que poderá logicamente levar a um aumento do desemprego entre os farmacêuticos.

Com todas as alterações que tem enfrentado ultimamente, e perante a atual situação de saturação do mercado, o farmacêutico comunitário português encontra-se num limbo onde começa a ver a sua função a perder importância, sendo crucial que possa encontrar a melhor forma de fazer a transição para o seu novo papel como prestador de cuidados de saúde.

Métodos

Para se construir os cenários para o futuro do farmacêutico comunitário português, usou-se o método proposto por Lapão⁴², que condensa os 10 passos do procedimento descrito por Schoemaker¹⁰ em 3 fases, nas quais o envolvimento de uma equipa de cenarização é fundamental. As 2 primeiras fases decorreram em 2 *workshops* temáticos que decorreram em 2 dias diferentes, com uma duração máxima de 3 h: o primeiro é um *workshop* de contextualização da análise de cenários para o problema em estudo, seguindo de um segundo *workshop* para a seleção e validação dos primeiros cenários, para na terceira fase se desenvolverem e analisarem os cenários finais. Os critérios para a escolha da equipa foram baseados na experiência profissional e académica, sendo o painel composto por 6 farmacêuticos (3 doutores em Farmácia com funções docentes e de investigação, um mestre em Saúde Pública e coproprietário de farmácia, um especialista em Farmácia Comunitária e um diretor executivo de agrupamento de centros de saúde), um gestor especialista em avaliação de fármacos e um especialista de cenarização, doutor em Engenharia de Sistemas e Informática Médica. Nenhum dos farmacêuticos exerce atualmente funções em organizações representativas dos profissionais, pelo que considerámos não haver conflitos de interesse relevantes para este trabalho.

O procedimento inicia-se com a definição de um período de tempo para o qual se querem imaginar os diversos cenários, e com a identificação das principais forças de mudança que afetam o mundo e o país que terão impacto na questão em estudo. A escolha do período de tempo mais adequado depende de diversos fatores, tais como a evolução tecnológica ou o período político¹⁰. Escolheu-se para este trabalho um período de 10 anos porque permite pensar em mais alternativas para o futuro do farmacêutico comunitário, sendo suficientemente curto para certos elementos predeterminados como os elementos demográficos, conferindo alguma previsibilidade neste factor, enquanto incertezas críticas como a evolução tecnológica ou o ambiente político tenderão a evoluir mais rápida e imprevisivelmente durante este período.

Para preparar as sessões de cenarização, foi previamente efetuada uma revisão da literatura, com o objetivo de identificar as principais incertezas críticas e forças de mudança, que proporcionou mais de 100 artigos sobre o papel do farmacêutico comunitário e as tendências futuras. As análises quantitativas dos números de profissionais tiveram por base os relatórios «Estatística do medicamento», disponibilizados

regularmente pelo INFARMED^{30,32}, assim como dados consultados nos sítios da internet da OF e da ANF^{29,31}.

Todos estes fatores foram explorados em equipa no decorrer dos *workshops*, de modo a determinar quais serão as «forças motrizes», ou seja, quais os fatores críticos que mais poderão moldar o futuro do farmacêutico comunitário. São as diferentes combinações destas forças que originam diversas histórias do futuro. O primeiro *workshop* iniciou-se com um pequeno seminário de forma a introduzir as ideias da análise prospetiva de cenários, tal como recomendado por Godet⁵, permitindo aos participantes dos *workshops* tornarem-se mais familiarizados com o conceito e as ferramentas deste tipo de análise. Ambos os *workshops* foram gravados para permitir posterior análise de conteúdo, de modo a melhor detalhar os resultados obtidos.

Aplicando este método conseguiu-se, na primeira fase, fazer um ponto da situação do farmacêutico comunitário em Portugal, identificando as principais tendências, os principais atores-chave (*stakeholders*) e as principais incertezas, e fatores críticos com possível impacto no papel do farmacêutico comunitário. Para iniciar essa definição, as principais incertezas e fatores críticos são condensados em 2 incertezas críticas: as «forças motrizes» (ou *driving forces*) dos cenários⁴³. Estas forças motrizes representam os fatores mais significativos que poderão influenciar o papel do farmacêutico comunitário em Portugal, e é partir deles que se começam a desenhar os primeiros cenários.

Na segunda fase, concebeu-se um papel para o farmacêutico comunitário em cada um dos cenários, construídos estrategicamente em torno das «forças motrizes», testando a consistência e a plausibilidade dos primeiros cenários.

Numa terceira fase, já só com a participação dos autores deste estudo, trabalhou-se o material recolhido para caracterizar cada um dos cenários, fazendo-se evoluir os cenários encontrados nas fases anteriores para possíveis cenários de decisão, e identificando pontos-chave, mais sensíveis, que poderão influenciar a tomada de decisão dos diferentes atores-chave envolvidos. Para tal, construiu-se uma narrativa e definiram-se indicadores para fazer a monitorização e, se necessário, a atualização dos cenários. É nesta fase que se consegue determinar e identificar mais facilmente as necessidades de futuras investigações para amenizar as incertezas encontradas¹⁰.

Este estudo foi efetuado de acordo com as normas e código de ética em investigação de serviços de saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. O protocolo do estudo foi aprovado pelo comité de ética deste Instituto (Parecer n.º: 7-2012-PN). Parte deste estudo tem sido financiando pelo projeto «ePharmaCare» da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/CCI-CIN/122690/2010).

Resultados

No decurso dos *workshops* de cenarização, foram abordados e debatidos temas que poderão influenciar de forma significativa o papel do farmacêutico comunitário no sistema de saúde português, com o objetivo de identificar incertezas críticas e as respetivas «forças motrizes». No primeiro *workshop* foram debatidos os fatores externos e internos bem como as

Tabela 1 – Fatores mais relevantes para o futuro do farmacêutico comunitário português

Factores mais relevantes	Outros factores discutidos
Ambiente económico	Ausência de carreira de farmacêutico comunitário
Organização/liberalização do SNS	Desenvolvimento tecnológico e velocidade de adaptação a novas tecnologias
Poder da ANF vs Ordem	Evolução para USF modelo C
Situação financeira das farmácias	Fatores culturais
Tipo de utente	Formação dos farmacêuticos
Vontade política	Gestão da qualidade e diferenciação dos serviços prestados
	Inconsistência de serviços entre farmácias
	Literacia informática dos utentes
	Saúde mais descentralizada

tendências atuais (mercado, número de farmacêuticos, etc.) levando os participantes a partilharem as suas perceções sobre a posição do farmacêutico comunitário no sistema de saúde em Portugal. Desta forma, encontrou-se o conjunto de fatores que mais poderão contribuir para afetar a mudança do papel do farmacêutico comunitário em Portugal e que de seguida se descrevem, tal como foram discutidos nos *workshops*. Na [tabela 1](#), apresentamos, de forma sucinta, todos os fatores que foram enunciados.

Serviços farmacêuticos

Os serviços farmacêuticos surgiram como tema central nos *workshops* de cenarização, tendo mesmo sido considerados o motor do desenvolvimento e satisfação profissional e do potencial de diferenciação entre farmácias. Assumem assim uma importância crescente, especialmente, desde a publicação do Decreto-Lei 307/2007. A constatação de que todas as farmácias têm os mesmos produtos levou os especialistas a concluir que, no futuro, a diferenciação entre farmácias poderá ser feita pelo tipo de serviços prestados. A tendência poderá passar por serviços mais sofisticados e que sejam remunerados. Ao valorizarem-se os serviços, pretende-se que estes sirvam de âncora, tendo como objetivo a fidelização dos utentes, mas sobretudo acrescentar valor à prestação do farmacêutico.

A ideia do «centro comercial da saúde» emergiu na discussão como um cenário plausível, mas que poderá acentuar o dilema da inconsistência de serviços entre farmácias, verificada entre as farmácias que preferem a diferenciação pelos serviços em detrimento da prática de descontos. Dentro deste tema, discutiu-se a possibilidade de outros profissionais de saúde prestarem os seus serviços nas farmácias ao mesmo tempo que os próprios farmacêuticos prestam os seus serviços inovadores (como a consulta farmacêutica).

Para que o alargamento dos serviços farmacêuticos a todas as farmácias seja exequível, poderão ser necessários incentivos às farmácias. Na perceção dos especialistas, as farmácias não vão oferecer serviços que não sejam sustentáveis economicamente. No entanto, mesmo estes podem não ser disseminados tão rapidamente. O exemplo do «Programa de

Cuidados Farmacêuticos da Diabetes», com a diminuição do número médio de doentes seguidos por farmácia, demonstra que pode não ser suficiente remunerar determinado serviço para que este seja aceite pelas farmácias, além de que a predisposição dos utentes para o pagar pode também ser um entrave à disseminação desse serviço.

Ambiente económico/situação financeira das farmácias

As farmácias são pequenas empresas privadas cuja atividade e rendimento estão dependentes das margens estipuladas pelo governo para os medicamentos comparticipados, da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e da venda de outros serviços. Para os especialistas, a situação financeira das farmácias bem como o ambiente económico em Portugal terão impacto no papel que o farmacêutico comunitário poderá desempenhar. Com a pressão que existe sobre o preço dos medicamentos, fruto da conjuntura económica atual, é provável que se continue a verificar a diminuição das margens de comercialização, asfixiando financeiramente as farmácias.

