



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**A política do medicamento e os atos farmacêuticos nos
Hospitais EPE**

Mestrado de Gestão da Saúde

João Carlos Fernandes Cavaco

Novembro, 2022



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A política do medicamento e os atos farmacêuticos nos Hospitais EPE

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica de Professor Doutor Francisco Ventura Ramos, e coorientação do Dr. Luís Paiva Alves

Novembro, 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que tornaram possível a concretização deste trabalho nas dificuldades, através do apoio, solicitações, orientação, conhecimentos, estímulos, disponibilidade, criação de condições e, críticas construtivas.

Agradeço aos professores, ou docentes em geral nesta área da educação superior para a saúde no ENSP em Lisboa, representado pela Diretora Prof.^a Dra. Sónia Dias e pelo coordenador do mestrado de Gestão da Saúde Prof.^o Dr. Paulo Boto, que lecionaram durante o Mestrado de Gestão da Saúde de 2019 a 2022, em que nos momentos difíceis de pandemia COVID 19 e da guerra Ucrânia – Rússia, nos anos conturbados de 2019 a 2022, possibilitaram as partilhas de saberes, para construção de competências profissionais e investigativas neste discente.

Agradeço em especial aos:

- Coordenador Paulo Boto;
- Orientador Prof. Dr. Francisco Ventura Ramos;
- Coorientador Dr. João Luís Vaz Paiva Alves.

A estes últimos, agradeço por terem contribuído com as suas competências para o sucesso da minha formação a bem da saúde dos portugueses incluídos neste mundo turbulento e, em tempestiva mudança física, social, cultural, política e económica. Destacaria também nesta parte da elaboração da dissertação, as disponibilidades e apoios ímpares do Conselho de Administração e do secretariado do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, da Prof.^a Dra. Fátima Falcão, Diretora dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Ocidental, assim como a Dra. Helena Farinha, coordenadora da Farmácia do Hospital Egas Moniz, Dra. Liliana Calisto do Hospital de Santa Cruz e, Dra. Ana Mirco e Dra. Patrícia Cavaco do Hospital S. Francisco Xavier, dos Professores do ENSP Fernando Leal da Costa, João Cordeiro, Joana Alves, Pedro Aguiar, Paulo Sousa, Ana Rita Goes, Teresa Magalhães e, da Bibliotecária do ENSP Dra. Isabel Andrade.

Às Técnicas Superiores, Assistentes técnicas e Administrativas do ENSP, um muito obrigado pela paciência e arte de resolução dos intrincados problemas, que foi o meu caso, devido aos inúmeros papéis desempenhados na sociedade portuguesa, mas incluído nas diversidades de outros casos tão importantes como o meu.

Aos técnicos superiores de todos os serviços dos vários ministérios, com quem contactei. Destacaria também, em particular, o apoio do Bastonário dos Farmacêuticos Prof. Dr. Helder Mota Filipe, da Dra. Isaura Brasil, da Dra Cecília Martins, da Dra. Paula Carrondo, do Prof. Dr. João Paulo Cruz e do Dr. Vítor Alexandre.

Aos colegas do ENSP, que apoiaram e incentivaram, dentro do pouco tempo presencial e, do muito virtual que se teve.

Agradeço aos profissionais dos hospitais pelo apoio direto ou indireto durante a investigação, pela disponibilidade possível concedida ao estudo e, indispensável compreensão, ajuda e estímulo. Destacaria com ênfase a ação da chefe de enfermagem Isabel Chambel e, da equipa multidisciplinar de especialistas médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos administrativos da Consulta Externa do Hospital Curry Cabral, que na sua imparcialidade e sentido de oportunidade em pleno contágio e recente guerra com consequências danosas nacionais, nunca obstaculizaram esta graduação, reconhecendo sempre através de encorajamentos e apoios variados, o bem maior desta investigação, em prol do bem-estar dos doentes do SNS em Portugal, que resulta do uso racional dos medicamentos pelos farmacêuticos.

Agradeço aos familiares, que demonstraram apoio constante ao longo de toda esta etapa, especialmente nas partilhas das relações espirituais cristãs, para com o sentido de vida no individual e grupal, a bem de todas as experiências do dia a dia no contexto da cosmovisão humana. Uma palavra em especial a esta família a que pertenço, sobre os apoios em reciprocidades durante estes 3 anos difíceis, em que deu tudo por tudo, ao mesmo tempo em que internamente como família, fomos contagiados pelo COVID 19, traumatizados pelas memórias da guerra, do êxodo colonial e expulsão para Portugal, que surgiram com o aparecimento do conflito na Europa entre a Ucrânia e Rússia e, assoberbados também pelas intervenções necessárias para as licenciaturas, mestrado, emigrações e profissionalizações das duas filhas, que conseguiram singrar no estrangeiro.

A todos vós participantes desta saga de pesquisa, digna de história, os meus agradecimentos. Mas, não acontecerá este tipo de acontecimentos de forma semelhante, com a maioria dos que investigam a Saúde em Portugal, a bem dos doentes do SNS?

MÁXIMAS AXIOLÓGICAS DE GESTÃO E POLÍTICA

“O maior castigo para aqueles que não se interessam por política, é que serão governados pelos que se interessam”

Arnold Toynbee in “Prisioneiros da Liberdade”

“A promiscuidade entre os setores privado e público, é claramente, a principal causa da falta de produtividade, nos serviços hospitalares”

Manuel Antunes in “A doença da Saúde”

“É impossível saber a medida, do que um indivíduo pode conseguir, a não ser, que lhe seja dada responsabilidade”

Alfred Sloan in “Modern Ideas of the Big Business World”

RESUMO

INTRODUÇÃO

O principal objetivo do farmacêutico hospitalar é a saúde do doente, atuando através da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, em prol do uso racional pelos utentes, nas diversas instituições e organizações hospitalares do SNS. Para atingir esse objetivo a nível nacional, os atos farmacêuticos são orientados pela política do medicamento, que se evidencia pela regulamentação normativa, que gera o uso racional nos utentes, pela aplicação de medidas legais, institucionais, organizacionais e operacionais pelos farmacêuticos, que resultam do texto da norma do artigo 5.º do DL 176/2006.

Os atos farmacêuticos são em primeiro definidos politicamente pelas normas, provenientes dos problemas da saúde e através das vertentes das necessidades de soluções pelos fármacos. As políticas e normas são o resultado dos modelos da economia, da gestão e dos critérios técnicos profissionais, definidos pela regulação do regime jurídico, ou do estatuto do medicamento, em que o objetivo é o uso racional do medicamento, através da aplicação específica do texto normativo do artigo 5.º do DL 176/2006.

O principal objetivo desta dissertação é investigar as associações entre as concordâncias dos farmacêuticos, para com a política do medicamento e para com os atos farmacêuticos, regulados pelo DL 176/2006 para os hospitais EPE, que está de acordo com o conteúdo funcional farmacêutico estipulado no DL 108/2017 que é especificado no "Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar" (OF, 2018), conforme o Estatuto da Ordem Farmacêuticos no DL 288/2001 de 10 de novembro, e o Código de Ética no Regulamento 1015/2021 de 20 de dezembro.

Este estudo também investiga a associação, entre as várias características dos profissionais (idade, sexo, tempo de formação e de profissão), com as concordâncias dos atos e da política normativa pelos farmacêuticos.

MÉTODO

O tipo de estudo é o quantitativo, categórico univariado, bivariado, descritivo, associativo e, transversal.

Os dados foram recolhidos a partir de um questionário dirigido a todos os farmacêuticos em três hospitais EPE, na zona de Lisboa. As questões incidiram sobre as seguintes variáveis: as concordâncias das políticas normativas do uso racional dos medicamentos e dos atos farmacêuticos e, as características dos farmacêuticos (idade, sexo, tempo de formação e profissionalização).

Foi efetuada a identificação das variáveis, a análise dos dados categóricos descritivos univariados e, as associações bivariadas ordinais, sendo estas últimas determinadas pela

correlação entre as variáveis categóricas ordinais.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Os resultados obtidos a partir da análise univariada e bivariada proveniente dos dados recolhidos, permitiram conclusões, em que não existe na sua maioria, associações entre as concordâncias das políticas normativas para com o uso racional do medicamento e a concordância dos atos farmacêuticos hospitalares, no tratamento dos doentes nos hospitais. No entanto, entre as variáveis ordinais existem relações de associação, indicadas pelo teste de correlação de Spearman.

As conclusões incluem a existência da influência das políticas normativas do Estado, mas também de outro tipo de políticas internas e externas aos farmacêuticos nos hospitais EPE.

IMPACTOS NO FUTURO

Pretende-se que esta investigação contribua para o debate sobre as políticas normativas do Estado, que melhor concorram na implementação dos atos farmacêuticos em prol do uso racional dos medicamentos. Espera-se também, que surjam decisões internas e externas ao hospital EPE, na área do micro, meso e da macropolítica, que melhorem, ou optimizem os atos farmacêuticos, que redundem na adesão dos utentes / doentes no uso racional dos fármacos. Sugere-se no futuro, a investigação com aplicação de novos modelos económicos e sociais.

Palavras-Chave: Regime jurídico do medicamento, política normativa, Hospitais EPE, Atos farmacêuticos, associações.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The main objective of the hospital pharmacist is the patient's health, acting through the quality, efficacy and safety of medicines, in favor of rational use by users, in the various institutions and hospital organizations of the SNS. To achieve this objective at the national level, pharmaceutical acts are guided by the drug policy, which are evidenced by the normative regulation, which generates rational use in users, by the application of legal, institutional, organizational and operational measures by the pharmacists, which result from the text of the norm of article 5 of DL 176/2006.

Pharmaceutical acts are primarily defined politically by norms, arising from health problems and through the aspects of drug solutions needs. Policies and norms are the result of economic models, management and professional technical criteria, defined by the regulation of the legal regime, or the drug statute, in which the objective is the rational use of the drug, through the specific application of the text normative of article 5 of DL 176/2006.

The main objective of this dissertation is to investigate the associations between the agreements of the pharmacists, with the drug policy and with the pharmaceutical acts, regulated by DL 176/2006 for EPE hospitals, which is in accordance with the pharmaceutical functional content stipulated in DL 108/ 2017, which is specified in the "Manual of Good Hospital Pharmacy Practices" (OF, 2018), according to the Pharmaceutical Association Statute in DL 288/2001 of November 10, and the Code of Ethics in Regulation 1015/2021 of December 20 .

This study also investigates the association between the various characteristics of the professionals (age, sex, time of training and profession), with the agreement of acts and regulatory policy by pharmacists.

METHOD

The type of study is quantitative, categorical, univariate, bivariate, descriptive, associative and cross-sectional.

Data were collected from a questionnaire addressed to all pharmacists in three EPE hospitals, in the Lisbon area. The questions focused on the following variables: the agreement of normative policies for the rational use of medicines and pharmaceutical acts, and the characteristics of pharmacists (age, gender, time of training and professionalization).

The identification of the variables, the analysis of the univariate descriptive categorical data and the ordinal bivariate associations were carried out, the latter being determined by the correlation between the ordinal categorical variables.

RESULTS AND CONCLUSIONS

The results obtained from the univariate and bivariate analysis from the data collected, allowed conclusions, in which most associations do not exist between the agreement of normative policies for the rational use of the drug and the agreement of hospital pharmaceutical acts, in the treatment of patients in hospitals. However, among the ordinal variables there are association relationships, indicated by the Spearman correlation test.

The conclusions include the existence of the influence of the normative policies of the State, but also of other types of internal and external politics to the pharmacists in the EPE hospitals.

FUTURE IMPACTS

It is intended that this investigation contributes to the debate on the normative policies of the State, which better compete in the implementation of pharmaceutical acts in favor of the rational use of medicines. It is also expected that there will be internal and external decisions to the EPE hospital, in the micro, meso and macropolitics area, which will improve or optimize pharmaceutical acts, which will result in users/patients' adherence to the rational use of drugs. In the future, research with the application of new economic and social models is suggested.

Keywords: Legal regime of medication, EPE Hospitals, normative policy, Pharmaceutical acts, associations.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMENTOS	3
MÁXIMAS AXIOLÓGICAS DE GESTÃO E POLÍTICA	5
RESUMO	6
ABSTRACT	8
ÍNDICE	10
LISTA DE FIGURAS	15
LISTA DE TABELAS	16
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	17
I – FASE INTRODUTÓRIA	19
1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Definições e perspectivas da saúde	19
1.2. A Saúde e sua importância, prioridade, política, e a relação com os atos farmacêuticos	20
1.3. Conceitos sobre o uso racional do medicamento segundo a OMS, e a função do farmacêutico	21
1.4. Relação entre saúde, o ato farmacêutico, e a política do uso racional do medicamento	21
1.5. Tema e objeto da pesquisa	26
1.6. Pesquisa Bibliográfica	26
1.7. Razões da escolha do tema	27
1.8. Problemas, perguntas, variáveis, tipos de associações, e testes	28
1.9. Tipo de pesquisa	28
1.10. Objetivos	29
1.10.1. Objetivo principal	29
1.10.2. Objetivos específicos	29
1.10.3. Objetivos específicos e as etapas do processo investigativo	30
1.11. Método	30
1.12. Estrutura da dissertação	31
II – FASE TEÓRICA	33

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	33
2.1. Política	34
2.1.1. O poder, a política, e o Estado	34
2.1.2. Conceitos de Ciência Política	36
2.1.3. O conceito e o processo das políticas públicas	38
2.1.4. Políticas de saúde e as normas mais importantes	39
2.1.5. Política do medicamento	46
2.2. O Direito e a Saúde	48
2.2.1. O Direito	48
2.2.2. Lei, norma e hermenêutica	49
2.2.3. A saúde, a Constituição e a Lei de Bases da Saúde	52
2.2.4. O Direito da Saúde	54
2.3. Políticas públicas da saúde: meios de execução	55
2.3.1. Sistema público de saúde e a lei Orgânica do Ministério da Saúde	55
2.3.2. Plano Nacional da Saúde (PNS)	56
2.3.3. Instituições e organizações da saúde	58
2.4. Sistema Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Estatuto do SNS, Regime Jurídico da gestão e do medicamento e, regime da carreira farmacêutica nos hospitais EPE	58
2.5. Regime jurídico ou Estatuto do medicamento	59
2.5.1. A aplicação do Estatuto do medicamento nos hospitais EPE	59
2.6. Implementação dos atos farmacêuticos no SNS, conforme o DL 176/2006 de 30 de agosto	60
2.6.1. Regulador europeu sobre o uso racional dos medicamentos	61
2.6.2. Intervenção do agente regulador do INFARMED para como medicamento e o uso racional dos medicamentos na República Portuguesa	62
2.6.2.1. Comissão do Uso Racional do Medicamento (CURM) versus Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT)	62
2.6.3. INFARMED e a farmácia hospitalar	63

264.	Ordem dos Farmacêuticos (OF)	63
2.7.	Hospitais EPE e farmácia hospitalar	64
27.1.	Atribuições dos hospitais EPE: os regulamentos internos	64
27.2.	Gestão, governança e <i>compliance</i> do Conselho de Administração dos hospitais EPE	64
27.3.	Organização interna dos hospitais EPE e dos serviços farmacêuticos como garantia de saúde dos cidadãos	64
27.4.	Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	65
2.8.	Atos dos farmacêuticos nas farmácias Hospitalares	65
28.1.	Atos dos farmacêuticos segundo DL 108/2017 de 30 de agosto	65
28.2.	O cumprimento do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto, segundo a interpretação e a perspetiva do quadro legislativo pelas instituições reguladoras para com os atos dos farmacêuticos	67
28.3.	Boas práticas farmacêuticas nos atos farmacêuticos hospitalares e o art.º 5.º do DL n.º 176/2006 de 30 de agosto	68
28.4.	Escolha dos atos farmacêuticos mais relevantes para avaliação por questionário, segundo o conteúdo funcional do farmacêutico regulado no DL 108/2017 de 30 de agosto	70
	III - FASE METODOLÓGICA	73
3.	METODOLOGIA	73
3.1.	Enquadramento metodológico	73
3.2.	Método	78
3.2.1.	Tipos de métodos	78
3.2.2.	População, amostragem e taxa de resposta	78
3.2.3.	Questionário	78
3.3.	Ética e segurança na investigação	80
	IV - FASE EMPÍRICA	81
4.	RECOLHA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE	