No final da discussão deste tema, ficou a perceção de que quanto mais o negócio for estrangulado, mais o ato clínico pode ter tendência a desaparecer, no que será um balanço difícil de fazer, pelo que as farmácias devem procurar outras fontes de financiamento. Estas passariam por vender mais produtos ou cobrar mais serviços. Outra sugestão apresentada foi que a constante redução das margens pode levar ao desaparecimento dos fornecedores grossistas, permitindo que se reforcem as margens da indústria e das farmácias. No futuro poderão ocorrer mudanças, potenciadas pelas sucessivas reduções de preços, o que poderá trazer ao farmacêutico novos desafios a nível de gestão. Os especialistas concordaram que os agrupamentos de farmácias que vêm surgindo já podem ser um sinal dessa tendência de facilitação da gestão.

Vontade política

Em torno dos temas discutidos, surgiu recorrentemente o tema da vontade política do governo em funções como um dos fatores com mais importância para o papel que o farmacêutico comunitário pode desempenhar. A vontade política é necessária à introdução de medidas que alterem a legislação vigente no setor da farmácia, dependendo de inúmeros fatores, tais como as pressões de grupos económicos, grupos profissionais ou a relação do partido de governo com os principais atores-chave do setor, nomeadamente com a ANF. Além disso, a noção de que pode começar a haver desemprego para os farmacêuticos dentro pouco tempo, gerando mais instabilidade, levou os especialistas a considerar que uma intervenção governamental neste setor será inevitável.

No entanto, o entendimento dos especialistas é que as recentes alterações legislativas têm sido impulsionadas por pressões económicas, como se tem verificado nos últimos anos em Portugal, com a liberalização da propriedade de farmácia, a possibilidade de venda de medicamentos fora das farmácias e com as sucessivas diminuições das margens de lucro, com o objetivo declarado pelos vários governos de diminuir o peso do custo com medicamentos no orçamento de Estado. Com as crescentes dificuldades orçamentais, é

possível que ocorra uma intervenção governativa no setor da saúde, não sendo as farmácias exceção. Pode haver, nesta situação, uma tendência para a verticalização do setor tal como a já verificada em alguns países, com propriedade e abertura liberalizada. As crescentes dificuldades de financiamento do SNS podem também levar a alterações mais ou menos profundas do sistema, não só na forma de financiamento, mas também na forma de funcionamento e prestação de serviços.

Utentes

O comportamento dos utentes é um fator determinante pois as suas necessidades e perceções podem influenciar a procura de serviços mais do que a procura de medicamentos, dada esta ser uma procura que é induzida.

O entendimento dos especialistas é que os sucessivos aumentos do copagamento dos medicamentos podem influenciar o público, levando-o a procurar as farmácias com os preços mais baixos, independentemente dos serviços oferecidos, ou ainda pressionando o governo para redução de margens de lucro e do preço dos medicamentos nas farmácias. Na dimensão da participação dos utentes no processo de tratamento, o entendimento é que a baixa literacia em saúde ainda é algo prevalente em Portugal. A baixa literacia pode assim contribuir para travar a extinção das farmácias no futuro mais próximo. Em relação à literacia tecnológica, apesar de as primeiras experiências de venda de medicamentos pelas farmácias na Internet não serem positivas, a perceção de que os portugueses aderem com facilidade às novas tecnologias deixa no ar a possibilidade de no futuro esta vir a ser uma área importante, com impacto na procura de medicamentos e serviços.

Papel das organizações profissionais

Na opinião dos especialistas no primeiro *workshop*, as farmácias e os farmacêuticos comunitários, apesar de interligados, são entidades distintas e podem naturalmente ser independentes. A carreira de farmacêutico não necessita de estar ligada à sobrevivência das farmácias, mas sim ao desenvolvimento do profissional. Este desenvolvimento tem sido fomentado pela formação contínua obrigatória, instituída nos estatutos da Ordem dos Farmacêuticos. Foi igualmente abordada a necessidade de uma carreira farmacêutica, dado que os farmacêuticos comunitários não têm evolução na carreira, pelo que o sítio onde trabalham (urbano vs. rural) é o que acaba por influenciar o desenvolvimento das suas capacidades.

Para os especialistas, as 2 entidades mais representativas do setor (ANF e OF) poderão desempenhar um papel fundamental na definição do farmacêutico futuro, apesar do previsível crescente antagonismo, tendo em conta que a maioria dos associados da Ordem já não é proprietária de farmácia. Os especialistas consideram que deve ser a Ordem o principal parceiro para as futuras negociações com o SNS e não a ANF. No entanto, a perceção de que «o poder económico é que manda», em referência à ANF, levou a conjecturar que será este o principal *player* a ter em conta dentro das associações profissionais. A ANF defende os interesses das farmácias, tendo nas últimas décadas favorecido o movimento de um serviço centrado no medicamento para um serviço centrado nos utentes,

isto é, a ANF tem prestado maior atenção aos aspetos relacionados com a prestação dos serviços farmacêuticos cognitivos em detrimento da dispensa de medicamentos. Os especialistas consideraram que este movimento foi positivo para os profissionais, constatando-se que grande parte do que tem sido feito pela profissão foi obra da ANF, desde o desenvolvimento de software e a ajuda à informatização das farmácias, o desenvolvimento de serviços e a aposta em programas como a troca de seringas, a terapêutica de substituição com metadona e os programas de cuidados farmacêuticos.

Cuidados de saúde primários

O tema dos CSP emerge no contexto da presente reforma e no impacto que esta terá no mercado das farmácias e no papel que o farmacêutico comunitário poderá vir a desempenhar. Com a evolução dos CSP, existe uma tendência para a harmonização dos procedimentos clínicos, o que pode ter impacto na gestão das farmácias. Além disso, pode também haver uma maior influência da prescrição hospitalar na prescrição dos CSP.

Durante o debate emergiram algumas ideias, dentro deste quadro, onde o farmacêutico comunitário pudesse desempenhar um papel ativo dentro das unidades de cuidados continuados (UCC). O farmacêutico poderia fazer uma gestão integrada dos doentes, estando presente nas unidades de saúde familiar (USF), havendo, ou não, ligação com as farmácias. Pode haver uma equipa de farmacêuticos, que pode fazer a distribuição e entrega, com a intenção de poupar custos. Para o farmacêutico comunitário poder integrar, de facto, a rede dos CSP, além das alterações legislativas foi identificada a necessidade de melhorar os hábitos de trabalho em equipa entre os profissionais de saúde envolvidos, nomeadamente, com os médicos e os enfermeiros, sendo que esta relação é influenciada por diversos fatores, como o *lobbying*, o ambiente de confiança e os fatores culturais.

Desenvolvimento dos cenários

Decisão de incertezas críticas e escolha dos cenários

A identificação das incertezas críticas que serão as forças motrizes da mudança passou por questionar os especialistas no primeiro *workshop* sobre quais os 2 fatores, entre os discutidos, que consideravam mais importantes para o futuro do farmacêutico comunitário. Da votação emergiram como principais incertezas críticas a organização/liberalização do SNS, a situação financeira das farmácias, o tipo de utente, a vontade política e o desenvolvimento e inovação tecnológica.

Considerámos que os fatores «vontade política», «organização/liberalização do SNS», e «ambiente económico» iriam definir uma das forças motrizes que designámos «Ambiente Legislativo». Este reflete a maior ou menor tendência para a liberalização do sistema de saúde e mercado das farmácias. Este eixo reflete também a situação económica do país, pois esta tem sido o motor para as alterações legislativas que poderão alterar a forma de financiamento e de funcionamento do SNS. A vontade política e as atitudes do governo então em funções serão determinantes no modelo

de financiamento que estará em vigor no futuro. Assim, considerámos como extremos deste primeiro eixo um extremo onde o ambiente macroeconómico está menos liberalizado, com poucas alterações legislativas relativamente às atuais regras do setor; e um outro extremo em que são introduzidas alterações no sentido de liberalizar a abertura e propriedade das farmácias, e também o próprio SNS.

Esta decisão é suportada no facto de que a alteração legislativa que pode produzir mais efeitos no mercado das farmácias é a liberalização de propriedade e a instalação destes estabelecimentos, devido a uma diminuição da regulamentação⁴⁴⁻⁴⁶. Em Portugal, a posição da Autoridade da Concorrência sobre esta matéria, baseada no estudo efetuado por Rodrigues et al.⁴⁴, tem sido a base das justificações políticas para as recentes alterações na regulamentação. Nesse estudo, considera-se que as restrições à propriedade de farmácias estão a restringir a «bolsa de talento», condicionando a inovação, o que cria entraves ao surgimento de novas soluções que pudessem ser do agrado dos consumidores, gerando uma potencial perda de eficiência. No entanto, relativamente à liberdade de instalação, as evidências apontam que a atual legislação é a que melhor garante a equidade de acesso^{45,46}. A escolha da melhor solução para a instalação de farmácias parece residir num equilíbrio entre assegurar a equidade de acesso e melhorar a eficiência enquanto mantém um elevado nível de serviços⁴⁷.

Em Portugal, tanto a ANF como a OF, têm defendido o modelo atual, em defesa da independência das farmácias e dos farmacêuticos. Advogam que só o modelo de unidade entre propriedade e direção-técnica permite que a dispensa de medicamentos seja feita com independência, sem pressões externas e com qualidade, apesar de não existirem evidências que suportem esse facto^{45,48}. Assegurando a presença de um farmacêutico na farmácia, assegura-se a qualidade da dispensa e prestação de serviços, pois este está sujeito ao cumprimento de um código deontológico que ajuda a proteger a sua atividade enquanto profissional de saúde independente, tendo o doente como foco principal dos seus cuidados⁴⁹.

Para definir a segunda força motriz, considerámos os fatores «situação financeira das farmácias», «tipo de utente» e «desenvolvimento tecnológico» como os que terão maior impacto no papel dos farmacêuticos comunitários, podendo potenciar diferenciação entre farmácias. Essa diferenciação poderá ser concretizada pela criação de serviços farmacêuticos. Assim designámos a segunda força motriz de «capacidade de inovação de serviços». Esta «capacidade» dependerá simultaneamente, da situação financeira das farmácias, da contínua e rápida evolução tecnológica e da maior ou menor procura desses serviços pelos utentes, caracterizados por um crescente envelhecimento, com maior prevalência de doenças crónicas, mas também com uma crescente capacitação a nível de informação e tecnologias. Como extremos deste eixo definiu-se um estado de pouco desenvolvimento e inovação de serviços, por ausência de incentivos, de procura e de condições financeiras das farmácias e no outro extremo, uma maior procura e aposta na inovação e no desenvolvimento da prestação de serviços, devido à necessidade de as farmácias se diferenciarem para aumentarem a captação de clientes e assim a sua faturação. É certo que a existência de serviços farmacêuticos

diferenciados só se justificará se houver procura. Esta procura pode ser induzida, tal como o é a procura por medicamentos, mas no caso dos serviços farmacêuticos diferenciados, a barreira constituída pela imagem dupla do farmacêutico que existe na opinião pública será uma das que tem de ser vencida^{14,27,50}. Também a atitude dos farmacêuticos perante a mudança será um fator a ter em conta. Roberts et al.⁵¹ constatam, num estudo efetuado com farmacêuticos australianos, a importância da motivação para a mudança. Reconhecer a existência destas motivações e valores pessoais dos farmacêuticos poderá ser importante para o sucesso de uma farmácia na implementação de serviços farmacêuticos diferenciados, de forma sustentada.

Na ótica dos proprietários de farmácia, o interesse nos serviços farmacêuticos só será aprofundado se estes se revelarem uma mais-valia em termos económicos para a farmácia. Uma remuneração adequada pelos serviços farmacêuticos prestados será essencial para assegurar que mais profissionais adotem esta nova filosofia de trabalho^{45,51}. Contudo, a falta de rigor da larga maioria dos estudos já efetuados, sobretudo no que concerne à avaliação económica, constitui um sério obstáculo para que estes sejam remunerados pelos financiadores dos diferentes sistemas de saúde⁵². Havendo demonstração das mais-valias económicas que os serviços farmacêuticos diferenciados trazem, cabe aos farmacêuticos assegurar que o nível de desenvolvimento e inovação é uniforme, precisando igualmente de mostrar aos consumidores o valor desses serviços, contribuindo assim para a equidade do sistema de saúde. Com esta base, será natural que os proprietários de farmácias antevejam nos serviços farmacêuticos uma fonte de receitas a não menosprezar, principalmente num contexto de dificuldades económicas⁵³.

Com as forças motrizes dos cenários definidas, podem construir-se os cenários finais (fig. 2), que de seguida se descrevem. Estas descrições constituem histórias do futuro, hipóteses para o futuro da farmácia e do farmacêutico comunitário, discutindo-se posteriormente as implicações nos profissionais e no sistema de saúde. A escolha dos nomes para os cenários finais reveste-se de especial importância, sendo crucial serem nomes marcantes para serem mais fáceis de recordar. A escolha do inglês para nomear os cenários prende-se com o facto de a tradução certa para alguns dos termos utilizados retirar impacto ao nome do cenário.

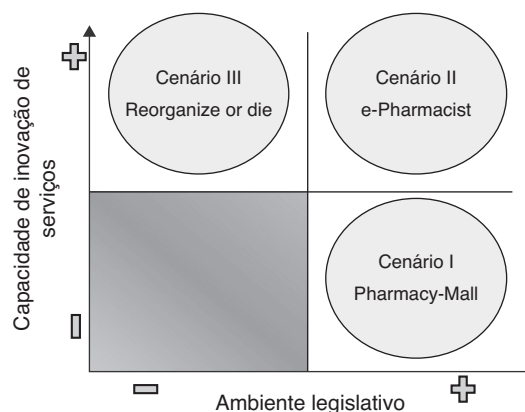


Figura 2 – Cenários prospectivos finais.

Cenário I – «Pharmacy-mall»

Neste cenário, considera-se como premissa que na sequência de alterações económicas e legislativas ocorreu a liberalização total da propriedade e instalação de farmácias. As alterações legislativas não abrangem a remuneração das farmácias, continuando estas a ter como principal fonte de receitas as margens de comercialização dos medicamentos. Não foram acionadas medidas para incentivar o desenvolvimento de serviços, nem estes são remunerados pelo Estado. Além disso, a procura de serviços farmacêuticos pelos utentes é baixa. Como também melhoraram as margens de comercialização (com concentração horizontal e vertical no setor), os proprietários das farmácias também não sentem a necessidade de inovar, não apostando no desenvolvimento dos serviços, mantendo-se um nível baixo de inovação de serviços farmacêuticos. Neste cenário, há uma pressão maior na componente do produto e uma dependência grande da política do proprietário. Poderão ainda surgir farmácias na Internet, não necessitando nesse caso o utente de se deslocar à farmácia. Todo o processo de dispensa está automatizado desde a prescrição – o médico envia a prescrição para um servidor e o utente decide depois onde quer receber os medicamentos dessa prescrição, se numa farmácia tradicional se em casa por correio ou estafeta.

Neste cenário, a acentuada redução da necessidade de farmacêuticos comunitários, as dificuldades económicas e a introdução de farmácias *online* teria como consequência uma diminuição das necessidades de farmacêuticos comunitários, o que poderia conduzir a um aumento de desemprego entre farmacêuticos. Outra consequência do excesso de farmacêuticos, poderá ser que muitos irão escolher emigrar em busca de melhores oportunidades laborais, melhores condições económicas e melhor satisfação profissional⁵⁴.

O número de farmácias nas zonas urbanas de maior densidade populacional tenderá a aumentar ligeiramente, mas a viabilidade das farmácias mais pequenas e independentes e das farmácias das zonas rurais pode estar ameaçada. Como consequência, o número total de farmácias tenderá a diminuir ao longo da década (fig. 3). Para melhorar a compreensão do que poderão ser os impactos dos vários cenários foram incluídas (de acordo com a metodologia dos cenários) as tendências associadas a cada cenário em 3 indicadores (figs. 4 y 5), tendo por base a informação recolhida durante os *workshops* de cenarização.

A presença de um farmacêutico comunitário nas farmácias continuará a ser obrigatória mas o trabalho de aconselhamento e dispensa iria ser realizado sobretudo por técnicos de farmácia, ficando apenas reservado ao farmacêutico aspectos de controlo e garantia de qualidade da dispensa. O número de farmacêuticos por farmácia tenderá a diminuir (fig. 4), e aumentar o número de técnicos e auxiliares, devido à necessidade de conter custos.

Com o farmacêutico a ver desvalorizada a sua posição social, remuneração e com o trabalho de aconselhamento e dispensa a ser realizado por técnicos de farmácia, os farmacêuticos recém-diplomados deixariam de seguir esta via profissional. As remunerações tendem a ser mais baixas e o facto de não exercer a fundo a sua função clínica torna a opção por farmácia comunitária pouco aliciante. Esta situação teria

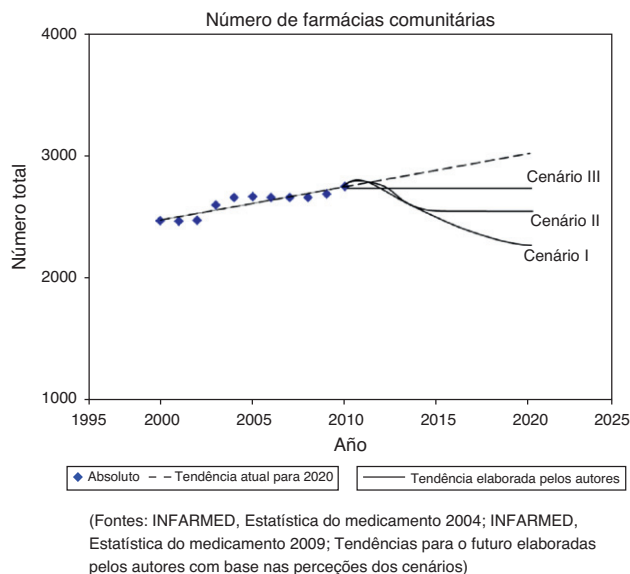


Figura 3 – Evolução do número de farmácias ao longo da década em cada um dos cenários.

reflexos no número de farmacêuticos e na procura dos cursos de ciências farmacêuticas (fig. 5).