DE DADOS, RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO	81
4.1. Recolha de dados	81
4.2. Organização de dados	81
4.3. Análise com resultados, interpretação e discussão	84
4.3.1. Análise descritiva univariável e resultados sem missing values	84
4.3.2. Análise, resultados pelo teste de correlação de Spearman entre as variáveis categóricas	85
4.3.3. Interpretação	87
4.3.4. Discussão	88
4.4. Qualidade	88
V - FASE CONCLUSIVA	89
5. LIMITAÇÕES E OPORTUNIDADES, CONCLUSÕES, DISCUSSÕES E, DESAFIOS	89
5.1. Limitações e oportunidades	89
5.2. Conclusões	89
5.2.1. Conclusões gerais sobre os resultados, no contexto dos objetivos, revisão, enquadramento teórico e metodologia	89
5.2.2. Aspectos preponderantes	92
5.2.3. Conclusões finais	92
5.3. Impactos	94
5.4. Desafios e sugestões	94
VI – FASE CONSULTIVA	95
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
7. ANEXOS	103
7.1. Tabelas de frequências e de percentagens no SPSS 22.0 e gráficos de barras	103
7.2. Tabela de significância e correlação no SPSS 22.0	118
7.3. Tabela das relações correlatas e significativas	138
7.4. Resumo em tabela do nome das variáveis, com associações com significância e com correlação, com a pergunta do questionário	

e o número de correlações conforme SPSS 22.0	140
7.5. Resumo em tabela das variáveis em estudo versus pergunta no questionário conforme SPSS 22.0	141
7.6. Resumo do nome das variáveis das variáveis sem significância SPSS 22.0	143
7.7. Resumo em tabela das variáveis em estudo versus pergunta no questionário conforme SPSS 22.0	144
7.8. Grupo de documentos, inquérito, pré-teste e credencial, enviados ao conselho de administração, aos farmacêuticos e aos administradores e diretores das farmácias hospitalares	149
7.9. Declarações várias	162

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Fig. 1. Processo sócio-político da formação dos atos farmacêuticos hospitalares e as respectivas variáveis	26

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Resumo das políticas normativas mais importantes da saúde e do medicamento	42
Tabela 2. Dimensões e conteúdo funcional dos farmacêuticos conforme DL n.º 108/2017 e 109/2017 de 30 de agosto	75
Tabela 3. Dimensões, variáveis, e n.º de pergunta do questionário	78
Tabela 4. Variáveis e das respetivas perguntas do inquérito	86
Tabela 5. Variáveis, com associações com significância e com coeficiente de correlação de Spearman, com a pergunta do questionário e o número de correlações	89
Tabela 6. Resumo do nome das variáveis das variáveis sem significância	90
Tabela 7. Orientação de uma investigação	93
Tabela 8. Variável em correlação, variáveis correlatas, valor de significância, valor de coeficiente de Spearman e, significado das variáveis correlatas	91
Tabela 9. Classificação descendente das Variáveis os valores da correlação	92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACB Análise Custo-benefício
ACE Análise Custo-efetividade
ACES Agrupamento dos Centros de Saúde
ACSS Administração Central do Sistema de Saúde
ACU Análise Custo-utilidade
AIM Autorização de Introdução no Mercado
AMC Avaliação de Minimização de Custos
AR Assembleia da República
ARS Administração Regional de Saúde BPF
Boas Práticas Farmacêuticas
CA Conselho de Administração
CFT Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNFT Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica CNS
Conselho Nacional de Saúde
COVID 19 Doença de Coronavírus 2019
CNFT Comissão Nacional da Farmácia e Terapêutica
CP Ciência Política
CRP Constituição da República Portuguesa
CURM Comissão para o Uso Racional do Medicamento DGS
Direção-Geral de Saúde
DL Decreto de Lei
EEE Espaço Económico Europeu
EMA Agência Europeia de Medicamentos
EP Entidades Públicas
EPE Entidades Públicas Empresariais ERS
Entidade Reguladora da Saúde EUA Estados Unidos da América
EUM Estudos de Utilização de Medicamentos FDA
Food and Drug Administration
FHNM Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos FI
Folheto Informativo
EMA Agência Europeia do Medicamento
ENSP Escola Nacional de Saúde Pública EPE
Entidade Pública Empresarial
IGAS Inspeção Geral das Atividades em Saúde

INE Instituto Nacional de Estatística
INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde IP
MBPFH Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar
MNSRM Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OF Ordem dos Farmacêuticos
OMS Organização Mundial da Saúde ONU
Organização das Nações Unidas PNM
Política Nacional do medicamento
PNS Plano Nacional de Saúde
PPP Parceria Público-Privada
PRM Problemas relacionados com os
Medicamentos
QualiMED Rede Nacional para a Qualidade de Utilização do Medicamento SF
Seguimento Farmacêutico
SFH Serviços Farmacêuticos Hospitalares SNS
Serviço Nacional de Saúde
SPMS Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SQOF Sistema de Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos UAP
Unidade de Apoio à Gestão
UCC Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP Unidade de Cuidados Personalizados USP
Unidade de Saúde Pública
UE União Europeia
UN Organização das Nações Unidas
URAP Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados URM
Uso Racional do Medicamento
USF Unidade de Saúde Familiar
WHO Organização Mundial da Saúde

I – FASE INTRODUTÓRIA

1. INTRODUÇÃO

1.1. Definições e perspectivas da saúde

Para a Organização Mundial da Saúde (1), *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*.

De acordo com esta Organização (2), os determinantes da saúde são influenciados pelas condições do ambiente em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, ou seja, pelos fatores sociais, económicos, políticos, físicos, culturais, étnicos, psicológicos, e também pelos comportamentos individuais, incluindo o sistema de serviços de saúde, a governança e os seus recursos.

A perspectiva da saúde é dinâmica, entrosando-se com as políticas e normas do Estado, que de acordo com o Ministério da Saúde (3) está *“ (...) em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Podemos dizer que é a busca de uma relação harmoniosa que nos permita viver com qualidade (com condições e recursos fundamentais para a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema sustentável, justiça social, equidade), que depende de um melhor conhecimento e aceitação de nós mesmos, de relações mais solidárias, tolerantes com os outros, relações cidadãos com o Estado e relação de extremo respeito a natureza, em uma atitude de responsabilidade ecológica com a vida sobre a terra e com o futuro. Estas relações significam construir saúde em seu sentido mais amplo, radicalizar na luta contra as desigualdades e participar na construção de cidadania e da constituição de sujeitos. Sujeitos que amam, sofrem, adoecem, buscam suas curas, necessitam de cuidados, lutam por seus direitos e desejos.”*.

Segundo WHO (4) a saúde depende dos determinantes sociais (fatores políticos, económicos, sociais e ambientais), do contexto político e organizacional (políticas, instituições e organizações) e, das alianças intersetoriais (parcerias, relações pessoais e profissionais, conhecimento ou expertise, negociação, diálogo e aprendizagem.

Segundo o relatório Lalonde (5) existem quatro determinantes de saúde que são: a biologia humana, os vários ambientes, o estilo de vida e, assistência médica. Ou seja, a saúde são também as decisões do indivíduo e da sociedade em outros determinantes, que afetam o ser humano.

O modelo de Evans (6) e Dias (7) parte de uma abordagem multidisciplinar para organizar os determinantes da saúde em quatro grupos de fatores: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização do sistema de cuidados em saúde.

Mesmo que a definição não seja consensual quanto aos seus determinantes, como refere Segre (8), no entanto, a definição da OMS (1), tem sido um fio condutor na elaboração e implementação da legislação e, na atuação dos vários profissionais de saúde em geral e,

em especial dos farmacêuticos nos serviços hospitalares.

Destaca-se neste trabalho, na determinante da organização dos cuidados de saúde, os serviços hospitalares relativamente ao uso racional do fármaco pelos utentes, que resultam dos atos farmacêuticos, enquadrados na lei constitucional e, nas demais legislações dos medicamentos, assim como nas políticas públicas, implementadas pelas entidades reguladoras e pelas instituições / organizações em prol da proteção da saúde dos cidadãos.

1.2. A Saúde e sua importância, prioridade, política, e a relação com os atos farmacêuticos

De acordo com a European Commission (9,10), a saúde e o seu sistema, assim como a segurança social, a educação e a economia são considerados como prioritários para os cidadãos na UE.

Nessa medida e, também por razões de equidade, efetividade, eficiência e eficácia, segundo Silva e Pestana (11), há um apoio político da maior parte dos cidadãos para com a saúde, que segundo WHO (12,13) ficou ainda mais patente, com a pandemia do COVID 19, em relação às atividades e responsabilidades únicas do Estado, que tem garantido os cuidados de saúde, justificando-as nas suas expectativas como “*questões políticas*” e legais, a serem mantidas a curto, médio e longo prazo, em que se incluem os atos farmacêuticos nos hospitais do SNS.

De acordo com o Estatuto do SNS no DL 52/2022 de 04/08 (14), “Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado no âmbito dos direitos e deveres sociais que incumbe ao Estado assegurar, nomeadamente através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), que foi aprovado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (15,16), e que é uma das mais relevantes realizações da democracia portuguesa. Por sua vez a nova Lei de Bases da Saúde (17), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, assumiu o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e dotado de estatuto próprio.” No entanto, mesmo que “a nova Lei de Bases da Saúde veio preencher aspetos específicos, mas por decorrerem no entretanto desde a sua aplicação, alterações dispersas que dificultam a desejável visão global, devido a transformações ocorridas no SNS” houve necessidade da elaboração de novos estatutos. Em resumo, para colmatar muitos problemas na área da gestão e da governança dissonantes com a Lei de Bases da Saúde foi elaborado, um novo Estatuto do SNS, segundo DL N.º 52/2022 de 04/08 (14), sublinhando-se a articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde, em conjugação com os direitos e deveres dos seus beneficiários e, focado na proximidade da prestação, na integração de

cuidados e na articulação inter-regional dos serviços, promovendo as respostas domiciliárias e os sistemas de informação que acompanham o utente no seu percurso.

1.3. Conceitos sobre o uso racional do medicamento segundo a OMS, e a função do farmacêutico

A OMS (18) de acordo com a definição de saúde da WHO (18, 19), propõe que o uso racional de medicamentos, seja definido com base nos atos farmacêuticos seguintes:

1. Estabelecer a necessidade do uso do medicamento.
2. Receitar o medicamento apropriado, conforme critérios de eficácia, segurança e qualidade.
3. Escolher a forma farmacêutica mais adequada.
4. Indicar as doses e período de duração do tratamento corretas.
5. Ter acesso ao medicamento quando necessário.
6. Ter um preço e custo acessível para o doente, sociedade e ambiente.
7. Implementar a informação, a educação ao doente e outros profissionais, para administração do fármaco com condições, orientação e responsabilidade.
8. Cumprir o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível.

Concluindo, em conformidade com OMS (20), o papel do farmacêutico hospitalar no uso racional do medicamento pelo utente, vai ao encontro das políticas, das normas e regulamentos da Organização Mundial de Saúde, em que se implementam os atos farmacêuticos, que resultam no uso racional nos doentes, ou nas organizações.

Note-se que o uso racional do medicamento é gerado pela política normativa no Sistema de Saúde, ou no SNS, que regula o ato farmacêutico hospitalar, que por sua vez resultará no uso racional do fármaco pelo utente. Ou seja, o objetivo da política do uso racional, só se concretizará em pleno, com o ato farmacêutico.

1.4. Relação entre a saúde, o ato farmacêutico, e a política do uso racional do medicamento

Direito à saúde e política do medicamento no uso racional

O direito à saúde incluem as políticas e normas, que regulam os atos farmacêuticos criteriosamente recomendados e escolhidos pela Ordem dos Farmacêuticos (21, 22), conforme DL n.º 288/2001 de 10 de novembro, para resultarem no uso racional do medicamento pelo doente, ou utente com diagnóstico e tratamento prescrito, em que consiste no processo a partir do fármaco indicado (em qualidade, eficácia e efetividade), se propicia

para o utente, a rigorosa informação e, as recomendações relevantes e certas para com as doses, a hora, os efeitos, o seguimento e, o custo.

Interpretação ao sentido e alcance do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto, que regula o uso racional do medicamento

O art.º 5º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23) apresenta a seguinte redação: “ 1 - *A utilização dos medicamentos no âmbito do sistema de saúde, nomeadamente através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, deve realizar-se no respeito pelo princípio do uso racional do medicamento, no interesse dos doentes e da saúde pública, nos termos previstos no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável.*

2 - *Os profissionais de saúde assumem, no âmbito das respetivas responsabilidades, um papel fundamental na utilização racional dos medicamentos e na informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correto e adequado dos medicamentos.”.*

Número 1, do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23): a competência profissional dos atos farmacêuticos

O art. 5.º na alínea 1 do citado diploma, regula os atos dos farmacêuticos para como os medicamentos pelos profissionais de saúde de um modo geral, nomeadamente, quando se verifique a prescrição médica, ou não a havendo, da sua dispensa pelo farmacêutico, devendo a sua atuação pautar-se sempre pela competência profissional.

Tal significa, que o farmacêutico deve atuar sempre com diligência e zelo na utilização e no fornecimento dos medicamentos, evitando comportamentos negligentes e/ou abusivos, que possam colocar em causa a saúde do utente, individualmente considerado, e a saúde pública de um modo geral.

O uso racional do medicamento impõe aos profissionais de saúde e, ao farmacêutico em com especiais funções, a ponderação e o equilíbrio além do dever de fornecer aos pacientes os medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses indicadas às suas características individuais, evitando sobredosagens, sobretudo em medicamentos não prescritos, que sejam inadequados ao caso clínico do paciente e causem doenças resistentes que venham a dificultar a sua cura, causando a morte, pelo período de tempo estritamente necessário, e ao menor custo possível, para si e para comunidade. Portanto da parte do legislador, houve sempre a preocupação de direcionar o farmacêutico para o uso racional do medicamento pelo doente, ou instituição, entrosando-o com os atos profissionais e técnicos de utilização, numa relação jurídica com os doentes, a nível da sua doença, mas também a nível social, conjugando-o com os serviços de saúde pública.

Interpretando o n.º1, do art.º 5.º, extensivamente, o legislador parece querer abranger aqui, o conceito de tecnologia da saúde do fármaco, definido no n.º1, do art.º 3º, do citado diploma tendo em conta critérios técnicos e profissionais de qualidade e segurança, valores culturais

e éticos dos farmacêuticos para com o doente e a pessoa saudável, abrangendo também a eficácia da utilização do medicamento relativamente aos meios e recursos usados e, que seja resultado do profissionalismo do farmacêutico no exercício destas funções.

Alínea c) do n.º 2 do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23): a responsabilidade profissional dos atos farmacêuticos e, na comunicação dos doentes e consumidores

No n.º 2, do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23) destaca-se de imediato a responsabilidade (penal, disciplinar) do farmacêutico enquanto profissional de saúde na utilização do medicamento, na “informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correto e adequado dos medicamentos”.

Assim, o farmacêutico para além de ser responsabilizado, por se desviar do ato criterioso da técnica, também é sancionado se prestar um mau serviço ao doente / utente / cliente, na informação sobre os medicamentos.

O sentido desta norma parece evidenciar uma finalística de controlo necessário, não somente nos atos farmacêuticos técnicos, mas também na comunicação aos doentes e consumidores, sobre o uso racional dos fármacos. Isto pode significar, que o farmacêutico, para além de bom técnico superior, tem de ser um bom comunicador, sendo inclusive necessário, que conheça o seu interlocutor, não somente como doente, nas suas patologias, que serão transformadas pelas ações farmacodinâmicas (o que o corpo faz ao medicamento) e farmacocinéticas (o que o corpo faz ao fármaco), mas que também compreenda a parte psicossocial, assim como entenda o outro sujeito com necessidades em relação ao medicamento, como cliente económico, para que haja plena adesão ao plano terapêutico com viabilidade económica da saúde.

Note-se que não está fora de alcance do legislador perspetivar o doente como alguém com objetivos na saúde, após o diagnóstico de fisiopatologias e, necessidades em relação aos medicamentos, diferentemente dos sujeitos da Saúde Pública destacados como consumidores de serviços do farmacêutico com a finalidade da prevenção e promoção da saúde, diferenciando-os de forma complementar na vertente da saúde.

Síntese do disposto nos n.ºs 1 e 2, do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23), e relação com a pesquisa da dissertação

Em suma o art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23), impõe o conhecimento e praxis do princípio racional no uso do medicamento, não somente com qualidade técnica do farmacêutico para com o sujeito individual e comunitário, mas também com sanções, acrescentando neste último caso a comunicação para com o sujeito que necessita.

Considerando os aspetos atrás expostos, pode-se complementar no âmbito extensivo do alcance da norma, que caberá ao farmacêutico o papel de auto- regulador, controlando ele mesmo a aplicação do texto normativo em relação às suas competências. Devido a tal, este trabalho tem com objetivo primordial, avaliar até que ponto haverá da parte do farmacêutico, concordância profissional dos atos que cumprem de acordo com a legislação, que regula ao mesmo tempo o uso racional do medicamento pelo cidadão, para a proteção da saúde individual e pública na sociedade com direitos políticos e sociais e, economia de mercado, no contexto global de Estado de Direito.