As competências necessárias ao desempenho do farmacêutico comunitário neste cenário são relativas à supervisão da dispensa e à gestão de processos na farmácia. Assim estes profissionais teriam de adquirir mais competências nos aspectos de liderança, da gestão do espaço da farmácia, gestão de colaboradores, aspetos regulamentares e farmacovigilância. Para os farmacêuticos que fossem contratados por farmácias de venda *online* seria indispensável o domínio das novas tecnologias de dispensa e das tecnologias de informação, pelo que também seria necessário reforçar o ensino destas competências. Aspectos relacionados com a prestação de serviços farmacêuticos não seriam tão valorizados como hoje

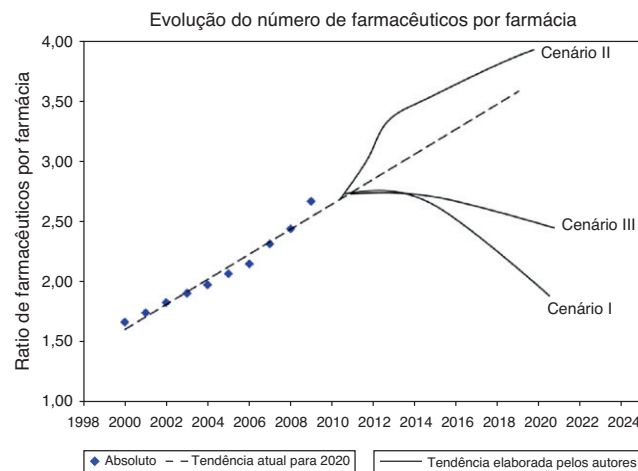
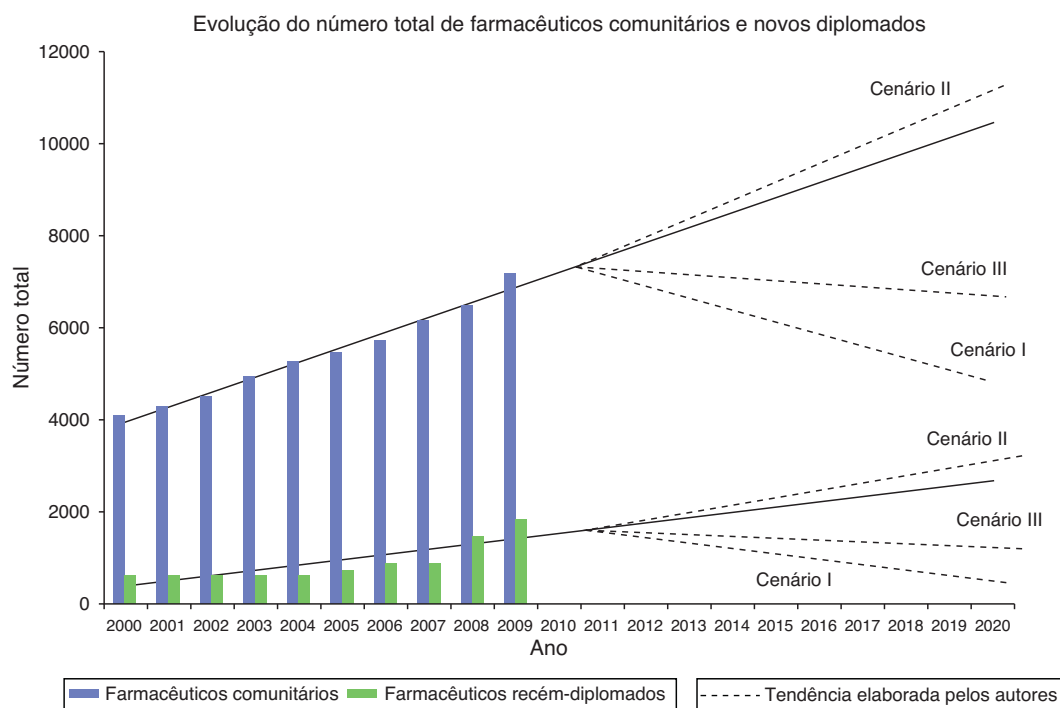


Figura 4 – Evolução do número de farmacêuticos por farmácia ao longo da década em cada um dos cenários.



(Fontes: INFARMED, Estatística do medicamento 2004; INFARMED, Estatística do medicamento 2009; PORDATA, Dados estatísticos da área da saúde 2000-2009; Tendências para o futuro elaboradas pelos autores com base nas percepções dos cenários)

Figura 5 – Evolução do número de farmacêuticos comunitários e de farmacêuticos recém-diplomados ao longo da década em cada um dos cenários.

em dia, sendo mais valorizada a capacidade de gestão. Na perspetiva da formação de novos profissionais seria necessária a adaptação do 2.º ciclo de estudos do curso de Ciências Farmacêuticas com mais componentes de gestão e menos investimento na diferenciação do farmacêutico, pois podem surgir cursos de Gestão que concorram com o farmacêutico para a área da gestão dos processos da farmácia, o que poderá limitar ainda mais a ação do farmacêutico comunitário à supervisão dos aspetos técnicos da dispensa de medicamentos.

Para os farmacêuticos, o cenário «*pharmacy-mall*» é aquele que menos hipótese oferece de desenvolvimento profissional, além de representar uma contração clara das necessidades dos farmacêuticos comunitários. Além disso, num cenário onde surgem cadeias de farmácia mais orientadas para o lucro, emergem conflitos entre o aconselhamento e os objetivos de negócio^{27,55}, que teriam também consequências a nível da satisfação profissional e condições laborais para os farmacêuticos, sendo previsível uma degradação destes parâmetros.

Para os utentes, o maior benefício deste cenário é a maior equidade vertical, com os preços dos medicamentos a diminuir devido à maior competição⁴⁶. Para o sistema de saúde, este cenário pode trazer poupanças em gastos com medicamentos, tal como observado nos países com um modelo semelhante, tendo no entanto consequências a nível da acessibilidade ao medicamento, sobretudo em meios rurais^{45,46}. Acautelando este pormenor, este é um cenário favorável para este ator-chave.

Cenário II – «*e-Pharmacist*»

Neste cenário, as alterações legislativas são ainda mais profundas. O ambiente mais liberalizado, por pressão das instituições europeias e dos mercados e pela necessidade premente de conter os custos com os medicamentos, irá reflectir-se não só na instalação e propriedade de farmácias mas também numa reforma do SNS, sendo este agora um sistema repartido em diferentes subsistemas dependente da utilização de seguros, tanto públicos como privados. Essa alteração permite a entrada de prestadores privados que operam num mercado mais aberto, onde a prestação de serviços dos profissionais de saúde é convenientemente remunerada pelas diferentes entidades financiadoras. Os farmacêuticos comunitários estariam entre os profissionais mais requisitados pelos diferentes subsistemas, pois a mais-valia dos serviços farmacêuticos diferenciados teria sido demonstrada, não só a nível dos ganhos em qualidade de vida, mas também a nível da segurança na utilização de medicamentos e na poupança de recursos económicos com medicamentos e outras tecnologias de saúde. Devido a esse reconhecimento, as terapêuticas mais avançadas que anteriormente eram apenas dispensadas nas farmácias hospitalares, são agora dispensadas por farmacêuticos comunitários. O desenvolvimento de mais serviços diferenciados é incentivado, tornando-se o farmacêutico reconhecido como um profissional de saúde essencial à boa gestão da saúde.

Com o Estado e as diferentes entidades financiadoras a remunerar os serviços, o farmacêutico veria valorizada a sua prestação profissional, podendo até exercer fora da farmácia pois teria condições para fazer uma gestão integrada dos doentes sem estar dependente da fonte de receitas que são os medicamentos. No entanto, muitos farmacêuticos comunitários continuariam a exercer dentro do espaço da farmácia, dependendo a diversidade dos serviços existentes da política de desenvolvimento e a prestação dos respetivos proprietários.

Também neste cenário tenderão a existir farmácias na Internet e a possibilidade da dispensa de medicamentos ocorrer à distância, sob a responsabilidade de um farmacêutico ou de outro profissional de saúde. A inovação de serviços leva à entrada das novas tecnologias em força no mercado dos cuidados de saúde. Os farmacêuticos comunitários continuarão na linha da frente e agora gerem um espaço virtual, o gabinete electrónico, onde é possível a interacção com o médico e com o utente, o acesso a alguma informação do registo do doente e onde se faz a gestão da doença e da terapêutica. O farmacêutico será o responsável por manter este gabinete a funcionar, pela informação de saúde publicada e por estabelecer a comunicação entre o utente e o médico. Também foi já implementado um sistema que permite ao farmacêutico fazer a gestão da doença à distância, recolhendo a informação necessária (parâmetros bioquímicos, efeitos adversos e adesão à terapêutica) sem o doente ter de deslocar-se à farmácia.

A necessidade de farmácias comunitárias diminui. O número de farmácias, após um ligeiro aumento inicial, poderá sofrer um decréscimo (fig. 3), por dificuldades económicas das farmácias mais pequenas e das que não conseguirem adaptar-se ao novo paradigma. Apesar da diminuição do número de farmácias, a necessidade de prestar serviços farmacêuticos diferenciados leva a que as farmácias recrutem mais farmacêuticos. Iria assistir-se de início a uma maior procura de farmacêuticos comunitários (fig. 4), com formação adequada à prestação de serviços. O número de outros profissionais estabilizaria, sendo que a sua principal atividade seria a dispensa de medicamentos, assistida pelas novas tecnologias de robotização e informação, de forma a deixar mais tempo livre para o farmacêutico. No entanto, com a possibilidade de o farmacêutico ser remunerado sem necessitar de vender medicamentos, haverá muitos profissionais que optariam por exercer de forma independente.

Este ambiente seria favorável para o desenvolvimento profissional dos farmacêuticos comunitários. É natural que com as novas responsabilidades e as possibilidades de participação no sistema de saúde, o farmacêutico comunitário se torne numa profissão com maior procura (fig. 5) reflectindo-se no número de diplomados que iriam optar por esta via profissional.

Desenvolvendo-se os CSP numa lógica de serviços, a necessidade de conter os custos com os medicamentos pode impulsionar a integração deste novo farmacêutico nos CSP. Este farmacêutico pode integrar a equipa do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), de uma farmácia da zona, ou ser um profissional independente, mantendo uma interligação com os outros profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros, com os quais partilharia responsabilidades na gestão da doença.