Ato Farmacêutico e conteúdo funcional

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos regulado pelo art.º 76.º do DL n.º 288/2001 de 10 de novembro (21), “O ato farmacêutico é da exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos”, assim como os atos de natureza análoga definido no art.º 77.º. Ainda conforme o art.º 78.º do DL supracitado, são definidas as atividades do ato farmacêutico que são:

- “a) Desenvolvimento e preparação da forma farmacêutica dos medicamentos;*
- b) Registo, fabrico e controlo dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;*
- c) Controlo de qualidade dos medicamentos e dos dispositivos médicos em laboratório de controlo de qualidade de medicamentos e dispositivos médicos;*
- d) Armazenamento, conservação e distribuição por grosso dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;*
- e) Preparação, controlo, selecção, aquisição, armazenamento e dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos privativos de quaisquer outras entidades públicas e privadas;*
- f) Preparação de soluções anti-sépticas, de desinfectantes e de misturas intravenosas;*
- g) Interpretação e avaliação das prescrições médicas;*
- h) Informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correcta utilização;*
- i) Acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos;*
- j) Monitorização de fármacos, incluindo a determinação de parâmetros farmacocinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados;*
- k) Colheita de produtos biológicos, execução e interpretação de análises clínicas e*

determinação de níveis séricos;

l) Execução e interpretação de análises toxicológicas, hidrológicas e bromatológicas;

m) Todos os atos ou funções diretamente ligadas às atividades descritas nas alíneas anteriores.”.

Quanto ao conteúdo funcional, este é regulado pelo “Regime da carreira farmacêutica nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde”, conforme o DL n.º 108/2017 de 30 de agosto (25). Segundo os artigos 8.º a 10.º do Decreto supracitado (25), são regulados os conteúdos funcionais dos farmacêuticos assistente, assessor e assessor sénior.

Relação entre política do medicamento, uso racional e ato farmacêutico

Em suma, a política normativa do uso racional do medicamento é implementada pelos atos farmacêuticos hospitalares de serviços. Estes serviços farmacêuticos são constituídos pelo conjunto de conhecimentos, técnicas, atitudes, operações e processos operativos definidos por lei e, conjugados eticamente às atividades com os fármacos para com os doentes, em que estes deverão usar racionalmente os medicamentos para a contribuição da sua saúde. Isto é, há uma política do medicamento, que se concretiza em norma, que define o direito à saúde no contexto das bio-psico-socio-necessidades da sociedade, que circunscreve a adesão dos utentes, ou doentes, ou organizações / instituições ao uso racional do medicamento, em conjugação com a concordância dos deveres, associados aos interesses e às funções corporativas dos farmacêuticos e organizativas laboratoriais, operacionalizados em atos nas farmácias hospitalares. Isto significa, que o farmacêutico hospitalar na concordância dos seus atos hospitalares para com os doentes, deverá também concordar com a política normativa do medicamento e conjuga-la com as decisões da gestão hospitalar.

Fig, 1. Processo sócio-político da formação dos atos farmacêuticos hospitalares e as respetivas variáveis



1.5. Tema e objeto da pesquisa

Considerando o atrás exposto e, de acordo com o tema da dissertação que é “A política do medicamento e os atos farmacêuticos nos hospitais EPE”, o objeto da pesquisa será o da relação entre as concordância da política normativa do medicamento pelos farmacêuticos, que é regulada no art.º 5º do DL 167/2006 (23) para com o uso racional dos medicamentos e, a concordância dos atos farmacêuticos nos hospitais EPE, conforme os artigos 8.º a 10.º do DL n.º 108/2017 de 30 de agosto (24).

O objeto definido como principal, não obsta que se investiguem outras relações, como entre as características (idade, sexo, formação e tempo de serviço) dos farmacêuticos hospitalares e, as restantes concordâncias supracitadas.

1.6. Pesquisa Bibliográfica

Foi feita uma revisão da literatura, que estrutura conceitualmente e teoricamente esta pesquisa, conforme Martins (25).

Para elaboração desta revisão de literatura, selecionaram-se os trabalhos publicados nos últimos 15 anos. Foram utilizadas as bases de dados seguintes: Google académico, Scielo, PubMed e, repositórios científicos de várias Faculdades e Universidades. Escolheram-se documentos científicos, manuais institucionais e organizacionais, legislação governamental, no idioma português, inglês, francês e espanhol. Excluíram-se documentos, que não apresentaram relação com os objetivos da pesquisa, após a leitura de título, resumo, e texto integral.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave para busca dos arquivos científicos: política da saúde, política do medicamento, farmácia hospitalar, farmacêuticos hospitalares, hospitais EPE, uso racional do medicamento, análise económica da Saúde. Utilizando os critérios expostos, foram encontrados 12 artigos, dos quais 5 se relacionavam mais com o tema, objeto e objetivo da pesquisa. Devido a tal, foram analisados para o desenvolvimento da pesquisa, abrangendo a política do medicamento com associações para com os atos farmacêuticos.

Note-se, que há a somar a restante bibliografia, que se foi descobrindo à medida que se progrediu no trabalho e, que foi surgindo perante as necessidades de se obterem repostas, sem que deixassem de estar agregadas às referências iniciais provenientes das pesquisas bibliográficas.

Em suma, são utilizados no ponto “2. Enquadramento Teórico”, toda a bibliografia pesquisada inicialmente, e a restante que foi sendo encontrada, com relevo para esta dissertação.

1.7. Razões da escolha do tema

A escolha sobre o tema proposto, deve-se essencialmente às seguintes razões:

1. Conhecimentos adquiridos nas licenciaturas de Ciências Farmacêuticas na Universidade de Coimbra e Lisboa, e nas unidades curriculares da Ciência Política, Sociologia e Relações Internacionais na Faculdade das Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, e principalmente as do mestrado em Gestão da Saúde, na Escola de Saúde Pública (ENSP);

2. Interesse em encontrar respostas, na relação entre as concordâncias da política normativa do medicamento e do ato farmacêutico, que possibilitarão o uso racional no utente. Este interesse surgiu durante a frequência na unidade curricular de Políticas e Gestão em Saúde, no curso de Mestrado de Gestão de Saúde no ENSP;

3. Efeitos da experiência profissional hospitalar como enfermeiro e farmacêutico nos hospitais;

4. Vantagens para as políticas normativas e organizacionais e, para o desempenho profissional dos farmacêuticos nos hospitais EPE, pelas possibilidades das associações entre as características, as concordâncias políticas ou normativas e, os atos farmacêuticos permitem soluções políticas, jurídicas, sociais, económicas e profissionais, para com problemas detetados na adesão nos doentes às regras do uso racional do medicamento, resultante dos atos farmacêuticos nos hospitais EPE;

5. Interesse no aprofundamento do tema proposto, que apresenta escassa bibliografia sobre as relações entre as características e, concordâncias sobre a política e atos, que propiciem o uso racional do medicamento;

6. Melhorar a atualização, alinhamento e quiçá a reformulação entre as políticas normativas do uso racional do medicamento, e o desempenho das competências dos farmacêuticos nos hospitais EPE, no âmbito do art.º 5º do DL 176/2006 do Estatuto do medicamento (23) e, das atribuições do art.º 4.º da Lei 131/2015 de 4 de Setembro (26), que aprova o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos;

7. Possibilidade de conhecer mais especificamente nos hospitais EPE, no que diz respeito aos problemas que possam afetar as relações, entre as concordâncias da política normativa, a dos atos farmacêuticos, e as características dos profissionais (tempo de formação e de experiência, idade e sexo).

1. Escolha dos hospitais EPE por se encontrarem no topo do desenvolvimento da gestão hospitalar empresarial e complexidade social e tecnológica nos hospitais públicos e, por se conhecer escassamente as relações entre a política normativa do uso racional e a do ato farmacêutico nestes hospitais, e as características sócio demográficas.

2. Possibilidade de melhorar a satisfação dos doentes, em relação aos atos dos serviços

farmacêuticos, que permitam à gestão e governança hospitalar, a concretização dos objetivos internos e externos, para com a política do medicamento no SNS.

1.8. Problemas, perguntas, variáveis, tipos de associações, e testes

Problemas e perguntas

Alguns dos problemas, que podem surgir no uso racional dos medicamentos nos hospitais EPE, têm a ver, com a falta de relação entre a concordância da política normativa regulada no art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23), com a concordância dos atos dos farmacêuticos, e as características dos farmacêuticos (sexo, idade, tempo de formação e de serviço),

Perante o atrás exposto, foram definidas as perguntas de pesquisa seguintes:

- 1.** Será que concordância dos farmacêuticos nos atos, se relaciona com a concordância da política normativa do uso racional?
- 2.** Será que as características dos farmacêuticos (tempo de serviço e de formação, idade) se relacionam com as concordâncias política, normativa e a dos atos, no contexto do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23) sobre o uso racional dos medicamentos?

Tipos de variáveis

As variáveis a pesquisar são categóricas ordinais e nominais. Incluem as seguintes:

- 1.** Os tempos de exercício profissional e de formação;
- 2.** A idade;
- 3.** O sexo;
- 4.** A concordância para com a política regulada pela norma sobre o uso racional dos medicamentos;
- 5.** A concordância profissional para com os atos farmacêuticos.

Tipos de associações em pesquisa

As associações a investigar serão mais especificamente entre as variáveis das concordâncias política e dos atos e, em geral entre todas as variáveis ordinais.

Testes e variáveis nas relações de associação

Para todas as variáveis, far-se-ão análises descritiva univariáveis, e os testes de correlação entre variáveis categóricas ordinais.

1.9. Tipo de pesquisa

O tipo de pesquisa é o da abordagem quantitativa, descritiva, transversal, bibliográfica, com análise univariada para as variáveis nominais e ordinais e, bivariada nas relações entre as

variáveis ordinais.

1.10. Objetivos

1.10.1. Objetivo principal

O objetivo principal deste estudo é:

Investigar a relação das concordâncias dos farmacêuticos para com a política regulada pela norma para o uso racional do medicamento segundo o art.º 5.º do DL nº 176/2006 de 30 de agosto (23) e, a concordância dos atos farmacêuticos, em defesa dos interesses dos doentes para com a saúde, regulados pelas normas e as estratégias definidas, quer pelo Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos conforme o DL n.º 288/2001 de 10 de novembro (21), quer pelo Conselho de Administração dos hospitais EPE, conforme o DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro (27).

Em suma, o ato farmacêutico nos hospitais EPE, deve fundamentar-se na concordância com racionalidade e conjugada com os conhecimentos, habilidades e atitudes nas competências, que conjugam os critérios técnicos dos farmacêuticos e as políticas normativas nacionais, provindos das normas e diretrizes institucionais e organizacionais vigentes, desde o contexto macro até ao micro, para o uso racional do medicamento nos hospitais EPE.

1.10.2. Objetivos específicos

1. Os objetivos específicos, na realização do conhecimento na dissertação, serão os seguintes:
2. Definir e caracterizar os conceitos mais relevantes nesta pesquisa que são: as políticas e normas do uso racional do medicamento e, o ato farmacêutico.
3. Definir as variáveis mais significativas em relação ao objeto de estudo.
4. Identificar o tipo de variáveis a serem avaliados nos questionários.
5. Identificar as associações entre as variáveis de investigação como a concordância da política regulada pela norma, as características com variáveis ordinais e os atos farmacêuticos.
6. Questionar as características, a aceitação da política normativa e os atos exercidos na farmácia hospitalar.
7. Expor os resultados obtidos.
8. Apontar as conclusões e impactos.
9. Destacar as relevâncias e as sugestões de desafios futuros, em relação aos resultados encontrados.

1.10.3. Objetivos específicos e as etapas do processo investigativo

Os objetivos específicos em relação às etapas do processo investigativo, serão constituídos pelos seguintes pontos:

- 1.** Seleção das políticas normativas que mais contribuem para concordância dos atos farmacêuticos nos hospitais EPE, tais como o controlo regulador pelas instituições como o INFARMED, Ordem dos Farmacêuticos, ou a ação das organizações como a dos hospitais.
- 2.** Definição dos atos mais importantes, que de acordo com o art.º 5º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23) e o “Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar” que mais regulam o “Uso Racional do Medicamento”, com o objetivo de defesa dos interesses dos doentes na procura e oferta dos serviços de saúde.
- 3.** Definição das variáveis ordinais e nominal das dimensões seguintes: características dos farmacêuticos, grau de concordância das políticas normativas e, dos atos farmacêuticos.
- 4.** Definição do tipo de estudo na investigação.
- 5.** Seleção dos hospitais EPE da área de Lisboa, e de 24 farmacêuticos.
- 6.** Elaboração do questionário fechado, após o pré-teste.
- 7.** Elaboração, envio e recolha de questionários e dados aos farmacêuticos sobre os atos para a utilização racional dos medicamentos, a concordância das políticas normativas na classe profissional dos farmacêuticos, em alinhamento com as características desenvolvidas nas suas competências.
- 8.** Organização dos dados.
- 9.** Análise dos dados para se determinarem os resultados, pelas análises descritiva univariável e, bivariada associativa das variáveis ordinais pelo teste da correlação de Spearman.
- 10.** Discussão e interpretação dos resultados encontrados.
- 11.** Conclusões e sugestões.

1.11. Método

Pretende-se alcançar os objetivos expostos, de forma que outros pesquisadores o possam fazer com a adequada aplicação de recursos, com o propósito de concretizá-los através dos seguintes métodos:

1. O estudo quantitativo, descritivo univariado em todas as variáveis e, bivariado com relações de associação para com as variáveis ordinais medidas na população dos farmacêuticos dos hospitais EPE.
2. A elaboração do questionário fechado e, o envio deste aos CA, aos diretores, e aos farmacêuticos hospitalares EPE.

3. A recolha, tratamento de dados pela análise das variáveis descritivas independentes e das associações ordinais, e a determinação de resultados.

4. A divulgação das conclusões, proveniente dos resultados descritivos e das associações, e os valores propostos pelos objetivos e o enquadramento teórico.

1.12. Estrutura da dissertação

Nesta dissertação, para concretizar os objetivos pretendidos, foi elaborada a exposição seguinte:

1. Introdução

Composta pela abordagem sobre as definições e perspectivas da saúde (ponto 1.1.), a sua importância, prioridade política e relação com os atos farmacêuticos (ponto 1.2.), o conceito do uso racional associado à função do farmacêutico (ponto 1.3.), a relação entre saúde, o ato farmacêutico e a política do uso racional do medicamento (ponto 1.4.), o tema e o objeto da pesquisa (ponto 1.5.), a pesquisa bibliográfica (ponto 1.6.), as razões na escolha do tema (ponto 1.7.), os problemas e perguntas de pesquisa, com a escolha das variáveis, tipos de associação e testes (ponto 1.8.), tipo de pesquisa (ponto 1.9.), os objetivos (ponto 1.10.), e o método elaborado e implementado (ponto 1.11.).

2. Fase teórica

Constituída pelos enquadramentos teóricos, em que se destacam os conceitos e a conjugação de elementos teóricos como a política, o poder e o Estado (ponto 2.1.), os conceitos de Ciência Política e o conceito e o processo das políticas públicas (ponto 2.1.2. e 2.1.3.), as políticas de saúde e do medicamento (pontos 2.1.4. e 2.1.5.). As políticas são enquadradas e alinhadas juridicamente pelo Direito e a Saúde (ponto 2.2.). Nesta pesquisa destaca-se também a relação da saúde, com a Constituição e a Lei de Bases da Saúde (ponto 2.2.3.), a diversidade normativa do direito da Saúde (ponto 2.2.4.). As políticas são aplicadas pelos meios de execução (ponto 2.3.) pelos seus sistemas e modelos específicos (ponto 2.3.1), o planeamento através do Plano Nacional de Saúde (ponto 2.3.2.), e a aplicação das políticas pelas instituições e organizações de serviços de Saúde (ponto 2.3.3.). A relação do Sistema Nacional da Saúde, o SNS, o regime jurídico da gestão, o estatuto do medicamento e o regime da carreira farmacêutica nos hospitais (ponto 2.4.). De seguida destaca-se o regime jurídico do medicamento (ponto 2.5.), a implementação dos atos farmacêuticos, que resultam do alinhamento internacional e nacional efetuado pelos reguladores institucionais e organizacionais (pontos 2.6.) na estratégia, tática e operacionalização dos atos farmacêuticos para os hospitais EPE. Com o propósito de se operacionalizar o uso racional dos medicamentos pelos doentes, gerados pelos atos farmacêuticos no sentido da saúde dos utentes dos hospitais, são evidenciados na

regularização dos atos farmacêuticos pelas instituições e organizações (pontos 2.7.), que se alinham com as Boas Práticas da Farmácia Hospitalar (ponto 2.8.) e, com o conteúdo funcional e as dimensões dos atos do farmacêutico do DL 108/2018 (ponto 2.13.4.), da onde se escolheram as perguntas para o inquérito.

3. Fase metodológica

Abrangerá (no ponto 3.) o enquadramento metodológico (ponto 3.1.), método (ponto 3.2.) e a ética e segurança na investigação (ponto 3.3.).

4. Fase empírica

Destacará (no ponto 4.) a recolha de dados (ponto 4.1.), organização de dados (ponto 4.2.), análise, resultados, interpretação e discussão de resultados (ponto 4.3.) e qualidade (ponto 4.4.).

5. Fase conclusiva

Incluirá as limitações, oportunidades (ponto 5.1.), as conclusões (ponto 5.2.), os impactos (ponto 5.3.) e, desafios e sugestões (ponto 5.4.).

6. Etapa consultiva

Formada pelas referências bibliográficas (ponto 6.), e anexos (ponto 7.).

II – FASE TEÓRICA

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Política

2.1.1. O poder, a política, e o Estado

Neste ponto são abordados alguns conceitos da política, do poder e Estado, com o objetivo de situar o contexto deste tema, que irá influenciar os farmacêuticos, não só como cidadãos do Estado-nação, assim como profissionais das organizações e instituições hospitalares, que resultarão nas dinâmicas dos seus atos, no que diz respeito não somente às suas funções, como aos seus objetivos, resultados e conflitos. Ou seja, os poderes, políticas e o Estado são entes ontológicos e socioculturais, que constroem no seu conjunto, os desempenhos socioprofissionais e económicos na sociedade, de entre os quais o dos farmacêuticos.

O Poder

O poder, segundo Bertrand Russel (28), na sua obra "o Poder Uma nova análise social" é "o conjunto dos meios que permitem alcançar os efeitos desejados", ou "a capacidade de fazer que os demais realizem aquilo que queremos". Para Russel (28), o poder são meios que produzem os efeitos desejados. Segundo Bourdieu (29) "é uma força ao serviço de uma ideia", ou seja a força é ligado ao poder, sendo a sua aplicação conhecido como coercibilidade e a expectativa do seu emprego como coação.

Bobbio (30) define o poder segundo o meio usado, sendo o poder económico, quando se usa a riqueza, o ideológico que se relaciona com a ideologia, e o político, com a força. O poder segundo Weber, como fenómeno social (31) é a capacidade de atingir os objetivos, ou de impor a vontade, através das leis ou do direito, que é uma das formas do uso da violência legitimada, ou dominação, acima de outros objetivos ou vontades, apesar das resistências, Em Weber há uma imposição de vontade com intenção, havendo ao mesmo tempo uma negociação entre os vários intervenientes. A dominação é o poder conjugado das várias capacidades humanas, exercida com legitimidade, e que pode ser tradicional (a legitimidade é a tradição), carismática (que se deve a uma identificação com base na empatia, heroicidade) e, a racional-legal ou burocrática (com base na pressuposição racional da igualdade perante a lei, ou com fundamento na ideologia, doutrinas ou valores, ou a partir dos interesses económicos, ou de prestígio). Genericamente para Silveira (32) o poder é uma relação de domínio de uma vontade sobre a outra, ou a capacidade de um objeto (pessoa ou não) gerar consequências sobre o outro, mesmo que este não o deseje, ou o conjunto de recursos ou meios, que "permitem obter efeitos desejados" segundo Bertrand Russel (28), ou "conseguir vantagens" conforme Hobbes (33).

Em termos culturais, o poder político segundo Silveira (32) é a regulação com regras do

poder, ou seja, “O Poder [político] acontece se e quando os Homens se unem entre si no propósito de exercerem uma ação e deixa de existir quando, por qualquer razão, eles se dispersam e se abandonam uns aos outros” de acordo com Hannah Arendt (34). Ou seja, o poder, de acordo com Silveira (32) é uma invenção e construção humana, que limita a liberdade individual, possibilitando a confrontação para com a escravatura dos mais fortes, isto é, conforme Maltez, “Os Homens inventaram o político para deixarem de ter um dono, institucionalizaram o Poder para deixarem de obedecer a outro Homem e passarem a obedecer a uma abstração” (35).

O poder simbólico, conforme Bourdieu (29) é a capacidade de usar valores, hierarquias, e conceitos para se constituírem instituições, que configurem uma realidade com capitais sociais ou outros, com base em imposições valorativas, por intermédio de intervenientes como políticos, artistas, jornalistas, intelectuais e, especialistas.

Para Foucault (36) o poder é mais exercido por um mecanismo social, do que possuído, através de normas nas instituições, que se materializam através da disciplina, ou regulamentos, ou vigilância, ou controle na vida humana, ou no seu corpo, como acontece em escolas, quartéis, prisões, empresas, hospitais e fábricas.

Concluindo, o poder para Bourdieu (29) e Foucault (36) é uma força abstrativa na relação entre intervenientes, gerado no exterior, que conforma a mente e o corpo sem darem conta. Esta força, segundo Perissinotto (37) sem mãos configura uma estrutura categorizada de relações sociais, com acessos diferentes e desiguais de recursos económicos, sob uma forma considerada natural, invisível, subtil, sem ameaças, óbvia, imutável para os intervenientes nas suas lutas simbólicas, vistos como legítimos e únicos e, dirigindo as vontades, expectativas, decisões e intervenções. Já para Weber (31) e Russel (28), o denominador comum na definição do poder, tem a ver com o meio racional e intencional, ou as capacidades, ou recursos físicos, com objetivos definidos por parte dos atores sociais e, que é quase sempre visível e detetável.

A Política

A política é a capacidade do ser humano em criar diretrizes, decisões, estruturas, funções com o objetivo de organizar um modo de vida, quer em termos de coesão, quer em conflito. A política também pode ser perspetivada como a ciência de governabilidade de um Estado, ou a arte de negociar para compatibilizar os diferentes interesses, ou o exercício do poder. A política consiste na arte ou ciência da organização, direção e administração de nações ou Estados, a nível dos conteúdos internos (política interna), ou dos assuntos externos (política externa). A política consta de ser a atividade desempenhada pelo cidadão no exercício dos seus direitos e deveres públicos, do seu voto, ou das suas opiniões. Ou seja, segundo Silveira

(32), política é a capacidade de alterar as regras nas estruturas de convivência comum. No essencial, política é uma atividade ideológica para decisões de um grupo (ou partido), para concretização de objetivos e exercício de poder para predominar sobre conflito de interesses.

A Institucionalização do poder político

De acordo com Silveira (32), *“O poder político implica sempre a existência de regras. Hoje em dia utiliza para esse fim uma instituição central – o Estado – e um meio de estabelecimento de regras - o Direito. - O Estado é a instituição a quem reconhecemos o direito de estabelecer regras comuns a todos e de as fazer cumprir. - As regras, enquanto mecanismos de continuidade, permitem a existência de previsibilidade e garantem estabilidade para além das circunstâncias, das pessoas, etc.”*. Em suma, o Estado é uma organização de aplicação efectiva, ou coerção, pela sociedade.

Estado

O Estado é a sociedade política e juridicamente organizada, que proporciona através do direito, ou conjunto de leis, a ordem social, o bem-estar, a justiça, e proporciona a liderança política, sendo constituído pelo território, povo, governo, finalidades e soberania. O Estado mantém relação não somente com outros estados, mas também com os seus cidadãos. Para Weber segundo Finley (38) o Estado é o conjunto de sujeitos, que concede aos seus representantes (governo) a capacidade de usar as forças física ou militar, ideológica, social, cultural e económica, para regular a vida em sociedade (monopólio da violência), em determinado território subordinando-a. Isto é, o Estado tem a função de concretizar os objetivos do controlo e ordem social e, por isso pode usar a força, ou a violência legítima, justificada pela confiança do povo, para implementar e manter os direitos e deveres sociais legais, a qualidade ou estilo de vida preconizada pelos regimes jurídicos e, a justiça regulada pela eficácia no enquadramento jurídico de todo o direito, que se alinha também com a validade proporcionada pela aceitação generalizada para com a lei magna, que é a Constituição. O Estado político é constituído pelos poderes executivo, legislativo e judicial.

2.1.2. Conceitos de Ciência Política

Considerando que a saúde, não é somente uma necessidade de alguns, mas de todos os cidadãos, há que concetualizar em que sentido a política organiza e negoceia este bem, através de direitos e deveres constitutivos, legislativos, normativos e regulamentares.

A ciência política

A ciência política estuda o Estado, ou as áreas da comunidade política conforme Coulanges (39), que controlam os meios de violência, que são economicamente independentes e, que se comprometem a sustentá-la. Ou seja, em qualquer sociedade, os direitos civis existem na comunidade política, os direitos básicos aplicam-se a qualquer sujeito e, os direitos

políticos garantem a participação política de qualquer indivíduo, sendo o mais importante o da livre expressão de opinião, a existência de partidos e, a participação política. No essencial a ciência política não define somente o Estado, o poder, a política e o governo, mas estuda também a sua organização, o seu funcionamento, as relações as suas diferenças, os direitos e deveres. Isto é, a CP, dentre muitas funções, analisa, por exemplo, o exercício do poder (ou sede, acesso, ideologia, discurso, controle do poder), a ação do Estado, a administração ou gestão pública, os sistemas políticos, os partidos e as eleições.

Os objetos de estudo da Ciência Política são o poder e o Estado. Para Silveira (32), a CP analisa fenómenos de exercício de poder (mais abrangente), em que sujeitos influenciam outros sujeitos (mesmo contra a vontade), ou eventos que digam respeito ao Estado, que impliquem a existência do poder político, ou seja das estruturas e processos políticos (do governo). Isto é, a CP pesquisa, usa métodos, teoriza e concetualiza (linguagem própria com teorias e conceitos) e, demonstração empírica (capacidade de generalizar) só para o objeto do poder, ou do Estado (como poder político), diferentemente de outras disciplinas sociais ligadas ao objeto político, mas em que mantém as suas teorias, conceitos e métodos, muitas vezes com análises disciplinares descritivas (História) e formais (Direito).

De acordo com a ciência política na perspectiva de Estado conforme Ribeiro (40), este pode ser perspectivado em conjunto com o governo, como forma de Estado (Unitário ou federado devido à organização política de uma nação), forma de governo (monarquia ou República), sistema de governo (parlamentarismo ou presidencialismo conforme a divisão do poder político legislativo, executivo e judicial) o regime político (que são os modos como o Estado se relaciona com a sociedade civil, e se divide em ditaduras e democracias em que é ditado o autoritarismo ou a legitimidade). Na perspectiva do poder, as instituições ou organizações são entidades que existem para regular a disputa, o exercício e a relação do poder político, entre os administradores ou gestores e os administrados.

No caso da democracia, segundo Silveira (32) e Ribeiro (40) e, de acordo com a teoria da divisão de poderes de Montesquieu, esta divide-se funcionalmente nos poderes executivo, legislativo e judicial, ao contrário da ditadura em que há uma concentração de poder político num dos ramos do exercício do poder. Na democracia há um Estado de direito, em que o poder político é exercido dentro dos limites traçados pela lei que regula as condutas e organização da sociedade e, em que a lei subordina tanto o Estado como a sociedade, ao contrário do que acontece na ditadura, em que as leis só existem para os cidadãos. No regime democrático há a participação dos cidadãos nas decisões políticas através do seu voto igualitário, assim como há expressão livre da comunicação, ao contrário da ditadura em que se elimina as várias formas de participação do poder político e da liberdade de expressão. Os órgãos de controle na democracia são exercidos no sentido da legitimidade

alcançada pelos vários direitos, ao invés da ditadura em que são utilizados como órgãos de repressão para o exercício dos direitos humanos, políticos, sociais e económicos básicos.

Sistema político, conflito, factos e atos

O sistema político, segundo a ciência Política, é o conjunto de interações de uma organização, instituição, crenças, ideologias (ideias organizadas e coerentes em princípios, regras, interpretação da história e, do futuro, dando uma ideia da posição, da situação concreta do mundo, da vida e da sociedade visando a previsibilidade, a luta, a ação, a mobilização, com impacto ou força histórica e social), princípios, valores, normas, agentes, através do qual se exerce a política num determinado contexto, como por exemplo no Sistema de Saúde.

O conceito de sistema político deve-se a autores como David Easton (41), Gabriel Almond & Sidney Verba (42), Michael A. Weistein (43), Helio Jaguaribe (44), em que conjugaram a ciência política (estudo do Estado, governo, do poder e estruturas políticas) nos seus fundamentos de conceito, à teoria geral dos sistemas desenvolvido por Ludwig von Bertalanffy (45) que defende que o mundo é um todo integrado, maior que a soma das suas partes, e à teoria estrutural-funcionalista do sociólogo Talcott Parsons (46) de análise sistémica e estrutural das relações sociais e da política. De acordo com Cobra et al (46), Parsons defende que o sistema social é um conjunto de unidades, ou ações de grupos ou indivíduos, com papéis cujas partes explicam o todo como sistema, que procura nas suas funções e na sua autorregulação, o seu equilíbrio e coesão das interações sociais. Existem algumas funções, que são:

- 1.** A adaptação do indivíduo em que existem interações entre o meio externo social e interno;
- 2.** A prossecução de objetivos pela personalidade do indivíduo, em que se mobilizam recursos no sentido de metas e tarefas pessoais;
- 3.** A integração pelo sistema social em que se definem as ações pelos vários indivíduos que permitem a inclusão do sistema coeso.
- 4.** O sistema cultural em que os vários grupos são identificados para gerarem a coesão ou ordem social.

No entanto, este modelo padece por não identificar no poder da ideologia, o centro dos conflitos pelos bens materiais, que são proporcionados pelas diferenças e desigualdades, entre os vários indivíduos, grupos e classes como defende Karl Marx, de acordo com Cobra et al (46). Outros dois modelos importantes, tem a ver com o efeito das normas no seu todo consensual e organizador do Estado, no âmbito do modelo de Émile Durkheim segundo Cobra et al (46), constituído pelos vários elementos, ou classes profissionais, que são geridas pelos modelos de poder expressos em regras, processos, atividades e tarefas, segundo Max Weber na administração pública, conforme Cobra et al (46).

Sendo o Estado um conjunto de indivíduos, surge o poder nas relações interiores e

exteriores na sua existência, perspectivados pelos modelos clássicos anteriormente apontados (não sendo únicos). Considerando estes modelos, explicam-se melhor as diferentes formas de Estado, formas de governo, sistemas de governo e, regime político.

2.1.3. O conceito e o processo das políticas públicas

Segundo Saravia (47), a “Política pública trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientadas para manter o equilíbrio social, ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade”. Isto significa, que cada política pública é um processo com diversas etapas, em que são necessárias diferentes negociações.

De acordo com Silveira (32), política pública é o “(...) conjunto de decisões (coerentes) interrelacionadas, tomadas por uma autoridade governativa (com legitimidade política), com a intervenção de outros atores políticos e sociais, tendo em vista a prossecução de determinados objetivos tidos como relevantes (para um determinado público).”

No essencial, de acordo com Saravia (47) o processo de política pública é constituído por:

Agenda

Identificação de necessidades ou problemas sociais, que são agendados conforme a sua prioridade política partidária, a missão, os valores, o poder ou recursos existentes e, as oportunidades.

Análise, Soluções, objetivos e Orçamentos

Análise das várias causas dos problemas (situação atual com pesquisa dos efeitos e causas) e a identificação de soluções (situação desejada), objetivos com orçamentação, e planeamento de prioridades.

Identificação dos problemas

Reconhecimento de lacunas, obstáculos e carência de recursos.

Debate com os vários stakeholders

Discussão com a sociedade civil, partidos, grupos económicos e outros intervenientes com interesses nas políticas públicas.

Definição das alternativas e dos problemas prioritários com critérios económicos e sociais

Seleção dos problemas, soluções políticas, instituições e gestão, atendendo ao orçamento disponível, à sua factualidade, coerência e viabilidade.

Formulação dos princípios doutrinários, das diretrizes e das normas jurídicas das políticas públicas

São formulados com os objetivos e critérios legais, os fundamentos, os princípios e as normas

com marcos jurídicos administrativos, de gestão e financeiros.

Planeamento das soluções

Constituído por planeamento, planos, programas, projetos e indicadores com os recursos humanos, financeiros, tecnológicos e materiais e, organização administrativa.

Elaboração de indicadores

Estabelecimento de indicadores de desempenho, metas, prazos, responsabilidades de competências por indicador.

Implementação ou execução

Constituída pela execução, coordenação, seguimento e avaliação dos planos, programas e projetos, através da liderança (motivação, competência) e dos recursos humanos necessários. Inclui atividades, atos ou intervenções humanas para se concretizarem os objetivos das políticas públicas, assim como a análise das limitações ou obstáculos como a burocracia, que não permitam resultados, ou efetividades.

Controlo: avaliação e análise

A avaliação consiste na comparação entre os resultados e os objetivos preconizados. A partir dos desvios, faz-se análise para se encontrarem as causas do afastamento aos objetivos preconizados pelas políticas públicas, para se descobrirem soluções que corrijam os desvios. Em suma, enquanto no avaliar se conhece o valor dos desvios dos resultados, na análise compreendem-se os porquês, para se definir o que se fazer para se corrigir e melhorar.

Correções, acompanhamento e monitorização

Constituído pela monitorização contínua das correções, para se assegurar a concretização dos objetivos.

2.1.4. Políticas de saúde e as normas mais importantes

De acordo com Santos (48), as políticas públicas de saúde são o “Conjunto dos princípios e dos objetivos que servem de guia a tomadas de decisão no sector da saúde e que fornecem a base da planificação de atividades em determinado domínio.”, ou as “Orientações administrativas ou princípios diretores da ação de um governo na área da saúde.”. Isto significa, que o processo de políticas de saúde resulta de soluções técnicas, capacidades políticas de negociação e de cooperação, que incluem partidos políticos, instituições, organizações e profissionais da área da saúde, propondo objetivos de curto, médio e longo prazo (48). Isto é, no essencial as políticas públicas são constituídas por normas e leis incluídas no Direito da saúde, que orientam as redes de organizações ou instituições ligadas à área da saúde, que possibilitem a implementação de decisões, objetivos, planos, programas, recursos humanos e materiais, de atividades e, de serviços públicos em prol da

promoção, prevenção, recuperação da saúde, tratamento e mitigação da doença, do sofrimento e de situações biológicas indesejáveis no cidadão.