No cenário «e-Pharmacist», as questões de empregabilidade que surgem com a liberalização da propriedade de farmácia serão compensadas pela possibilidade de o farmacêutico poder exercer de forma independente, com a remuneração assegurada pelos serviços farmacêuticos. O desenvolvimento deste novo papel traria a necessidade de adquirir novas competências. Para tal, além dos aspetos técnicos relacionados com o uso de medicamentos, o farmacêutico comunitário terá de dominar também outros aspectos da prestação de serviços nomeadamente, uma forte formação em farmacoterapia, farmácia clínica e em gestão de programas de cuidados farmacêuticos. Terá de ser um utilizador de tecnologias de informação, como a Web 2.0, usada no auxílio à prestação dos serviços e na comunicação com os utentes e com os outros profissionais de saúde envolvidos na gestão doença. Seria fundamental promover-se uma maior cultura de trabalho em equipa entre o farmacêutico e os restantes profissionais de saúde, dando apoio ao farmacêutico comunitário para que este se integre nos CSP: terá de existir uma maior ligação com o médico de família e colaboração na gestão do medicamento e da doença.

Para os utentes, este cenário pode revelar-se valioso. A gestão da doença e da terapêutica, podendo ser efetuada à distância, pode implicar diminuição dos custos associados à gestão da doença e redução de idas ao médico. A conveniência da proximidade dos farmacêuticos é um dos fatores que atualmente influi na satisfação com os seus serviços³⁸, sendo provável que a melhoria da acessibilidade, característica deste cenário, possa aumentar ainda mais a satisfação dos utentes.

Para os sistemas de saúde, a integração dos farmacêuticos na rede de CSP iria fazer entrar os custos dos cuidados farmacêuticos no orçamento. Mas a diversidade de financiadores característica deste cenário, iria reconhecer os ganhos em saúde e eficiência desta nova forma de atuação, sendo os custos com os cuidados farmacêuticos compensados com reduções em outros custos relevantes para o financiador. Além disso, um compromisso entre a contenção de custos com os medicamentos e a qualidade é possível, e estes novos serviços em muito podem contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde¹⁶.

Cenário III – «Reorganize or die»

Neste cenário considera-se que o ambiente legislativo mantém-se pouco alterado não existindo alterações na lei da propriedade de farmácia, na forma de financiamento do SNS nem na forma de remuneração das farmácias. Assim, as farmácias teriam de procurar outras fontes de financiamento para sobreviverem e manterem lucros, ou constituir agrupamentos de farmácias para tentar diminuir os custos. O desenvolvimento de serviços acontecerá apoiado na necessidade das farmácias se diferenciarem umas das outras de modo a aumentarem a procura dos seus serviços e produtos, fazendo assim face à redução das margens. Nem todas as farmácias evoluirão no mesmo sentido, dependendo da vontade dos proprietários em continuar independentes ou unirem-se a grupos já existentes. É provável que surjam *fran-chises* de farmácias.

Algumas farmácias iriam apostar em serviços farmacêuticos, dando ênfase à inovação e à introdução de soluções

tecnológicas. Iriam recorrer a outros profissionais para serviços que não sejam do âmbito do farmacêutico, como por exemplo, nutricionistas para consultas de nutrição, enfermeiros para tratamentos mais específicos (pé diabético, pensos, etc.) e outros profissionais (psicólogos, podologistas, medicina alternativas, etc.). Poderiam ser estabelecidas parcerias com estes profissionais, dependendo o mix de serviços da política que o proprietário quer para o seu espaço.

O número de farmácias tende a estabilizar (fig. 3) pois a abertura de farmácias iria continuar condicionada ao concurso público com os critérios agora em vigor. A maioria das farmácias terá sítios na Internet mas, como não houve alteração da legislação e a venda de medicamentos sujeitos a receita médica só pode ser feita individualmente após o envio pelo utente da prescrição médica, será um serviço pouco requisitado. Os sítios ficam vocacionados para a comunicação com o utente e a venda de MNSRM e outros produtos de saúde e bem-estar. Os farmacêuticos serão responsáveis pela produção de conteúdos para esses sítios, adaptados à realidade socioeconómica de cada farmácia. Não sendo necessários muitos farmacêuticos por farmácia, este cenário leva a uma diminuição do ratio de farmacêuticos por farmácia (fig. 4), sobretudo devido aos constrangimentos económicos. O número de técnicos nas farmácias tenderá a aumentar, sobretudo para a função de dispensa de medicamentos e de venda de outros produtos. A procura do curso de ciências farmacêuticas pode diminuir (fig. 5), em parte devido à menor necessidade de farmacêuticos e em parte devido à redução do apelo pela profissão, pois nem todos os diplomados têm apetência para ser vendedores.

Uma outra tendência será o aumento a nível nacional de casos de integração dos ACES em hospitais, criando unidades locais de saúde (ULS), com o intuito de otimizar a gestão clínica e os custos. Esta situação pode promover a integração dos serviços farmacêuticos dos hospitais com os comunitários, potenciando mais-valias relativas à compra e distribuição de medicamentos com benefício para o utilizador e para o financiador, mas com impacto a nível das farmácias da região. Seria mais um fator a contribuir para o estrangulamento financeiro das farmácias, mas que abriria mais oportunidades para os farmacêuticos desenvolverem a sua atividade integrados nas ULS, com funções de gestão de informação relativa ao uso dos medicamentos prescritos na ULS, controlando ainda os custos das prescrições e podendo também proceder à dispensa de alguns medicamentos. Esta situação traria a possibilidade de melhorar a relação com os médicos.

Neste cenário o farmacêutico comunitário assume um papel mais comercial. Seria o profissional responsável pela dispensa dos medicamentos mas otimizou essa dispensa e deixou-a para os técnicos. Poderia ainda desenvolver e inovar a prestação de serviços. Dado que muitos desses serviços não seriam da sua responsabilidade, o farmacêutico comunitário (não proprietário) será apenas mais um profissional dentro de um espaço de saúde. Será natural que venha a especializar-se na venda de outros produtos (suplementos alimentares, produtos de óptica, produtos de ortopedia, produtos de dermocosmética), necessitando de adquirir mais competências nestas áreas, para assim ver reforçada a sua faceta de vendedor. Simultaneamente, terá de cuidar dos aspectos relacionados com os serviços farmacêuticos, procurando

desenvolvê-los, continuando a assumir a direção técnica e a responsabilidade pela dispensa de medicamentos. Num ambiente em que a eficiência tem de ser máxima, situações como o stress relacionado com o trabalho e «burn-out» podem começar a ocorrer entre os farmacêuticos, podendo-os levar a abandonar a profissão²⁷.

Mais do que a competência técnica, será a relação com o cliente que terá um maior peso neste cenário, pois a remuneração dos serviços é assegurada em exclusivo pelos utentes, pelo que o marketing de serviços assumirá um papel decisivo para se aumentar a procura. Deverá dedicar grande atenção a aspetos relacionados com a venda de produtos de saúde e com aspetos relacionados com a qualidade da dispensa dos medicamentos. As técnicas de venda ou de marketing de produtos, e as técnicas comunicacionais serão importantes para fidelizar clientes.

Para os utentes, este cenário não é muito vantajoso, pois começariam a ser mais encarados como consumidores de produtos e serviços em detrimento de serem encarados como utentes de um serviço de saúde. Nem todos teriam acesso aos serviços farmacêuticos pois continuariam a depender da localização da farmácia mais próxima, da política adotada pelos proprietários e da capacidade individual para pagar pelos serviços farmacêuticos propostos em cada farmácia.

Para o sistema de saúde, a não integração deste farmacêutico comunitário na rede de CSP limitaria os ganhos de eficiência associados aos cuidados farmacêuticos. O facto de o financiamento destes serviços ser da exclusiva responsabilidade do utente leva a que a equidade do sistema saia prejudicada. Nem todos os cidadãos que realmente necessitariam destes serviços teriam disponibilidade financeira para os adquirir. A disponibilidade de mais farmacêuticos pode levar à sua integração em serviços de saúde da ULS mas com funções distintas dos farmacêuticos comunitários. Passariam a ter funções de controlo de prescrições, definição de guidelines terapêuticas e disponibilização de informação junto dos restantes profissionais de saúde, para obter poupanças económicas no uso dos medicamentos e melhorar a eficiência do sistema de saúde.

Desenvolvimento de indicadores para os cenários

A mais-valia da análise de cenários é estimular novas formas de pensar e de debater o futuro. É importante deixar para trás velhos hábitos se realmente a profissão quiser mudar, abordando o futuro com uma mente aberta. Os resultados dos *workshops* de cenarização permitiram construir 3 cenários diferentes, representando futuros plausíveis, baseados nas evidências observadas em vários estudos nacionais e internacionais. Nenhum deles pretende representar o «futuro real». A antecipação destes cenários permitirá preparar estratégias e estimular a criação de novas formas de prática, numa sociedade em mudança.

Todos os cenários elaborados têm aspectos comuns que se prendem com a evolução das competências dos técnicos de farmácia e com a evolução tecnológica, que levam a uma diminuição da necessidade de farmacêuticos comunitários no aconselhamento e dispensa. Na tabela 2 resume-se as

Tabela 2 – Resumo das principais características e implicações dos cenários elaborados

	Cenário I «Pharmacy-mall»	Cenário II «e-Pharmacist»	Cenário III «Reorganize or die»
Necessidade de farmacêuticos comunitários	Diminui	Aumenta	Diminui
Principais funções	Supervisão	Prestador de cuidados	Vendedor/inovador
Competências a adquirir	Liderança Gestão de farmácia e de recursos humanos Aspetos regulamentares Farmacovigilância Tecnologias de informação	Reforçar competências de farmacoterapia e farmácia clínica Tecnologias de informação avançadas (Web 2.0) Aptidões para trabalho em equipa	Gestão de clientes Marketing de produtos e serviços Técnicas comportamentais e comunicacionais
Integração dos farmacêuticos comunitários nos CSP	Não	Equipa multidisciplinar nas USF Policlinicas	Nas ULS, com competências distintas dos farmacêuticos a exercer nas farmácias

principais características e implicações dos cenários, de forma a realçar os aspetos mais importantes a ter em consideração para a elaboração de estratégias.