Normas mais importantes na política de saúde e do medicamento

Nesta dissertação, as políticas e a base legal no âmbito da saúde, dos hospitais EPE, do uso racional do medicamento e dos atos farmacêuticos, são constituídas principalmente pelas normas seguintes: a CRP (DR 86/76 de 10/04/1976 (49) e Lei Constitucional n.º 1/2005 (7.ª Revisão) (50)), Lei n.º 56/79 que regula, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (51), sendo alterado pelo DL n.º 81/80 de 19 de abril (52), DL n.º 254/82 de 29 de junho (53) e DL n.º 361/93 de 15 de outubro (54), o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (DL n.º 288/2001) de 10 de novembro (21), a lei de bases da saúde regulado pela Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro (17), a lei orgânica do Ministério da saúde (DL n.º 124/2011 de 29 de dezembro (82) e DL n.º 7/2017, de 09/01), o Estatuto do SNS regulado DL N.º 52/2022 de 04/08 (14), o estatuto do medicamento (DL 176/2006 de 30 de agosto (23) e DL n.º 112/2019 de 16 de agosto), a lei orgânica hospitalar (DL 129/77 de 2 de abril (55), que define princípios e órgãos de gestão), a lei de gestão hospitalar (DL n.º 19/88 de 21 de janeiro) (56) , o regime Jurídico da gestão hospitalar e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (Hospitais EPE) com a natureza de Entidades Públicas Empresariais (DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro) (27), o Plano Nacional da Saúde (Bases IV.2/h e VI.3 da lei de bases da saúde regulada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro) (17), a orgânica e estatutos do INFARMED IP (DL n.º 46/2012 de 24 de fevereiro (57) e Portaria n.º 267/2012 de 31 de agosto, o Despacho N.º 1729/2017 (58), que regula a composição e competências da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT), a Lei n.º 131/2015 (26), que regula a Ordem dos Farmacêuticos o conteúdo funcional da profissão farmacêutica (DL n.º 108/2017 de 30 de agosto (24), que define a carreira farmacêutica nos hospitais EPE, e o DL n.º 109/2017 de 30 de agosto (59) que é o regime legal e requisitos de habilitação profissional). Assim sendo, as políticas normativas mais importantes da saúde e do medicamento, podem-se expor de forma resumida, pela seguinte tabela:

Tabela 1. Resumo das políticas normativas mais importantes da saúde e do medicamento

DATA	NOMENCLATURA / DESIGNAÇÃO DA NORMA	OBJETO / APLICAÇÃO DA NORMA
10/04/1976	Diário da República N.º 86/1976 Lei Constitucional	A Constituição corresponde à norma mais importante, que regula as aspirações do País e, afirma a decisão do povo português de defender a independência nacional, de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos, de estabelecer os princípios basilares da democracia, de

12/08/2005	N.º 01/2005 (7.ª Revisão) CRP: Constituição da República Portuguesa	assegurar o primado do Estado de Direito democrático e de abrir caminho para uma sociedade socialista, no respeito da vontade do povo português, tendo em vista a construção de um país mais livre, mais justo e mais fraterno.
02/04/1977	DL 129/1977 Lei orgânica hospitalar	Regula os princípios e órgãos de gestão hospitalar.
15/09/79	Lei n.º 56/1979 Lei da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo sido alterada mais tarde pelo DL n.º 81/80 de 19 de abril, DL n.º 254/82 de 29 de junho e DL n.º 361/93 de 15 de outubro.	Regula o Serviço Nacional de Saúde (SNS).
21/01/1988	DL N.º 18/2017 Lei de gestão hospitalar para EPE	Regula os hospitais públicos a aplicação das regras de gestão. "Com o DL 18/2017 concentra-se num único diploma o regime jurídico das entidades que integram o SNS com vista entre outros aspetos, a melhorar a gestão e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, bem como a necessidade de gerar ganhos de eficiência e de eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas."
10/02/2017		
10/11/2001	DL N.º 288/2001	Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.
30/08/2006	DL N.º 176/2006 Lei ou regime jurídico do medicamento	Regime jurídico para a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas.
29/12/2011	DL N.º 124/2011	Regulam a formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde, as funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção, fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde
09/01/2017	DL N.º 7/2017	

	Lei orgânica do Ministério da saúde	desenvolvidas pela administração direta, indireta, entidade administrativa independente, serviços e estabelecimentos do SNS, órgão consultivo, e sector empresarial do Estado.
24/02/2012 31/08/2012	DL N.º 46/2012 DL N.º 267/2012 Orgânica e estatutos do INFARMED IP	Regulam a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., e a organização das unidades orgânicas, que tem por missão regular e supervisionar os setores dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde.
30/08/2017	DL n.º 108/2017 DL N.º 109/2017 Conteúdo profissional do Farmacêutico nos hospitais EPE	Regula a carreira farmacêutica nos hospitais EPE e os requisitos de habilitação profissional.
04/09/2015	Lei n.º 131/2015 Ordem dos Farmacêuticos	Regula a Ordem dos Farmacêuticos como uma associação pública profissional que representa os farmacêuticos e regulamenta a profissão.
04/09/2019	Lei N.º 95/2019 Lei de Bases da Saúde	Regula o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuidade e dotado de estatuto próprio. Estabelece o regime jurídico para o sector da saúde. Regula o sistema de saúde, quer a nível privado, ou público. Define como base os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado em relação à saúde, pelo SNS em que assegura o direito à proteção da saúde. Quanto ao Sistema de Saúde Português, este inclui todos os operadores para com os cuidados de saúde em Portugal.
04/09/2019	Lei N.º 95/2019 Bases IV.2/h e VI.3 Plano Nacional da Saúde proveniente da Lei de Bases da Saúde	Segundo a DGS, o Plano Nacional da Saúde (PNS) 2021-2030, foca-se na Agenda das Nações para a Construção do Desenvolvimento Sustentável, destaca “os problemas ligados às alterações climáticas ou às infeções com potencial pandémico ou as catástrofes naturais” e, enfatiza “A identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, em que seleciona “estratégias de intervenção mais adequadas”.
23/02/2017	Despacho N.º 1729/2017	Segundo o art. 1.º “O presente despacho define as competências e composição da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e respetiva articulação com as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT),

	<p>A composição e competências da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT)</p>	<p>no contexto da aquisição e utilização de medicamentos em estabelecimentos e serviços hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).”.</p>
<p>04/08/2022</p>	<p>DL N.º 52/2022 Estatuto do SNS</p>	<p>Segundo esta norma, “O Estatuto do SNS regula a organização territorial e funcional do SNS, baseada em regiões de saúde e em níveis de cuidados, na proximidade da prestação, na integração de cuidados e na articulação inter-regional dos serviços, promovendo as respostas domiciliárias e os sistemas de informação que acompanham o utente no seu percurso. Cria uma Direção Executiva do SNS, que coordena as unidades de saúde do SNS, bem como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Assume a gestão do acesso a cuidados de saúde, da RNCCI e da RNCP, designa os membros dos órgãos de gestão das unidades de saúde e, coordena operacionalmente os resultados. Foca-se no planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersetorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde. Ao elencar as unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS — os agrupamentos de centros de saúde (ACES), os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo —, o Estatuto do SNS aproveita para rever os seus regimes de criação, organização e funcionamento e respetivos estatutos, atualizando-os. Destaca-se a alteração da natureza jurídica dos ACES, que são considerados institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de saúde primários com a ACSS, I. P., à semelhança do que acontece com as unidades hospitalares.</p> <p>Por fim, o normativo sobre a caracterização da organização e funcionamento do SNS reitera a prioridade relativa à gestão pública das unidades de saúde e à constituição de sistemas locais de saúde, enquanto estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, desenvolvem atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações.</p> <p>O Estatuto do enfatiza os recursos humanos, o seu planeamento plurianual, a definição do regime da dedicação plena, instrumento de contratualização individual e valorização do desempenho, que visa contribuir para a melhoria do acesso dos utentes e da retenção e motivação dos profissionais de saúde no SNS. O Estatuto do SNS dispõe sobre os recursos financeiros do SNS, assegurados por verbas do Orçamento do Estado e com uma dotação que garante que lhe são afetos os recursos necessários a um funcionamento eficiente e sustentável, ao mesmo</p>

		tempo que reafirma a isenção de pagamento de taxas moderadoras. A participação, em especial dos utentes e dos municípios, e a articulação com outras entidades são os temas que as duas últimas secções do Estatuto do SNS enquadram, antes de abordar o regime jurídico dos ACES e os estatutos das unidades hospitalares, revelando a escolha de uma política de construção democrática dos serviços públicos de saúde, onde todos têm um papel a desempenhar, e, simultaneamente, de uma abordagem multissetorial da efetivação do direito à saúde.”.
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fundamentos da política da saúde segundo a Lei de Bases da Saúde da Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro

De acordo como a Base 4 da Lei de Bases da Saúde (17), aprovada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, os fundamentos da política são: “1 - *A política de saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando-se ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde.*

2 - *São fundamentos da política de saúde:*

- a) *A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas;*
- b) *A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;*
- c) *As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde;*
- d) *A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;*
- e) *A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável;*
- f) *A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde;*
- g) *A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade;*
- h) *O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas;*
- i) *O incentivo à investigação em saúde, como motor da melhoria da prestação de cuidados;*

j) O reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde;

k) A divulgação transparente de informação em saúde;

l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.

3 - Cabe ao membro do Governo responsável pela área da saúde propor a política de saúde a definir pelo Governo, promover a respetiva execução e fiscalização, e coordenar a sua ação com a dos outros ministérios e entidades.

4 - A política de saúde deve incentivar a adoção de medidas promotoras da responsabilidade social, individual e coletiva, nomeadamente apoiando voluntários, cuidadores informais e dadores benévolos.”

Modelos diversos de elaboração da Política de saúde: diretrizes e etapas de elaboração e implementação

A elaboração de uma política na promoção da saúde, segundo Ministério da Saúde (60), é também regulado no caso do art.º 64.º da CRP (49, 50), das orientações da OMS e da UE (considera o contexto e a base legal), da Lei de Bases da Saúde (17), e as justificativas para o seu estabelecimento, o propósito, ou os objetivos gerais, ou específicos (incluindo a visão com valores), que inclui o seu raio de ação, ou o âmbito (sectores da saúde), em que terá impacto. Note-se que o art.º 64.º da CRP (49,50) pode ser interpretado como o princípio ou a diretriz mais importante, seguindo-se outros princípios (ditames valorativos iniciais doutrinários e morais da visão sobre saúde no mundo, ou a razão da existência estruturante de conceitos, ou escolhas da sociedade no sentido de legitimação de valores) como o acesso universal aos serviços de saúde a integridade ou generalidade de assistência individual ou coletiva, na saúde pública, secundária, terciária ou cuidados continuados e integrados, cuidados domiciliários, a gratuidade tendencial, a autonomia e integridade, a igualdade, a equidade, direito e proteção de dados na informação, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos, a orientação programática, participação dos cidadãos, descentralização, integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, capacidade gestão dos serviços.

As diretrizes reguladas na Lei das Bases da Saúde, segundo o Ministério da Saúde (17)) são também princípios conjugados com conselhos técnicos e organizacionais para problemas específicos e alcance dos seus propósitos nos planos, programas, projetos e atividades operacionais (como por exemplo Diretrizes para o saneamento básico, para as Pessoas Ostomizadas, para a implementação do Programa de Formação de Profissionais). No essencial as diretrizes destacam a situação presente e a desejada e, deverão ser escolhidas

segundo critérios de factibilidade (disposição de recursos), coerência (entre a política da saúde e a do governo) e viabilidade (grau de interesse e relações de poder dos envolvidos ou stakeholders, que vai desde a aceitação, indiferença e rejeição), complexidade ou abrangência (a forma como serão implementadas nas suas prioridades e no tempo disponível). Isto é, nas diretrizes são considerados as estratégias, dinâmicas, meios ou caminhos para atingir objetivos articulados com os princípios, atribuições dos gestores, a delegação de competências os órgãos, os dispositivos legais e as políticas sociais existentes nessa área, como por exemplo descentralização, hierarquização, participação da comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde (62), há que apontar as responsabilidades institucionais, ou das esferas de gestão, em que são apresentadas as atribuições e competências na prossecução das diretrizes.

De acordo com o Ministério da Saúde (60, 61), uma das etapas preconizadas tem a ver com as estratégias de implementação das políticas, que no essencial são as atividades preconizadas pelas diretrizes.

Outra área importante tem a ver com o financiamento, em que se inclui a gestão, os recursos, o planeamento, e o orçamento financeiro.

Conforme o Ministério da Saúde (60), a etapa final da formulação da política é constituída pelos parâmetros da avaliação, sobre a concretização dos propósitos, das diretrizes, da qualidade de vida da população, dos planos, dos programas, dos projetos e das atividades, alinhados com as responsabilidades do governo.

Em suma, o processo de formulação, conforme o caso do Ministério da Saúde (59,60), inicia-se com a agenda do governo, ou por conselho do Ministério da Saúde, ou pela sociedade civil. O processo de formulação é constituído pelas fases da proposição (nomeação de técnicos superiores, ou de políticos, ou consultores, ou interlocutores, ou grupos de trabalho para elaboração do documento inicial), do aperfeiçoamento (contactos pelo grupo de trabalho de outras entidades, instituições e organizações ligadas à saúde para obtenção de sugestões para agregar ao texto submetida ao Ministro da Saúde) e, da validação (apresentação das conclusões ao secretário, Ministro e Primeiro Ministro do governo).

2.1.5. Política do medicamento

A política do medicamento diz respeito às negociações das partes interessadas, análise dos problemas, situação e necessidades, às diretrizes técnicas, prioridades, decisões, compromissos, leis, normas, sistema público de instituições ou organizações, estratégias, objetivos, metas, planeamento, recursos humanos e físicos, programas, ações, divulgação, responsabilidades, aprovação do governo, implementação e controlo a curto, médio e longo

prazo regulados pelo Estado / governo, que garantam através do ciclo de investigação, produção, distribuição, armazenagem, comercialização, gestão eficiente no sistema de saúde e consumo, acesso oportuno, quantitativamente necessário e economicamente alcançável por qualquer cidadão e, melhoria da saúde dos cidadãos pela informação, qualidade, segurança, eficácia e quantidade adequada do medicamento, serviços apropriados, transparência e, uso racional, à custa do financiamento e economia sustentável.

A política dos medicamento pode ser perspetivada segundo as necessidades existentes (pandemia, doenças com maior mortalidade, morbidade), seu local de distribuição ou administração (hospitalar, ambulatório de prescrição, venda livre), ou conforme o tipo de produto (tecnologias, dispositivos médicos, medicamentos de marca, medicamentos órfãos, medicamentos de ensaios clínicos, substitutos, genéricos, originais, medicamentos não sujeitos a receita médica, medicamentos sujeitos à receita médica, biológicos, biossimilares), ou o tipo de participação (comparticipados e não participados), ou tipo de efeito (antibióticos, digestivos, vasopressores, depressores, analgésicos, antipiréticos, anticoagulantes, etc).

Conforme OMS (62), no essencial a política do medicamento deverá assegurar (na generalidade como variáveis dependentes) o acesso (organizacional com serviços, social e económico), a qualidade, segurança, eficácia e o uso racional, através da (na maioria das vezes como variáveis independentes) seleção dos medicamentos, equidade, financiamento e economia, sistemas de fornecimento, regulamentação ou estatuto do medicamento, investigação e inovação, recursos humanos, controlo, ou monitorização, ou avaliação.

Modelo, diretrizes e prioridades de elaboração da Política do Medicamento

Será exposto a seguir o modelo, as diretrizes e as prioridades de elaboração da Política do medicamento, com base no DL 176/2006 de 30 de agosto (23).

A política do medicamento na sua generalidade, apresenta objetivos, fontes e normas legítimas, específicas e condizentes com o contexto nacional português do medicamento para com os seus cidadãos.

Modelo

O modelo da política do medicamento é constituído na área farmacêutica, pela justificação ou propósito, princípios, diretrizes, prioridades e decisões nos aspetos políticos, legais, regulamentares, técnicos, da gestão e muitos outros. Todos estes elementos devem estar alinhados, ou incluídos nas políticas da saúde. O propósito é o de garantir o acesso à qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos e, a promoção do uso racional de medicamentos essenciais, para a melhoria da saúde dos cidadãos.

Diretrizes

As diretrizes mais importantes são: a elaboração do Formulário terapêutico Nacional, a regulamentação de introdução no mercado do medicamento, a promoção da produção nos laboratórios, a farmacovigilância alinhado com o sistema de informação e da rede de distribuição, a regularização para o desenvolvimento e capacitação das competências e atividades farmacêuticas, as necessidades detetadas pela farmacoepidemiologia para a otimização do uso racional através da seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, prescrição, programação e controlo de qualidade para a redução dos preços, a garantia da segurança, eficácia e qualidade, desenvolvimento científico e tecnológico entre entidades do setor nacional público, no privado e internacional global, a promoção do uso racional do medicamento (ênfase no processo educativo dos consumidores em relação aos riscos em interromper, de automedicação, ou de trocas), as competências do farmacêutico, as responsabilidades dos vários ministérios, órgãos, reguladores e entidades e, o acompanhamento e avaliação do uso racional do medicamento.