A importância de dados empíricos sólidos para a elaboração de políticas, decisão e monitorização do progresso dos recursos humanos de saúde rumo ao desenvolvimento e reforço dos sistemas de saúde, está já amplamente reconhecida². Tendo em conta os fatores de mudança, as

barreiras e as tendências de evolução já identificadas, Zellmer¹⁵ sugere indicadores para que os líderes e os estrategas dentro da profissão e sistema de saúde possam monitorizar a situação de implementação dos serviços farmacêuticos, como nova pedra basilar da prática farmacêutica. Com base nestes indicadores, definiu-se um conjunto de indicadores adaptados à realidade portuguesa atual e futura, de modo a acompanhar a evolução do papel do farmacêutico

Tabela 3 – Indicadores para acompanhar a evolução da mudança do papel do farmacêutico comunitário em Portugal

Principais domínios	Indicadores
Farmacêuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais habilitados a prestar serviços farmacêuticos diferenciados • Número de farmacêuticos por farmácia • Rácio entre vagas em farmácias «tradicionais» e vagas em farmácias com uma orientação mais clínica • Número de farmacêuticos a exercer funções clínicas fora das farmácias e hospitais • Número de farmacêuticos desempregados e farmacêuticos emigrantes • Nível de salário dos farmacêuticos • Número de farmacêuticos independentes que publicita a sua atividade
Procura de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Número de organizações profissionais independentes • Número de serviços prestados • Rácio entre serviços diferenciados e indiferenciados • Número de outros profissionais a prestar serviços nas farmácias • Gastos dos utentes com os serviços farmacêuticos • Número de anúncios em todos os meios de comunicação a publicitar serviços farmacêuticos • Grau de correlação entre a escolha da farmácia e o mix de serviços da farmácia
Sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Número de prestadores que requerem farmacêuticos para programas de gestão de doença e terapêutica • Gastos com campanhas para informação sobre onde encontrar este novo farmacêutico • Número de subsistemas que pagam ao farmacêutico os serviços de gestão de doença e terapêutica • Número de médicos de família que espera ter um farmacêutico a prestar estes serviços
Evolução dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Número de serviços que recorrem a tecnologias de informação a sua prestação e suporte • Número de farmácias com autorização para vender medicamentos por Internet • Número de artigos publicados sobre serviços farmacêuticos inovadores, relacionados com avanços no diagnóstico e tratamento da doença • Número de artigos publicados incidindo sobre os serviços farmacêuticos e sua integração no sistema de saúde
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Número de artigos com análise económica de serviços em revistas <i>peer-reviewed</i> • Número de farmácias independentes ou integradas em grandes organizações que optam pela prática clínica. • Gastos com medicamentos em % do PIB • Número de novos MNSRM aprovados
Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Número de faculdades e outras instituições de ensino com cursos de formação para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos economicamente sustentáveis • Número de faculdades e outras instituições de ensino com cursos de gestão para a área de farmácia
Técnicos de farmácia e outros profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Número de técnicos e auxiliares por farmácia • Número de técnicos habilitados com licenciatura em farmácia • Número de técnicos inscritos nas suas organizações

Fonte: Zellmer¹⁵, 2010.

comunitário em Portugal (tabela 3). A informação recolhida nestes indicadores permitirá elaborar as melhores estratégias para a profissão, encontrar o caminho para as suas novas funções, levando em conta os fatores e as tendências externas, identificando os principais *stakeholders* com quem terá de se relacionar e de negociar para os fazer aceitar o farmacêutico comunitário como peça essencial numa equipa de CSP.

Discussão de algumas implicações dos cenários

Da análise destes cenários, pode-se deduzir que no futuro, só haverá maior necessidade de farmacêuticos comunitários se a prática de serviços farmacêuticos for adotada. Como a dispensa de medicamentos é também um serviço farmacêutico, esta continuará a ser uma responsabilidade do farmacêutico em todos os cenários, mesmo que sejam outros profissionais a executar essa dispensa. Isto significa que para o farmacêutico comunitário será essencial dominar vários aspetos relacionados com os medicamentos, desde a molécula até às consequências da sua aplicação.

Apesar de no imediato não ser crível que a profissão esteja ameaçada, parece haver consenso, tanto nacional como internacionalmente, de que para o farmacêutico comunitário continuar a justificar a sua existência terá de encontrar um novo papel no futuro, provavelmente ligado à prestação de serviços e aos cuidados farmacêuticos²⁴. Outros autores^{15,56} apontam no entanto, a falta de consenso dentro da profissão, como um dos principais fatores impeditivos para a mudança de prática desejada por muitos. Rosenthal et al.⁵⁷ sugerem que, «estando os factores já identificados, e havendo diversos estudos que abordam formas de os remover, estes fatores não serão barreiras mas apenas desculpas», deixando em aberto a hipótese de ser o excesso de inércia dentro da profissão uma das barreiras mais difíceis de ultrapassar. A discussão envolve todos os farmacêuticos, desde as faculdades até às farmácias. Se no momento atual, os farmacêuticos comunitários que já exercem a sua atividade têm um papel importante com as suas atitudes e com a realização de mais investigação em contexto de prática, para o futuro a preparação curricular será a que assumirá importância maior. Isto leva a um debate entre as 2 correntes a nível académico, que ainda decorre^{24,58}.

As organizações representativas do setor, enquanto interlocutores da profissão junto dos *policy-makers*, podem ter um papel essencial na elaboração de estratégias que vão ao encontro dos desejos dos profissionais^{59,60}. Mas, sobretudo, é importante que estes líderes baseiem as suas estratégias em factos do mercado português. É necessário mais conhecimento para que estratégias mais sólidas possam ser apresentadas aos *policy-makers*. Há aqui também um papel para outras organizações, tais como as ligadas à investigação e ao ensino da profissão^{51,61}. As faculdades, além de contribuírem para o desenho das melhores estratégias, também terão a responsabilidade de dar formação a estes novos profissionais. Para que uma prática centrada no doente se torne possível é essencial orientar os currículos dos cursos para a prática clínica^{24,61,62}, havendo, no entanto, a necessidade de equilibrar os conteúdos clínicos e os conteúdos relacionados com os aspetos tecnológicos do medicamento, de forma que o farmacêutico conheça o melhor possível as novas terapêuticas com

que terá de lidar para continuar a ser o especialista do medicamento, único papel que de facto justifica a sua existência.

A inclusão do farmacêutico comunitário na equipa de saúde depende da aceitação dos outros profissionais de saúde envolvidos, sobretudo dos médicos de família. A relação com os médicos surge frequentemente como uma barreira à mudança de práticas^{63,64}. Se o farmacêutico detetar problemas relacionados com os medicamentos, necessitará de intervir, o que pode gerar conflitos com o médico⁶⁴. Para melhorar esta relação, é sugerido, por vários autores, concentrar esforços na mudança estratégica de práticas, acordadas entre as 2 profissões, assim como em aspetos educativos relacionados com os cuidados farmacêuticos⁶⁵. Igualmente, a evolução de competências dos enfermeiros, tomando por vezes o lugar que o farmacêutico ocuparia na equipa de saúde, é uma ameaça que deve ser tida em conta⁶⁶. Se o farmacêutico quiser assumir a responsabilidade pela gestão da doença terá também de adquirir novas competências, sem no entanto se sobrepor às competências dos enfermeiros. Será necessário um maior diálogo entre as 2 profissões e provavelmente uma maior partilha de conhecimentos desde a faculdade, aproveitando a sinergia entre enfermeiros, farmacêuticos e farmácias na prestação de serviços de saúde à comunidade.

Relativamente às necessidades de saúde, sabe-se que a prevalência de doenças crónicas irá aumentar, e que estas são condições de saúde onde a prestação do farmacêutico comunitário fora do âmbito da dispensa de medicamentos já demonstrou ser uma mais-valia⁶⁷⁻⁶⁹. O futuro será caracterizado por utentes melhor informados, que recorrerão mais vezes à automedicação tendo como fonte de informação principal a Internet. Se o farmacêutico não se adaptar a este novo ambiente, será considerado uma peça dispensável na equipa de saúde. É importante que o farmacêutico comunitário tente alterar a sua imagem de vendedor de produtos de saúde, se quiser ser considerado um profissional de saúde e assim ganhar definitivamente a confiança dos utentes e tornar-se indispensável na equipa que faz a gestão da terapêutica e da doença.

A evolução das tecnologias de informação está a ter um impacto muito acentuado^{14,70-73}. A utilização de soluções tecnológicas para o processo de dispensa de medicamentos irá aliviar ainda mais o farmacêutico para que possa assumir totalmente outras funções. É provável que a introdução destas tecnologias enfrente algumas resistências, sobretudo pelos profissionais mais antigos. Mas a mais-valia que apresentam em termos de relacionamento com o sistema de saúde, médicos e utentes, leva a crer que esta área pode ser muito importante para o farmacêutico comunitário do futuro, quer como utilizador destas tecnologias quer ajudando ao seu desenvolvimento.