Prioridades

Quanto às prioridades existem, como a garantia, as medidas do acesso, a equidade, a prescrição por um tipo de denominação, o crescimento das quotas dos medicamentos genéricos, o uso racional do medicamento pelos vários intervenientes no processo e mercado do medicamento, a implementação de um sistema de gestão centralizador, a dispensa em dose individual, a desmaterialização da receita médica, a universalização do direito à prescrição e, a comparticipação de situações justificadas pela farmacoconomia e por causas sócioeconómicas.

2.2. O Direito e a saúde

2.2.1. O Direito

De acordo com Afonso (63), o Direito é um sistema de leis e normas elaboradas e implementadas pelo Estado, com o objetivo de regulamentar a conduta humana, ou as relações sociais sob as suas diversas formas, pelos direitos, deveres e sanções coercitivamente impostas.

As leis e os demais diplomas do direito, na sua criação, elaboração e implementação são influenciados por princípios e fontes de natureza diversa, quer seja de ordem moral, política, económica, cultural, quer seja pela estrutura de relações sociais de toda uma sociedade como Estado-nação soberano interno e externo, com a finalidade de resolver conflitos, pacificando os vários interesses nos contextos sócio culturais e, ao mesmo tempo organizando a sociedade, estabelecendo a justiça e a paz social e, tomando as decisões que vão ao encontro das suas finalidades.

Nos seus fundamentos, existem dois ordenamentos jurídicos, que são o romano- germânico e o anglo-saxónico da *common law*. No sistema romano-germânico, das fontes de direito existentes (a lei, o costume, a jurisprudência, a equidade, a doutrina e os princípios fundamentais de Direito), a mais usada é a lei. Já na *common law* fundamenta as decisões nos precedentes dos tribunais, fixados pela jurisprudência.

Note-se, que ambos os ordenamentos jurídicos, fundamentam a validade e eficácia da sua atuação, nas doutrinas juspositivistas. Assim, no juspositivismo segundo Almeida (64), a norma é a única fonte primária do direito e, por consequência da justiça, desde que criada pelo Estado, com o seu sistema de ordenamento e funcionamento jurídico completo e autosuficiente. Isto é, para esta corrente só pode existir organização e justiça na sociedade, se houver um corpo de normas elaboradas e implementadas pelo Estado. Tal significa, que o direito desenvolvido pelo positivismo jurídico, é o que resultar pela vontade do Estado – o monismo jurídico -, considerando que o mesmo possui o monopólio da produção normativa. O ordenamento jurídico, como suprarreferido, subdivide-se em dois grandes ramos de direito: o direito privado, que regula as relações jurídicas entre os cidadãos tendo em vista as relações de interesse privado; e o direito público que regula as relações entre o Estado e a sociedade, além de estabelecer normas para as atividades estatais que representam o interesse público.

2.2.2. Lei, norma e hermenêutica

Definição de Lei

Por lei, entende-se um conjunto de regras e princípios, emanadas pelo poder judicial, legislativo e executivo, que podem ser coercivamente impostas, e que se destinam a regular os direitos e deveres dos cidadãos e a organizar em justiça um Estado-nação.

Características da norma jurídica

A norma jurídica é o texto jurídico, do ponto de vista positivo. A sua interpretação abrange a concretização jurídica ao caso concreto.

As características da norma são: a) bilateralidade (atribuição de um direito e dever); b) generalidade (alcança as pessoas em igual situação jurídica de forma igualitária); c) abstratividade (visa atingir o maior número de situações); d) imperatividade (a norma obriga); e) coercibilidade (possibilidade de poder ser imposta pela força).

Interpretação e hermenêutica

Para Kelsen (65), *"A interpretação de uma lei não deve necessariamente conduzir a uma única solução como sendo a única correta, mas possivelmente a várias soluções que - na medida em que apenas sejam aferidas pela lei a aplicar têm igual valor, se bem que apenas uma delas se torne Direito positivo no ato do órgão aplicador do Direito - no ato do*

tribunal...".

Segundo Buechele (66), a Hermenêutica e interpretação, são conceitos que não se confundem.

Enquanto a função da interpretação é dar operacionalidade ao Direito, convertendo a norma geral e abstrata numa norma individualizada e concreta, a Hermenêutica não consiste numa atividade, mas numa teoria científica, que tem por papel fundamental ordenar métodos e princípios próprios para o exercício processo interpretativo.

Texto Normativo, Norma, interpretação, as decisões jurídicas, e a hermenêutica

Defende-se cada vez mais em doutrina, que o texto normativo, só passa a norma, quando as decisões se compatibilizam com o caso concreto, após a interpretação.

Com as correntes do movimento crítico e, com o aparecimento cada vez mais rápido de mudanças (conceito de família e de gênero) e movimentos sociais, a ciência jurídica, cada vez mais tem dado lugar aos vários tipos de interpretações e de decisões. Esse tipo de procura de significado e alcance jurídico, tem partido de uma pressuposição com base na interpretação a partir do caso concreto e, dos seus valores, ou da análise histórica ou sociológica, onde se encontra a melhor análise e decisão, com o objetivo de justiça, organização, equidade e paz social, sempre tendo como base a Constituição. A esta forma de encontrar o significado e o alcance da norma, se dá o nome de hermenêutica constitucional concretista.

Na presente exposição, usar-se-á a interpretação jurídica.

O significado e o alcance da interpretação jurídica

A norma é genérica, impessoal com um comando abstrato, não se referindo especificamente a casos concretos, a não ser que se faça uma subsunção em que encaixe perfeitamente num caso concreto. Para se conseguir a integração, ou seja, para se conseguir descobrir o significado e o alcance das normas para o caso concreto, há que usar as técnicas de interpretação, que passam pelas fontes, pelos instrumentos com a finalidade de se obterem os efeitos com valor jurídico. No caso contrário, ter-se-á de usar outros métodos de integração.

Os tipos de interpretação mais importantes dependem dos seguintes recursos e processos:

Fontes

As fontes mais importantes para interpretar são a legal ou autêntica (quando vem do texto da lei, ou da interpretação do legislador), a doutrinária (proveniente da doutrina) e a judicial (originária da jurisprudência).

Processos de interpretação

Os processos mais usados são:

- 1.** O elemento gramatical que se socorre da sintaxe, da semântica, da etimologia, da filologia e, da morfologia para análise dos textos jurídicos, para se saber o sentido e o alcance da norma;
- 2.** A lógica das palavras em que se avalia o silogismo das frases (argumento dedutivo com três proposições de duas premissas e uma conclusão) e, se analisa os aspetos racionais do legislador;
- 3.** O elemento sistemático em que se adequa o texto legal ao ramo adequado, ou ao ordenamento jurídico em que se encontra incluído;
- 4.** O elemento histórico em que a interpretação leva em conta os antecedentes ou os contextos históricos que influenciam a criação da norma;
- 5.** A sociológica em que as interpretações consideram os vários tipos das relações, interações e redes sociais, das instituições, dos movimentos sociais, dos conflitos, das estruturas, da mobilidade e da funcionalidade da sociedade.
- 6.** O elemento teleológico ou finalístico em que a interpretação se adequa aos objetivos, ou finalidades que o legislador evidencia na norma legal.
- 7.** A comparativa em que se compara com aplicação de normas e casos semelhantes.

Efeitos ou resultados da interpretação

Quanto aos efeitos, a interpretação pode apresentar as seguintes características:

- 1.** Declarativa: em que os efeitos da interpretação, resultam no sentido e alcance do que se encontra escrito;
- 2.** Extensiva: quando a interpretação tem um alcance maior do que aquilo que está escrito.
- 3.** Restritiva; quando o legislador disse menos do que pretendia dizer com o texto da norma. Se depois de toda esta análise, se percebe que não é possível subsumir o caso concreto à norma em apreciação, então há que se utilizar os modos de integração normativa recorrendo à interpretação analógica, ao costume e aos demais princípios gerais do direito.

Razão da interpretação

A razão da interpretação tem a ver, com a finalidade de concretizar a aplicação da norma, sem ambiguidades, subjetividade, antinomias, incoerências normativas e lacunas.

Aplicação das normas: validade, legalidade e eficácia

As normas entre si têm uma hierarquia piramidal, ocupando a constituição o vértice superior das leis, dentro do ordenamento jurídico de um Estado-nação soberano e independente.

De uma forma esquematizada a hierarquia dispõe-se da seguinte forma: a) Constituição; b) Direito Internacional; c) Lei e Decretos-Lei; d) Decretos Legislativos Regionais; e) decretos

regulamentares; f) Decretos Regulamentares Regionais; g) Resoluções do Conselho de Ministros; h) Portarias; i) Despachos normativos; j) regulamentos e posturas municipais.

Qualquer norma para ser válida tem de ser compatível materialmente e formalmente com o ordenamento jurídico, sendo o alinhamento com a Constituição o que dita a coerência, unidade e integralidade.

Para ser legal, toda a norma tem de estar de acordo com as leis superiores do seu ordenamento jurídico, para ordenar os vários tipos de conduta.

Para ser eficaz a norma deverá ser emanada pela entidade competente, ser publicada e reunir os demais requisitos formais e materiais, de legalidade e validade.

A norma em termos sociais, deverá ir ao encontro da realidade social, com os seus problemas, conflitos, situações, relações e comportamentos.

2.2.3. A saúde, a Constituição e a Lei de Bases da Saúde

O direito à proteção da saúde, segundo o art. 64.º do CRP (49, 50), encontra-se consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 18 de julho) (17), em conjunto com outros direitos fundamentais, tais como o reconhecimento da dignidade da pessoa humana (art.1.º do CRP), ao princípio da igualdade (art.13.º do CRP), à proteção do direito à vida (art. 24.º do CRP) e à afirmação do direito ao livre desenvolvimento da personalidade e proteção da dignidade genética (art. 26.º do CRP).

Segundo Crisóstomo (67), o art.º 64.º do CRP (49,50) assegura a proteção da saúde como um direito humano na ordem internacional e, como um direito fundamental na ordem interna, concretizado através da elaboração da Lei de Bases da Saúde, publicado na lei 95/2019 de 18 de julho (17), e de outras normas e diretrizes com o mesmo objetivo e, na implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral, e tendencialmente gratuito.

De acordo com o mencionado autor Crisóstomo (67), o art.º 64.º do CRP (49,50) tem sido objeto de várias alterações, no âmbito da política pública da saúde, para a concretização dos três princípios que regem o SNS e que são: a universalidade, a generalidade e a tendencial gratuidade.

A saúde é um direito fundamental, que é garantido pelo acesso de todos aos cuidados de saúde, independentemente da capacidade económica individual, alinhando-se com as respetivas ratificações de instrumentos internacionais subscritos entre Portugal e outras entidades internacionais, como a ONU (68), a OMS (69,70), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (68) e a Declaração de Alma-Ata conforme OMS (73).

Segundo Kinney e Clark (72), Thomson, Foubister e Mossialos (73), o artigo 64.º da CRP (49,50) constitui um “compromisso jurídico fundamental” do Estado para com a população, em relação à “garantia de acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade e acessíveis

para todos” e, desta forma, estabelece *“um imperativo [...] para a ação legislativa e administrativa”* no sentido de assegurar esse direito e também uma distribuição mais igualitária do que o necessário noutros setores.

A CRP (49,50), nos seus elementos orgânicos constitutivos e limitativos de poderes do Estado, de estabilidade e, ideológicos e sociais, consagra segundo Stâhl et al. (74) e Leppo et al (75), a promoção e proteção da saúde, com o alinhamento de políticas sociais nesse sentido, tal como a educação e o rendimento. Quanto à Lei de Bases da Saúde, segundo a Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde (76), destaca-se nas suas bases, a centralidade da pessoa no direito à proteção da saúde, assim como o reconhecimento da importância social e económica da saúde *“como potencial corretora de desigualdades e indutora de coesão social e como promotora do desenvolvimento humano e motor da economia através da inovação e da criação de valor.”*, conjugada com a *“importância das determinantes económicas, sociais, culturais, ambientais e laborais na efetivação do direito à proteção da saúde, ao longo da vida da pessoa, em particular para melhoria do indicador da esperança de vida com saúde a partir dos 65 anos.”*. Isto significa também que a lei *“reconhece o direito fundamental à proteção da saúde como direito humano, com incorporação das obrigações assumidas pelo Estado Português através da ratificação de instrumentos de Direito Internacional. Assim, as soluções contidas no projeto reconhecem o carácter universal, indivisível, interdependente e inter-relacional de todos os direitos humanos.”*.

Segundo Crisóstomo (67) e Novais (77), o SNS *“não é algo que esteja à mercê da livre decisão política do Governo, mas antes algo que reveste a natureza de uma imposição constitucional”* e independente do governo no poder, *“tem a sua subsistência juridicamente protegida com o carácter reforçado, que a Constituição lhe empresta”*. Segundo a Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde (76), *“É afirmada a responsabilidade do Estado na proteção da saúde como bem individual e como bem coletivo e, assim, igualmente tanto na prestação de cuidados de saúde como na promoção da saúde e na prevenção da doença.”*. Ainda segundo Crisóstomo (67), a CRP (49,50) impõe como dever e direito do Estado, a proteção da saúde dos portugueses, através:

- De políticas, legislação (leis e regulamentos) e ética de saúde adequadas, necessárias e suficientes para os cidadãos;
- Da garantia de acesso equitativo a cuidados de saúde preventivos, ou de saúde pública, curativos ou de tratamento, de reabilitação e paliativos;
- Da qualidade e segurança dos cuidados, atos e, intervenções na saúde;
- Da viabilidade económica e financiamento dos custos da saúde;
- Do desempenho eficiente, eficaz e efetivo dos serviços de saúde;
- Da articulação entre os serviços públicos e privados;

- Da regulação, supervisionamento, *accountability*, *compliance*, governança e gestão da investigação, ensaios, concessão de patentes, avaliação farmacoterapêutica e farmacoeconomica, informação e comunicação, registos, introdução e vigilância no mercado, definição de custos e do preço, participação, inovação, produção, financiamento, aquisição, fornecimento, acesso, distribuição, venda, administração, atividades, resultados, fiscalização, normalização e controlo dos medicamentos, dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e, doutros produtos, materiais e equipamento de saúde, ou tecnologias de saúde, para que tenham qualidade, segurança e eficácia no seu consumo, ou uso, nas organizações e mercado da saúde.

Em suma e, conforme Folland, Goodman e Stano (78), Silva e Pestana (79) e Crisóstomo (67), as políticas e meios públicos compreendem três vertentes: a regulação jurídica e ética, o financiamento de recursos e serviços e, o desempenho, qualidade e inovação na prestação de cuidados de saúde.

O objetivo das políticas na saúde é o de alcançar (principalmente pela gestão, administração pública e governança) os melhores resultados (quantitativos e qualitativos) na saúde dos cidadãos, gerindo os recursos, de forma equitativa (prevenção, tratamento e reabilitação iguais para problemas de saúde iguais) e, reduzindo as desigualdades no acesso, uso e resultados nos cuidados de saúde, conforme OCDE (80,81).

2.2.4. O Direito da Saúde

O Direito da Saúde é constituído por uma grande diversidade de normas de Direito Privado e Público, que reclamam uma abordagem interdisciplinar e multidisciplinar cada vez mais exigente e complexa, com o objeto da proteção da saúde humana, em termos de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, de reabilitação e, de cuidados paliativos. O direito à saúde deve garantir o direito fundamental à proteção da saúde, consagrado na Constituição, que abrange quer o individual, quer a sociedade, que reivindica a elaboração e implementação estruturada e regulada de um sistema de saúde.

Atualmente no contexto deste direito específico, surgem temas cada vez mais desafiantes para a gestão e governança do SNS, que melhorem a qualidade e segurança da vida dos cidadãos.

Pode-se dividir o Direito da Saúde no sistema de normas, com os seguintes temas:

O Direito fundamental à proteção da saúde

Nesta vertente é abordado o Direito fundamental à proteção da saúde como direito de liberdade ou social, a saúde humana como bem jurídico coletivo (na perspetiva médica e jurídica) com organização e estrutura dos serviços, o SNS, as características, a viabilidade e financiamento do SNS, a proteção internacional e europeia da saúde como problema global

ou de comunidade e, a nova Lei de Bases da Saúde.

Problemas médicos, éticos e jurídicos da prestação de cuidados de saúde

Nesta área aborda-se a perspetiva médica, ética e jurídica em relação às normas sobre a morte e eutanásia, a genética, as diretivas antecipadas da vontade, a procriação medicamente assistida, as comissões de ética, a objeção de consciência, a transplantação de órgãos, as decisões médicas em emergência e, aos cuidados paliativos.

Relação jurídica de prestação de cuidados de saúde

Neste contexto é abrangido o licenciamento dos serviços privados, o regime jurídico das convenções e PPP, a regulação do setor da saúde por entidades como a ERS, contratação de cuidados de saúde, dos desafios dos seguros de saúde, a posição jurídica do utente dos serviços de saúde, as características da *leges artis* (são o conjunto de regras e princípios profissionais, aceitos genericamente pela ciência médica num momento histórico determinado, e que são ajustáveis à realidade individual do paciente. A finalidade das *leges artis* é apurar a correção do ato médico, servindo como parâmetro para verificar o acerto do ato), consentimento livre e esclarecido, a tutela do consentimento informado, proteção de dados de saúde, segredo profissional, banco de dados na internet, procedimentos e problemas da determinação da morte, responsabilidade civil por erro clínico (pressupostos, prova, mau funcionamento do serviço, responsabilidade penal dos profissionais de saúde.

Regime jurídico ou estatuto do medicamento

Este ponto abrange as normas que regulam o medicamento.

2.3. Políticas públicas da Saúde: meios de execução

Como concretizar o que foi definido no art.º 64.º do CRP (49, 50) em relação ao direito à saúde dos cidadãos e, ao dever do Estado em cumprir esse direito? Através de um sistema público da saúde com políticas públicas, aplicados pelo Direito da saúde com leis e normas, pela sua orgânica, pelo Plano Nacional da Saúde e, por instituições e organizações.

2.3.1. Sistema público de saúde e a lei orgânica do Ministério da Saúde

O Sistema público de saúde é concretizado pela Lei Orgânica do Ministério da Saúde, regulado pelo DL n.º 124/2011 de 29/11/2011 (82), em que é definido a sua estrutura de administração direta e indireta do Estado, e os Serviços e estabelecimentos do SNS do sector empresarial do Estado.

O sistema público de saúde pode ser perspetivado pelos seus princípios doutrinários (universalidade, equidade (acesso a quem precisa conforme a necessidade) e integridade)

e, pelos tipos de análise dos determinantes da saúde e deteção dos problemas de saúde dos cidadãos (conforme os critérios adotados a nível de conceitos políticos, económicos, sociais e de saúde, serviços, indicadores de saúde e de gestão dos serviços, representações de interesses da sociedade, influência internacional) e, pelos seus objetivos estratégicos tais como a regionalização, hierarquização das necessidades para com os níveis de cuidados de saúde, racionalidade da gestão dos vários serviços, descentralização de poderes e recursos e, participação dos cidadãos. No sistema público, o Estado, pelo governo eleito, elabora e implementa políticas públicas económicas e sociais, que influenciem a promoção da saúde, o sistema de saúde, operacionalizado nos seus modelos por meio de serviços públicos de prevenção, ou promoção, ou proteção e, recuperação (assistência secundária e terciária).

Em termos gerais, a diversidade do sistema para a saúde baseia-se essencialmente em dois modelos socioeconómicos, como os de Beveridge e Bismarck (83), em que se fundamentam na universalidade, solidariedade e equidade, com objetivos de melhorar a saúde e, realizar os melhores procedimentos, usando os recursos mais adequados. No essencial, a grande diferença entre estes dois modelos atrás citados, residem na maior, ou menor influência do Estado, ou do setor privado, para com o financiamento, na definição dos preços e, nas ofertas dos recursos e serviços de saúde.

2.3.2. Plano Nacional da Saúde (PNS)

Um dos meios de execução das políticas públicas da Saúde mais usado, é o Plano Nacional da Saúde (PNS), que é o planeamento de acesso à saúde, no contexto de necessidades e recursos, que de acordo com o caso do Ministério da Saúde (82), “ (...) *busca ampliar e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, de modo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida... é o instrumento balizador para o planeamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Saúde... deve incluir não apenas a orientação estratégica do Ministério da Saúde, como também a gestão em todos os seus níveis. Ele é apoiado por outras importantes iniciativas de aperfeiçoamento dos controles internos e melhoria contínua no processo de governança...*”

Na generalidade, o Plano Nacional, após o Planeamento Estratégico do Ministério da Saúde (com cadeia de valor, Missão, Visão, Valores e Mapa Estratégico) é apresentado em várias etapas, como a análise situacional da saúde e, a relação com os planos estratégicos do governo, com as políticas de saúde da UE e da OMS, os indicadores da política de saúde, que serão atualizados anualmente, os objetivos estratégicos, as metas, os projetos, os indicadores, os elementos táticos e operacionais necessários à sua gestão eficiente, eficaz

e efetiva com resultados provenientes de processos de qualidade, inovação, monitorização e avaliação.

Modelo de elaboração do PNS

Com base no Roteiro do Plano Nacional de Saúde (PNS) em Portugal (85) é constituído a seguir as etapas principais para a elaboração de um modelo do PNS.

O Plano Nacional de Saúde é gerado pela cadeia de valor do Ministério da Saúde incluído na sua estratégia (semelhante ao balanced scorecard) pela missão, visão, valores, objetivos na governação clínica (mais qualidade na prestação de cuidados, de liderança e cultura de segurança clínica na equipe clínica, com alianças e parcerias com os cidadãos), na governação empresarial (criação de valor nos sistemas e processos de saúde nas unidades de saúde e entre os diferentes stakeholders com adequado cumprimento da missão, objetivos, avaliação e monitorização de desempenho, avaliação e controle das políticas de saúde), na melhoria dos sistemas digitais, aumentando a gestão integrada e, desenvolvendo o financiamento, nos processos internos metas, indicadores e resultados (para a sociedade (na saúde universal e integral) e para o público-alvo (acesso a serviços de saúde com qualidade, redução da doença), aprendizagem e crescimento (pela gestão estratégica de pessoas, com orçamentos e informática).

A etapa seguinte é a elaboração das diretrizes, ou princípios. Segue-se a análise situacional de saúde, ou ponto de situação atual em relação à estrutura, à sua governação e iniciativas desenvolvidas pelo MS e as suas instituições, aos seus eixos estratégicos e objetivos, à relação com as medidas do Programa do Governo, ao panorama demográfico, à morbilidade e à mortalidade dos vários tipos de doenças e de outras causas, o acesso aos serviços de saúde, os determinantes e condicionantes de saúde, saúde das várias faixas etárias, do desenvolvimento humano e do género, assistência farmacêutica, vigilância em saúde (como as vacinas), emergências ou situações pertinentes em saúde pública, o trabalho, registos e autorizações de alimentos e medicamentos, fiscalização e monitorização, portos, aeroportos e fronteiras, gestão de saúde (recursos financeiros, educação em saúde), situação do SNS, desenvolvimento industrial, científico, tecnológico e inovação da saúde, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e saúde privada).

A etapa seguinte consiste em definir os indicadores da política Nacional de Saúde de acompanhamento. De seguida são elaboradas as recomendações, os objetivos, as estratégias metas, indicadores, linhas de ação, priorização e medidas políticas, Recursos humanos, e modelo de governação e intersectorialidade. Finalmente são indicados os programas, as alterações legais e a monitorização e a avaliação.

2.3.3. Instituições e organizações da saúde

As políticas da saúde em Portugal são implementadas operacionalizadas pelas instituições e organizações da saúde, que se descentralizam em entidades a partir do Ministério da Saúde nos seguintes órgãos, serviços e níveis de atos administrativos: Administração que assessora o Ministério da Saúde (Secretário de Estado, secretário de Estado Adjunto, Conselho Nacional (CNS) e Entidade Reguladora da Saúde), Administração Direta da Saúde (Secretaria Geral, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, Direção-Geral da Saúde e Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Administração Indireta (ACSS IP, INFARMED IP, INEM, Instituto Português do Sangue e Transplantação, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Entidades Públicas (EP) do SNS (Hospitais do Setor Público Administrativo), ADSE, Organismos periféricos das ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve que integram os agrupamentos de Centros de Saúde (integram cerca de 52 ACES)) e o Setor Público Empresarial (SPMS EPE, Unidades Locais de Saúde EPE, Centros Hospitalares EPE e Hospitais EPE).

2.4. Sistema Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Estatuto do SNS, Regime Jurídico da gestão e do medicamento e, regime da carreira farmacêutica nos hospitais EPE.

De acordo com a Base VI da Lei das bases da Saúde, regulado pela Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro (17) regula a responsabilidade do Estado por intermédio do SNS nos seguintes termos: “1 - *A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.*

2 - O Estado pode cometer a associações públicas profissionais o controlo do acesso e exercício da profissão, a possibilidade de propor normas técnicas, princípios e regras deontológicas específicos e um regime disciplinar autónomo.

3 - O Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social.” Isto é, o Sistema Nacional de Saúde a partir de 1990, foi regulado principalmente por dois diplomas: a Lei de Bases da Saúde (17) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93 de 15 de janeiro) (14).

A Lei n.º 56/79 de 15 de setembro (15) criou o Serviço Nacional de Saúde (mais tarde alterada pelo DL n.º 81/80 de 19 de abril, DL n.º 254/82 de 29 de junho e DL n.º 361/93 de 15 de outubro), que segundo o art.º 2º do referido diploma “...é constituído pela rede de órgãos e

serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.” O SNS de acordo com as Bases XXI a XXXIII da Lei das bases da Saúde aprovado pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (17), que regula o acesso, organização e funcionamento do SNS. O Estatuto do SNS é aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (86) e pela última última versão no DL 52/2020 de 4 de agosto (14). Perante a Lei de bases da Saúde, o Estatuto serve para regular o papel entre os vários atores do SNS.

Para este trabalho, tem também importância o novo regime jurídico da gestão hospitalar aprovado pela Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro (29), que no âmbito dos hospitais EPE foi alterado pelo DL 18/2017 de 10 de fevereiro (90) e pelas Bases XXI a XXXIII da Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (17). Outras normas importantes nesta pesquisa são o regime jurídico do medicamento regulado pelo DL 176/2006 de 30 de agosto (17) e, o regime da carreira farmacêutica nos hospitais EPE, regulado pelo DL n.º 108/2017 de 30 de agosto (24).

2.5. Regime jurídico ou Estatuto do medicamento

Este regime extenso e diverso do direito e das normas, aborda os medicamentos, as autorizações de introdução de medicamentos no mercado, o Sistema Nacional de avaliação de tecnologias de Saúde, as patentes dos medicamentos, os consumos, Custos e Comparticipações de medicamentos, a regulação de substância controlada, a concorrência no mercado do medicamento, a cadeia de comercialização do medicamento, a prescrição, dispensa, normas de orientação clínica e liberdade de escolha do doente, as Comissões de ética, os desafios da genética - perspectiva médica e jurídica, ensaios clínicos e medicamento inovadores (em especial, o caso dos medicamentos para prevenção e tratamento da Covid-19), os atos farmacêuticos e, o uso racional do medicamento pelos utentes do serviço de saúde.

2.5.1. A aplicação do Estatuto do medicamento nos hospitais EPE

O regime jurídico dos medicamentos para uso humano, mais conhecido como estatuto do medicamento, está definido, em relação a determinados setores, no Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto (17). Este regime jurídico, também designado por Estatuto do Medicamento, transpõe as Diretivas (n.º 91) n.ºs 2017/1572, 2001/83/CE, 2002/98/CE, 2003/63/CE, 2004/24/CE, 2004/27/CE do Parlamento e do Conselho Europeu, e da Comissão Europeia, relativas ao código comunitário dos medicamentos para o uso humano (91). Segundo o referido na al) kk) do n.º1, do art.º 3.º, do DL n.º 176/2006, de 30 de agosto (17), o medicamento é *“toda a substância ou associação de substâncias apresentada como*

possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.”. Note-se, que esta legislação diz respeito só aos medicamentos e, não às tecnologias de saúde, que abrangem para além destes, os equipamentos e dispositivos médicos. Os setores abrangidos são as áreas do fabrico, controlo da qualidade, segurança e eficácia, introdução no mercado e comercialização dos medicamentos para uso humano. De entre a área da qualidade, segurança e eficácia, em que evidencia o uso racional do medicamento implementado nos hospitais EPE aos utentes, sobressai nos princípios gerais deste regime jurídico mencionado no DL 176/2006 de 30 de agosto (17) com o art. 5.º, a seguinte redação: “1 - A utilização dos medicamentos no âmbito do sistema de saúde, nomeadamente através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, deve realizar-se no respeito pelo princípio do uso racional do medicamento, no interesse dos doentes e da saúde pública, nos termos previstos no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável. 2 - Os profissionais de saúde assumem, no âmbito das respetivas responsabilidades, um papel fundamental na utilização racional dos medicamentos e na informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correto e adequado dos medicamentos.”.

De entre os profissionais de saúde, que se evidenciam no incentivo do uso racional dos medicamentos pelos utentes nas instituições ou organizações hospitalares EPE, estão os farmacêuticos nestes hospitais. Assim, conforme o referido DL 176/2006 de 30 de agosto (23), o regime jurídico do medicamento conjuga-se com a base XXII da lei de Bases da Saúde da Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (17), em que *“remete a atividade farmacêutica para a legislação especial, submetendo- a à disciplina e fiscalização dos ministérios competentes de forma a garantir a defesa e a proteção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos.”.*

2.6. Implementação dos atos farmacêuticos no SNS conforme DL 176/2006 de 30 de agosto (23)

Desde 1976, a norma constitucional, tinha pela sua frente, grandes desafios para executar os objetivos constitucionais, a nível de direitos à saúde. Segundo Miranda (92), *“A efetivação dos direitos económicos, sociais e culturais não depende apenas da aplicação das normas constitucionais concernentes à organização económica. Depende, também, e sobretudo, dos próprios factores económicos, assim como – o que nem sempre é suficientemente tido em conta – dos condicionalismos institucionais, do modo de organização e funcionamento da administração pública e dos recursos financeiros.”. Isto significa, que a prestação social*

do direito à saúde, se fazem principalmente por políticas públicas da saúde.”. Isto significa, que a prestação social do direito à saúde, se faz principalmente por políticas públicas da saúde.”. Ou seja, a aplicação do estatuto do medicamento nos atos farmacêuticos, para o “Uso Racional do Medicamento”, conforme art.º 5.º do DL n.º 176/2006 de 30 de Agosto (23), com o objetivo de defesa do interesse dos doentes e, de acordo com a sua validade para com o art.º 64º da CRP (49,50), será também aplicada na sua legalidade com o quadro jurídico existente e, na sua eficácia para com as necessidades dos cidadãos, através das interpretações, entidades, órgãos, entidades e, agentes da administração pública portuguesa e europeias seguintes:

2.6.1. Regulador europeu sobre o uso racional dos medicamentos

Na Europa desde 1995 (European Council Regulation (EEC) n.º 2309/93) (91), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) é o organismo descentralizado, responsável pela avaliação científica, autorização, segurança, controlo de qualidade, segurança e eficácia, promoção da inovação e investigação dos medicamentos de uso Humano e veterinário, em cooperação com os vários reguladores de cada Estado da União Europeia. A EMA é a agência que dá a autorização ou interrupção de comercialização dos medicamentos, em todos os Estados-membros da UE. Mais tarde esta legislação foi revogada pelo EEC European Council Regulation (EEC) n.º 726/2004) (92),

O objetivo da EMA é a proteção e a promoção da saúde pública e animal no espaço económico europeu. A EMA é constituída por um Conselho de Administração. Este CA é formado por 35 membros representantes dos Estados da União, Comissão Europeia, Parlamento Europeu e representantes dos profissionais de saúde e dos doentes. O INFARMED, I.P. e a Direção Geral de Veterinária são os representantes de Portugal no CA da EMA.

2.6.2. Intervenção do agente regulador do INFARMED para com o medicamento e o uso racional dos medicamentos na República Portuguesa

O DL n.º 176/2006 de 30 de agosto (23), mais conhecido por estatuto do medicamento) evidencia a missão do INFARMED, como entidade reguladora e supervisionadora dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal, concedendo a Autorização de Introdução no Mercado (AIM), avaliação económica e comparticipação de medicamentos, inspeções, comprovação da qualidade do medicamento para com os hospitais do SNS, conforme a missão, a orgânica, as atribuições e o estatuto regulado nas normas DL n.º 10/93 de 15 de janeiro (93), DL 495/99 de 18 de novembro (94), DL 46/2012 de 24 de fevereiro (57) e Portaria 267/2012 de 31 de agosto (95). O INFARMED,

na sua intervenção para com os serviços farmacêuticos dos hospitais EPE, destaca-se nas atribuições seguintes:

1. Promover o acesso dos profissionais de saúde e dos consumidores às informações necessárias à utilização racional de medicamentos de uso humano, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;
2. Regulamentar, avaliar, autorizar, disciplinar, fiscalizar, verificar, analiticamente, como laboratório de referência, e assegurar a vigilância e controlo da investigação, produção, distribuição, comercialização e utilização dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal, de acordo com os respetivos regimes jurídicos;
3. Assegurar a regulação e a supervisão das atividades de investigação, produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;
4. Garantir a qualidade, segurança, eficácia e custo-efetividade dos medicamentos de uso humano, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;
5. Monitorizar o consumo e utilização de medicamentos;
6. Licenciarm Farmácias, serviços farmacêuticos hospitalares públicos e privados, distribuidores e locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (art.º 15º/2a do DL 46/2012 de 24 de fevereiro) (57);
7. Certificar as boas práticas de laboratório, fabrico, distribuição e farmácia (art.º 15º/3d do DL 46/2012 de 24 de fevereiro) (57).