Na sequência da identificação das várias barreiras que limitam a mudança de práticas, podem-se identificar facilitadores de mudança, elementos que contribuem para ultrapassar essas barreiras e a agirem como agentes indutores da mudança^{51,74}. Entre os fatores promotores da mudança das práticas podem-se encontrar a remuneração, a comunicação, a liderança e a educação e a formação⁵¹. Destes fatores, aquele que previsivelmente terá mais importância no futuro será a forma de remuneração dos serviços farmacêuticos, sobretudo se considerarmos a situação atual, com farmácias a

operarem com margens negativas⁴¹. A forma de remuneração que neste momento vigora, com base em margens e taxas fixas sobre a venda de medicamentos, poderá dar lugar a uma remuneração por serviço, seguindo o exemplo de países como o Reino Unido⁴⁵, passando provavelmente por um momento intermédio de remuneração mista, semelhante à que já vigora na Bélgica⁷⁵. No entanto, esta é uma alteração que carece de óbvias alterações legislativas. Cabe aos farmacêuticos a iniciativa de separar a remuneração da dispensa de medicamentos da remuneração dos serviços farmacêuticos diferenciados, a fim de que os financiadores não percecionem nenhum conflito de interesses entre a prestação dos 2 serviços. Contudo, os farmacêuticos também devem reconhecer diferentes formas de remuneração pelos serviços, desde o pagamento direto pelo utente até às diferentes formas de pagamento dos financiadores, desde o SNS até às seguradoras da área da saúde⁷⁶.

Limitações do estudo e novas questões de investigação

A construção de cenários permite uma reflexão conjunta para apoiar o desenvolvimento estratégico, a aprendizagem em equipa e o processo de tomada de decisão. O mais importante não é prever o futuro mas sim construir cenários que delimitem os futuros possíveis de forma apropriada e nos ajudem a decidir as melhores estratégias⁷⁷.

Apesar das limitações, este tipo de estudo reveste-se de grande utilidade para gerar novas questões de investigação, que ajudam a elaborar estratégias mais adequadas para uma mudança efetiva de práticas dos farmacêuticos comunitários portugueses. Assim, após a elaboração destes cenários, surgem algumas novas questões de investigação que poderão ser estudadas nos tempos mais próximos, de forma a elaborar estratégias e a definir qual o papel que o farmacêutico comunitário poderá ter no futuro:

- quais os serviços que os utentes esperam das farmácias;
- estão os currículos atuais adaptados à prática futura;
- quais as necessidades atuais e futuras dos farmacêuticos comunitários em Portugal;
- qual a eficiência económica dos programas de cuidados farmacêuticos em Portugal;
- qual o impacto da reorganização do setor das farmácias no mercado e no papel do farmacêutico em Portugal;
- qual o impacto das medidas do memorando de entendimento no mercado das farmácias;
- que expectativas têm os atuais farmacêuticos comunitários para o seu futuro;
- que impacto terá a remuneração por serviços em vez de produtos;
- que impacto terá um farmacêutico a exercer numa ULS, no âmbito dos CSP e
- que novas tecnologias de informação poderão ser utilizadas e qual o seu impacto.

Conclusão

A utilização da análise de cenários na fase de pensamento estratégico de uma organização pode ser de grande utilidade

para o planeamento dos recursos humanos. Conseguem-se antever tendências futuras da necessidade de farmacêuticos comunitários em 3 cenários distintos. Estes cenários podem contribuir para melhor adequar estratégias, tanto na formação como na utilização deste profissional no sistema de saúde e no mercado.

A mudança gradual da prática farmacêutica levanta a hipótese de os farmacêuticos comunitários poderem vir a assumir um novo papel dentro do sistema de saúde. Idealmente, as 2 atividades, de dispensa e partilha de responsabilidades pelos resultados da terapêutica, podem ser compatíveis e o desenvolvimento deste novo papel pode ser equilibrado entre as 2 atividades. No entanto, parece claro que não há futuro a longo-prazo na atividade de dispensa para os farmacêuticos comunitários. Mesmo a atividade de aconselhamento que acompanha a dispensa, com o recurso às tecnologias de informação está ameaçada. O único futuro que aparenta ser sustentável a longo prazo é a prestação de cuidados ao doente. A prestação de serviços farmacêuticos enquanto principal atividade do farmacêutico dependerá da demonstração da real mais-valia para o sistema de saúde e para os utentes mas está fortemente dependente de significativas alterações legislativas, sobretudo no que concerne ao financiamento destes serviços. Este novo paradigma de atuação do farmacêutico poderá levá-lo a ser finalmente integrado no sistema de saúde em equipas multidisciplinares de gestão de doença ou como gestor de informação nas ULS. Com a crescente saída de novos profissionais das universidades, é muito provável que, se nada se alterar, se esteja a formar profissionais em excesso para o mercado nacional. Estes jovens, não encontrando saídas nas tradicionais áreas de atividade do farmacêutico, serão forçados a emigrar em busca de novas oportunidades, requerendo por vezes uma adaptação das competências adquiridas ao longo da sua formação.

A mudança será mais efetiva se houver envolvimento dos profissionais. Os farmacêuticos comunitários portugueses já demonstraram terem abraçado os princípios deste seu novo papel, sendo provável que a mudança seja implementada com o apoio da generalidade dos profissionais. O papel das organizações profissionais mas também das faculdades será fundamental, enquanto representantes dos profissionais junto do governo e *policy-makers*, fazendo uso do conhecimento que possuem do mercado e da profissão para que com um adequado planeamento estratégico se faça a transição para o modelo clínico. Será preciso ainda uma liderança forte, com uma visão do futuro e uma capacidade de planeamento estratégico, para influenciar tanto os *policy-makers* como os profissionais na comunidade.

A curto prazo, as alterações propostas pelo memorando do acordo de financiamento externo terão um impacto que importa conhecer na estabilidade e situação financeira das farmácias, o que certamente terá implicações no emprego de farmacêuticos e no seu desenvolvimento profissional. Mas também exigirá dos profissionais que desempenham funções de gestão a aquisição de competências nessa área. Com as alterações que se prevêem, surge uma oportunidade que pode ser aproveitada para que este movimento de transformação das práticas farmacêuticas na comunidade se concretize.

A mudança da profissão para o foco no doente, para a sua faceta mais clínica, implica novas formas de trabalhar, de interagir com o doente e com os restantes prestadores de cuidados. Nesta interação, as novas tecnologias de informação poderão desempenhar um papel fundamental, abrindo a possibilidade ao farmacêutico de ser o principal responsável pelo contacto com o utente. Além disso, para que a filosofia dos serviços farmacêuticos seja sustentável é necessário assegurar o financiamento dos serviços de acordo com as necessidades dos utentes. De qualquer forma, a aquisição de competências comportamentais e comunicacionais será fundamental para a melhoria contínua dos serviços prestados.

A integração no sistema de saúde, nomeadamente nos CSP, é uma ambição dos farmacêuticos comunitários que já implementaram os cuidados farmacêuticos em ambulatório e que perceberam o seu potencial. A posição que os farmacêuticos comunitários ocupam no sistema de saúde seria a ideal para funcionar como principal ponto de acesso aos CSP. No entanto, a função desempenhada, com a imagem de vendedor a estar muito presente, leva a que os outros profissionais não valorizem a prestação do farmacêutico como profissional de saúde. Para que isto se altere, é necessária uma nova aproximação aos restantes profissionais envolvidos na gestão da doença, de modo a que todos em conjunto elaborem as melhores estratégias que contribuam para a melhoria da eficiência do sistema como um todo e para a melhoria dos cuidados ao doente.

Financiamento

Esta pesquisa foi parcialmente financiada pelo projecto PTDC/CCI-CIN/122690/2010 da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. WSHA. Governing board orientation manual: strategic planning. Washington, DC: Washington State Hospital Association; 2011 [consultado 07 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.whs-seattle.com/manual/strategicplanning.html#scenarioapproach>
2. OMS. Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009.
3. Ginter PM, Duncan WJ, Capper SA. Strategic planning for public health practice using macroenvironmental analysis. *Public Health Rep.* 1991;106:134-41.
4. Mintzberg H. The fall and rise of strategic planning. *Harv Bus Rev.* 1994;72:107-14.
5. Godet M. The art of scenarios and strategic planning: tools and pitfalls. *Technol Forecast Soc Change.* 2000;65:3-22.
6. Birch S, Kephart G, Murphy GT, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for needs-based health human resources planning. *J Public Health Manag Pract.* 2009;15:S56-61.
7. Dussault G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. *Educ Med Salud.* 1994;28:478-89.
8. Dussault G, Ferrinho P. A health workforce strategy for Portugal. *Cah Sociol Demogr Med.* 2007;47:235-40.
9. Schoemaker PJH. Multiple scenario development: its conceptual and behavioral foundation. *Strateg Manag J.* 1993;14:193-213.
10. Schoemaker PJH. Scenario planning: a tool for strategic thinking. *Sloan Manag Rev.* 1995;36:25-40.
11. Leufkens H, Hekster Y, Hudson S. Scenario analysis of the future of clinical pharmacy. *Pharm World Sci.* 1997;19:182-5.
12. Nørgaard LS, Colberg L, Niemann MR. The role of the Danish community pharmacist: perceptions and future scenarios. *Pharm World Sci.* 2001;23:159-64.
13. Anderson S. The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. *J Interprof Care.* 2002;16:391-404.
14. Maddux MS, Dong BJ, Miller WA, Nelson KM, Raebel MA, Raehl CL, et al. A vision of pharmacy's future roles, responsibilities, and manpower needs in the United States. *American College of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy.* 2000;20:991-1020.
15. Zellmer WA. Pharmacy's future: transformation, diffusion, and imagination. *Am J Health Syst Pharm.* 2010;67:1199-204.
16. Berenguer B, la Casa C, de la Matta MJ, Martín-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Curr Pharm Des.* 2004;10:3931-46.
17. Roughead L, Semple S, Vitry A. The value of pharmacist professional services in the community setting: a systematic review of the literature 1990-2002. Adelaide: School of Pharmaceutical, Molecular and Biomedical Sciences. University of South Australia; 2002.
18. Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Geneva: World Health Organization and International Pharmaceutical Federation; 2006.
19. Costa S, Santos C, Silveira J. Community pharmacy services in Portugal. *Ann Pharmacother.* 2006;40:2228-34.
20. Chisholm-Burns MA, Graff Zivin JS, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, et al. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: a systematic review. *Am J Health Syst Pharm.* 2010;67:1624-34.
21. Duarte A, Nunes F, Martins L. Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2007.
22. Santana S. Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007. *Acta Med Port.* 2009;22:5-14.
23. Calabretto J-P, Warren J, Darzanos K, Fry B, editors. Building common ground for communication between patients and community pharmacists with an internet medicine cabinet. In: 35th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS-35 2002), 7-10 January 2002, Big Island, HI, USA - Abstracts Proceedings. Washington, DC: IEEE Computer Society; 2002.
24. Benrimoj S, editor. Educating pharmacists to provide new pharmacy services. In: European Association of Faculties of Pharmacy Annual Congress, Lisbon, July 22, 2001 - New roles for pharmacy and pharmacists in Europe: a challenge for education in pharmacy. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2011.
25. Cavaco AM, Dias JP, Bates IP. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci.* 2005;27:54-60.
26. Muijers PE, Knottnerus JA, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RP. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. *Pharm World Sci.* 2003;25:235-41.

27. Resnik DB, Ranelli PL, Resnik SP. The conflict between ethics and business in community pharmacy: what about patient counseling? *J Bus Ethics*. 2000;28:179-86.
28. O.F. Atribuições e intervenção. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2010 [consultado 15 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst.09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1852>
29. O.F. Dados estatísticos, novembro 2009. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2009 [consultado 15 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst.09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1914>
30. INFARMED. Estatística do medicamento 2009. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; 2010.
31. ANF. Farmácia em Portugal. Lisboa: ANF; 2010 [consultado 15 Mai 2011]. Disponível em: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=107&Itemid=107
32. INFARMED. Estatística do medicamento 2004. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; 2006.
33. PORDATA. Dados estatísticos da área da saúde 2000-2009. 2011 [consultado: 2 Feb 2011]. Disponível em: http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4
34. MCTES. Acesso ao Ensino Superior: índice de cursos. Lisboa 2011 [consultado 29 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Acesso/Genericos/IndicedeCursos/>
35. Rodrigues A, Marques FB, Ferreira PL, Raposo V. Estudo do sector das farmácias em Portugal. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2007.
36. OECD. Health at a Glance 2009 - OECD Indicators. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development; 2009.
37. INFARMED. Vendas de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias: Março 2011. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; 2011.
38. Guerreiro M, Cantrill J, Martins P. Acceptability of community pharmaceutical care in Portugal: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy*. 2010;15:215-22.
39. INFARMED. Farmácias com farmacêuticos tecnicamente habilitados a efectuar o seguimento dos doentes nos moldes previstos no nível II de intervenção do protocolo de colaboração da diabetes mellitus e número de doentes por farmácia. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; 2009 [consultado 26 Jun 2011]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS.MEDICOS/PROGRAMA.CONTROLO.DIABETES.MELLITUS/FARMACIAS.ABRANGIDAS.PELO.PROTOCOLO/FARMACIAS.NIVEL.II/2009/Lista2_200910.pdf
40. Cerqueira M. Farmácias: partidos divididos quanto a aconselhamento pago. *Jornal i*. 2011. Publicado 29 Abr 2011.
41. Barros PP, Martins B, Moura A. Evolução do setor das farmácias: revisitar o estudo «A situação concorrencial no setor das farmácias» de 2005. GANEC: Nova School of Business and Economics; 2012.
42. Lapão LV, Thore S, editors. Prioritizing R&D projects in the face of technological and market uncertainty: Scenario planning in the telecommunication business. In: 18th International Symposium on Forecasting, Edinburgh, 1998 - Proceedings. Edinburgh: Napier University; 1998.
43. Heijden K. Scenarios: the art of strategic conversation. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1996.
44. Rodrigues V, Ribeiro T, Silva S, Vasconcelos H. A situação concorrencial no sector das farmácias. Porto: Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada - Universidade Católica Portuguesa; 2005.
45. Lluch M, Kanavos P. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity: evidence from the UK and Spain. *Health Policy*. 2010;95:245-54.
46. Almarsdóttir AB, Morgall JM, Björnsdóttir I. A question of emphasis: efficiency or equality in the provision of pharmaceuticals. *Int J Health Plann Manage*. 2000;15:149-61.
47. Mossialos E, Mrazek M, Walley T. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. In: Figueras J, Mckee M, Mossialos E, Saltman RB, editors. *European Observatory on Health Care Systems*. Maidenhead, Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2004.
48. Dobson RT, Perepelkin J. Pharmacy ownership in Canada: implications for the authority and autonomy of community pharmacy managers. *Res Social Adm Pharm*. 2011;7:347-58.
49. Lluch M. Are regulations of community pharmacies in Europe questioning our pro-competitive policies? *Eurohealth*. 2009;15:3.
50. Cavaco AMN, Bates IP. Gauging Portuguese community pharmacy users' perceptions. *Primary Health Care Res & Develop*. 2007;8:315-25.
51. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Hopp TR, Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. *Res Social Adm Pharm*. 2005;1:546-64.
52. Van Mil JW, Schulz M, Tromp TF. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci*. 2004;26:303-11.
53. Doucette WR, Kreling DH, Schommer JC, Gaither CA, Mott DA, Pedersen CA. Evaluation of community pharmacy service mix: evidence from the 2004 National Pharmacist Workforce Study. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2006;46:348-55.
54. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12.
55. Ferguson J, Ashcroft D, Hassell K. Qualitative insights into job satisfaction and dissatisfaction with management among community and hospital pharmacists. *Res Social Adm Pharm*. 2011;7:306-16.
56. Van Mil JW, Frokjaer B, Tromp TF. Changing a profession, influencing community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2004;26:129-32.
57. Rosenthal M, Austin Z, Tsuyuki RT. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? *Can Pharm J*. 2010;143:37-42.
58. Almeida A, editor. Educating pharmacists on novel pharmaceutical products. In: *European Association of Faculties of Pharmacy Annual Congress, Lisbon, July 22, 2001 - New roles for pharmacy and pharmacists in Europe: a challenge for education in pharmacy*. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2011.
59. Tsuyuki RT, Schindel TJ. Changing pharmacy practice: the leadership challenge. *Can Pharm J*. 2008;141:174-80.
60. Tsuyuki RT, Schindel TJ. Leading change in pharmacy practice: fully engaging pharmacists in patient-oriented healthcare. Edmonton: Centre for Community Pharmacy Research and Interdisciplinary Strategies, University of Alberta; 2004.
61. Jungnickel PW, Kelley KW, Hammer DP, Haines ST, Marlowe KF. Addressing competencies for the future in the professional curriculum. *Am J Pharm Educ*. 2009;73:156.
62. Fernandez-Llmos F, editor. Desenvolvimento de conceitos em «Cuidados Farmacêuticos». In: *IV Congresso Ibero-Americano de Ciências Farmacêuticas, 21 e 26 de Junho, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa*. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2011.
63. Paulino E, Guerreiro MP, Cantrill JA, Martins AP, da Costa FA, Benrimoj SIC. Community pharmacists' and physicians'

- inter-professional work: insights from qualitative studies with multiple stakeholders. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26:590-606.
64. Edmunds J, Calnan MW. The reprofessionalisation of community pharmacy?: an exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and general practitioners in the United Kingdom. *Soc Sci Med*. 2001;53:943-55.
 65. Gallagher RM, Gallagher HC. Improving the working relationship between doctors and pharmacists: is inter-professional education the answer? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2012;17:247-57.
 66. Leese B. New opportunities for nurses and other healthcare professionals?: a review of the potential impact of the new GMS contract on the primary care workforce. *J Health Organ Manag*. 2006;20:525-36.
 67. Garção JA, Cabrita J. Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2002;42:858-64.
 68. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2003;43:173-84.
 69. Morgado M, Rolo S, Castelo-Branco M. Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial. *Int J Clin Pharm*. 2011;33:132-40.
 70. Fox N, Ward K, O'Rourke A. The birth of the e-clinic: continuity or transformation in the UK governance of pharmaceutical consumption? *Soc Sci Med*. 2005;61:1474-84.
 71. Katz SJ, Moyer CA. The emerging role of online communication between patients and their providers. *J Gen Intern Med*. 2004;19:978-83.
 72. Lam AY, Rose D. Telepharmacy services in an urban community health clinic system. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2009;49:652-9.
 73. Lamb M. Improving patient compliance in clinical trials: smart packages or smart design? Craigavon, UK: Clinical Trial Services; 2010 [consultado 30 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.css-almac.com/papers/Papers/Improving.Patient.Compliance.in.CTS.pdf>
 74. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2009;31:32-9.
 75. Onkelinx L. Rémunération du pharmacien: réforme de la rémunération du pharmacien. Bruxelles: Direction générale Communication externe - Chancellerie du Premier Ministre; 2010.
 76. Stubbings J, Nutescu E, Durley SF, Bauman JL. Payment for clinical pharmacy services revisited. *Pharmacotherapy*. 2011;31:1-8.
 77. Schoemaker PJH. Twenty common pitfalls in scenario planning. In: Fahey L, Randall R, editors. *Learning from the future*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 1998. p. 422-31.