2.6.2.1. Comissão do Uso Racional do Medicamento (CURM) versus Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT)

A CURM, Comissão do Uso Racional do Medicamento foi criada, segundo a Portaria 985/2004 de 4 de agosto (96), em relação ao uso racional do medicamento, mas foi revogada pelo DL 269/2007 de 26 de julho (97). A razão principal da revogação deve-se à transversalidade do uso racional, que é aplicada no seu lugar, pela Comissão Nacional da Farmácia e Terapêutica (CNFT), que também regula a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nos hospitais EPE e nas ARS.

O Despacho n.º 1729/2017 de 23 de fevereiro (58), regula as competências e composição da CNFT, a articulação com as CFT, sobre a aquisição e utilização de medicamentos nos hospitais EPE. O art.º 3.º deste despacho regula as atividades seguintes:

- a) Assegurar a articulação e a partilha de informação entre as CFT dos Hospitais do SNS e das Administrações Regionais de Saúde (ARS);
- b) Promover a elaboração e aprovar os critérios de utilização de medicamentos, a incluir no FNM;

- c) Elaborar protocolos de utilização de medicamentos;
- d) Monitorizar o cumprimento, no âmbito do SNS dos critérios de utilização dos medicamentos;
- e) Elaborar estratégias efetivas de promoção da utilização racional do medicamento, transversais e de integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde;
- f) Emitir os pareceres que lhe sejam solicitados pelo Conselho Diretivo do INFARMED, I. P., no prazo definido por acordo entre aquele Conselho Diretivo e a direção da CNFT, em matérias relacionadas com a utilização de medicamentos no SNS.”.

2.6.3. INFARMED e a farmácia hospitalar

Em relação à farmácia hospitalar, o INFARMED, através do CNFT (60) certifica as boas práticas na Farmácia hospitalar, com apoio de informação sobre:

1. A seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e, utilização de medicamentos e produtos de saúde;
2. Os consumos, para se poder avaliar o desempenho;
3. Divulgação dos critérios de inspeção, a identificação dos hospitais e resultados das inspeções.

2.6.4. Ordem dos Farmacêuticos (OF)

De acordo com a Lei n.º 131/2015, de 4 de setembro (Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos) (26), a Ordem dos Farmacêuticos é “uma associação pública profissional que representa os farmacêuticos e regula a profissão”. A regulação atribuída às atividades mais relevantes dos farmacêuticos nos hospitais EPE, conforme os artigos 1.º ao 4.º da lei n.º 131/2015 de 4 de setembro (26) são:

- *“Colaborar com o Estado na certificação de serviços farmacêuticos públicos, incluindo o reconhecimento da respetiva idoneidade, e coadjuvá-lo no controlo de qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.*
- *Exercer ações de inspeção que lhe sejam delegadas pelo Ministério da Saúde, designadamente nas farmácias hospitalares, elaborando ao mesmo tempo relatórios e propondo soluções adequadas.*
- *Promover a criação e a regulamentação de especialidades, de subespecialidades e de competências farmacêuticas, bem como das condições do respetivo exercício (entre as quais a especialidade de farmacêutico hospitalar).*
- *Cooperar com o Estado na regulamentação do ingresso e do acesso dos farmacêuticos nas carreiras da função pública como técnicos superiores de saúde do ramo farmacêutico hospitalar.”.*

2.7. Hospitais EPE e farmácia hospitalar

2.7.1. Atribuições dos hospitais EPE: os regulamentos internos

As atribuições hospitalares, constam dos seus regulamentos internos, em que são definidos os vários tipos de serviços, entre os quais os serviços farmacêuticos.

De acordo com o art. 3.º do DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro (27), os regulamentos em que se definem as suas atribuições, são “*de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.*”.

2.7.2. Gestão, governança e *compliance* do Conselho de Administração dos hospitais EPE

A Gestão, governança e *compliance* são decididos pelo Conselho de Administração dos hospitais EPE, em que as competências mais relevantes nos termos do anexo II do art. 7.º do DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, que regula a gestão hospitalar (27), para com as atividades dos serviços farmacêuticos são as seguintes:

- “*Aprovar e submeter a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde, o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;*
- *Propor os planos de atividades anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respetiva execução;*
- *Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E. P. E., nas áreas clínicas e não clínicas, de novos serviços, sua extinção ou modificação;*
- *Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;*
- *Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo hospital E. P. E., designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados.*”.

2.7.3. Organização interna dos hospitais EPE e dos serviços farmacêuticos como garantia de saúde dos cidadãos

De acordo com o art. 23.º do DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro (27), “*As E. P. E., integradas*

no SNS organizam-se de acordo com as normas e critérios técnicos genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica, com base em serviços agregados em departamentos e, englobando unidades funcionais, bem como estruturas orgânicas de gestão intermédia.”. Isto significa que cabe ao CA dos hospitais EPE decidirem pela criação dos serviços farmacêuticos de cada organização, através da elaboração e implementação dos regulamentos e estruturas internas para esta área.

Na generalidade, os serviços de farmácia hospitalar são incluídos, como estruturas de suporte à ação médica. Isto significa, segundo Maia (103) e Wiedenmayer et al. (99), que a garantia da saúde dos cidadãos, como “*estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.*” conforme WHO (71), diz respeito às competências dos serviços de saúde, em que se inclui a gestão das competências, a melhoria contínua da qualidade, de segurança e, da eficácia dos serviços farmacêuticos no uso racional dos medicamentos, com atos farmacêuticos, que sejam concordantes com as políticas da saúde e do medicamento, com a legislação nacional, da UE e da ONU, com o alinhamento das estratégias do CA, com a evidência científica e técnica, a viabilidade económica, a paz social e, o respeito ambiental (2).

2.7.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

Criada e desenvolvida em cada hospital como órgão consultivo pelos Conselhos de Administração, de acordo com o anexo II do art.º 24.º alínea 2/d, do DL 18/2017 de 10 de fevereiro (27). Vem também definido nos regulamentos internos de cada hospital EPE.

De acordo com o art.º 3º/iv da Portaria n.º 985/2004 (96), de 4 de agosto, que regulou a Rede Nacional para a Qualidade da utilização do medicamento (QualiMED), que deveria estar em alinhamento com a CFT, e que seria gerida e apoiada pela Comissão do Uso Racional do Medicamento do INFARMED (CURM), foi revogado pelo artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 269/2007, de 26 de julho (97). Na atualidade, de acordo com a Despacho N.º 1729/2017 de 23/02 (58), a Comissão Nacional da Farmácia e Terapêutica é reguladora da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nos hospitais EPE.

2.8. Atos dos farmacêuticos nas farmácias hospitalares

2.8.1. Atos dos farmacêuticos segundo DL 108/2017 de 30 de agosto (24)

Os atos dos farmacêuticos estão descritos no Manual da Boas Práticas de Farmácia Hospitalar (100) e no regime da carreira farmacêutica nos hospitais EPE (DL 108/2017 de 30 de agosto) (24), à luz do Estatuto do medicamento (DL 176/2006 de 30 de agosto) (23).

Os atos dos farmacêuticos nos hospitais EPE, segundo o Estatuto da Ordem dos

Farmacêuticos conforme a Lei 131/2015 de 4 de setembro (26) e, Maia (98) devem fundamentar-se nos critérios técnicos, nas competências e na legislação, para garantir a saúde dos doentes / utentes, pelo uso racional do medicamento, com qualidade, segurança, eficácia, menor custo, inovação e respeito pelo ambiente natural, cultural e social, como vem controlado pelo INFARMED e estipulado operacionalmente pelo Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar (106) elaborado pela Ordem dos Farmacêuticos e, no conteúdo e deveres funcionais determinado na carreira farmacêutica para os hospitais EPE (art.º 7.º a 10.º do DL n.º 108/2017 de 30 de agosto) (24).

A aplicação do regime jurídico do medicamento, regulado no art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23), nas atividades farmacêuticas hospitalares, conforme Maia (98), faz-se pela sua “*boa prestação*”, entre algumas das quais está a selecção “*da melhor alternativa farmacoterapêutica*”, a educação do doente e dos outros profissionais envolvidos na clínica, a função na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e, o seguimento farmacoterapêutico, ou exercício da farmácia clínica na prevenção e resolução dos Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs), segundo o manual de boas práticas farmacêuticas (100)).

No essencial, o art.º 5.º do estatuto do medicamento do DL n.º 176/2006 de 30 de agosto (23), aborda explicitamente o uso racional do medicamento e a protecção da saúde dos cidadão, caracterizando-se como as demais normas jurídicas pela sua generalidade (abrange todos os doentes que utilizam os fármacos, e a ação profissional dos farmacêuticos, clínicos e), a abstração, a obrigatoriedade (é imperativa), as sanções, os direitos, que o farmacêutico deverá cumprir com as suas responsabilidades éticas (perante o Código Deontológico Farmacêutico no Regulamento 1015/2021 de 20 de dezembro (101)), disciplinares (perante o Código do Procedimento Administrativo no DL 4/2015 de 7 de janeiro (102), o código do Trabalho na Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro (103) e Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas na Lei n.º 35/2014 de 20 de junho (104), civis regulado pelo Código Civil no DL 47344/66 de 25 de novembro (105) e do Código do Processo Civil na Lei 41/2013 de 26 de junho (106), e criminais regulados pelo Código Penal no DL 48/95 de 15 de março (107), e do Código do Processo Penal no DL n.º 78/87 de 17 de fevereiro (108), no exercício das suas funções e atividades profissionais com o medicamento, para com o doente / utente / consumidor hospitalar.

Isto significa, que o Estatuto do medicamento consagrando o princípio do uso racional do medicamento foi elaborado e deverá ser obrigatoriamente implementado no ordenamento jurídico com o objetivo de harmonizar, normalizar e melhorar a prática profissional diária dos farmacêuticos no uso dos medicamentos na administração eficiente, eficaz, efetiva, com segurança e melhoria da qualidade aos doentes.

2.8.2. O cumprimento do art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23), segundo a interpretação e a perspetiva do quadro legislativo pelas instituições reguladoras para com os atos dos farmacêuticos

Os atos farmacêuticos cumprem o art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23) pela/o:

- 1.** Observância dos farmacêuticos para com o Manual de Boas Práticas Farmacêutica (100) hospitalares (no benefício da saúde dos cidadãos, da competência dos profissionais e da eficiência, eficácia e economicidade do hospital EPE);
- 2.** Controlo do regulador INFARMED (DL 46/2012 de 24 de fevereiro (57) e DL 267/2012 de 31 de agosto (95)), que foi designado pelo MS do governo da República Portuguesa (DL 10/93 de 15 de janeiro) (93) e aceite pela EMA - European Medicines Agency (92);
- 3.** Certificação, ações regulamentadoras e, disciplinadoras da Ordem dos Farmacêuticos (Lei 131/2015 de 4 de setembro) (26), da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º 35/2014 de 20 de junho) (104) em conjugação com o código do Procedimento Administrativo (DL n.º 4/2015 de 7 de janeiro) (102) e Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro) (103);
- 4.** Constituição e controlo pelos regulamentos do Conselho de Administração de cada hospital EPE (art.º 3, 7 e 23 do DL 18/2017 de 10 de fevereiro) (27);
- 5.** Controlo da Comissão da Farmácia e Terapêutica (anexo II do art.º 24.º alínea 2/d do DL 18/2017 de 10 de fevereiro) (27);
- 6.** Definição do regime legal da carreira especial farmacêutica com os seus deveres, responsabilidades, conteúdo funcional e atos farmacêuticos (DL 108/2017 de 30 de agosto (24) e 109/2017 de 30 de agosto (59));
- 7.** Sancionamento no caso de desvio ético e moral, de indisciplina, de ilícito, ou de delito para com o princípio do uso racional dos medicamentos (DL 176/2006 de 30 de agosto) (23) pelas responsabilidades reguladas no código deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (Reg. 1015/2021 de 20 de dezembro) (101), no código do Procedimento Administrativo (DL 4/2015 de 7 de janeiro) (102), nos códigos Civil e Processo (DL 47344/66 de 25 de novembro (105) e Lei 41/2013 de 26 de junho (106)) e, nos códigos Penal e Processual (DL 48/95 de 15 de março (107) e DL 78/87 de 17 de fevereiro (108)).

Em suma, os processos de regularização a que a atividade farmacêutica é submetida à luz do DL 176/2006 de 30 de agosto (23), possibilitam o cumprimento do art.º 5º, em relação ao uso racional do medicamento. Isto significa, que nesta pesquisa, dá-se como pressuposto fundamentado no já exposto anteriormente, que as atividades dos farmacêuticos hospitalares resultam da execução do art.º 5º do citado diploma e, que o importante é conhecer, quais são esses atos e, até que ponto, na opinião das categorias de farmacêuticos

diretores, farmacêutico assessor e farmacêutico assessor sénior se executam as atividades nas áreas funcionais (art.º 8º do DL 108/2017 de 30 de agosto) (24).

2.8.3. Boas práticas nos atos farmacêuticos hospitalares e o art.º 5.º do DL n.º 176/2006 de 30 de agosto (23)

A Ordem dos Farmacêuticos elaborou para os farmacêuticos, o Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar (100), com o objetivo de *“fornecer uma descrição dos processos pelos quais os Farmacêuticos Hospitalares podem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, a promoção da saúde e o uso de medicamentos e produtos de saúde em benefício dos utentes.”*

Segundo OF (100) na reunião da OMS, realizada em Tóquio em 1993, sobre *“O papel do farmacêutico nos sistemas de saúde”* foi sugerido um maior empenhamento dos farmacêuticos, para obter melhores resultados clínicos com o uso racional dos medicamentos. Este processo de cuidar das necessidades do doente e da comunidade pelo uso racional dos medicamentos, é conhecido como *“atos farmacêuticos”* segundo o disposto no art.º 5º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (Reg. 1105/2021 de 20 de dezembro) (101).

De acordo com OF (100), as *“Boas Práticas Farmacêuticas”* é um documento dinâmico em permanente atualização, *“(…) que pretende ir ao encontro das recomendações de diversas instituições nacionais e internacionais e adequar-se ao novo quadro legislativo entretanto publicado”*. Conforme MBPFH (100), o *“MBP-FH inclui padrões que normalmente excedem ou complementam os estabelecidos pela Legislação Nacional. Ademais, a legislação raramente oferece instruções exatas sobre como devem ser oferecidos os serviços para atender os requisitos. Portanto, a Ordem dos Farmacêuticos (OF) assume o papel de definir as regras para os padrões necessários de BPFH, evidenciando aspetos de gestão da qualidade... De salientar que este MBP-FH deve ser aplicável, não só às Instituições do SNS, mas também aos prestadores privados e sociais de cuidados de saúde... Este MBP-FH pretende ser um compromisso visível, por parte da OF, de melhorar a segurança de todos os utentes, contribuindo assim para a uniformização e aumento da eficiência, eficácia e segurança dos medicamentos, prevenindo erros de medicação, conduzindo desta forma a uma melhoria dos cuidados prestados.”* Ou seja, o manual de boas práticas farmacêuticas de farmácia hospitalar (MBPFH) conforme OF (100) é o instrumento prático, que vai ao encontro do uso racional do medicamento de acordo com o art.º 5.º do DL 176/2006 (23). Isto é, observar o que se encontra descrito no MBFH, é cumprir o art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23).

Especificação dos atos farmacêuticos segundo o Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar da OF

Conforme as Boas Práticas de Farmácia Hospitalar (100), Gomes et al. (110) e, Brou et al. (111), os serviços farmacêuticos hospitalares são constituídos por áreas funcionais em que se destacam as seguintes atividades:

- 1.** *“Seleção de medicamentos e outros produtos de saúde*
- 2.** *Gestão de stocks, aquisição, receção e armazenamento*
- 3.** *Farmacotecnia*
- 4.** *Controlo de qualidade e segurança na produção*
- 5.** *Distribuição*
- 6.** *Informação*
- 7.** *Farmacovigilância, farmacocinética e outras atividades de farmácia clínica*
- 8.** *Acompanhamento nutricional*
- 9.** *Revisão e validação farmacêutica da terapêutica*
- 10.** *Reconciliação da medicação*
- 11.** *Consulta farmacêutica ao internamento e ambulatório*
- 12.** *Ensaio clínicos*
- 13.** *Gestão de qualidade*
- 14.** *Gestão de risco*
- 15.** *Investigação e Docência*
- 16.** *Participação em comissões técnicas, como a CFT, a Comissão de Monitorização da Prescrição Médica (CMPM), a Comissão de Ética de Saúde (CES), ou no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e, colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos e o desenvolvimento de ações de formação para vários profissionais de saúde.*
- 17.** *Gestão de recursos humanos.*
- 18.** *Gestão financeira e do orçamento.”.*

Note-se, que todas estas atividades, estão de acordo com o conteúdo funcional dos farmacêuticos, regulado pelo DL n.º 108/2017 (24) e 109/2017 (59), ambas de 30 de agosto. Comparando com outras pesquisas semelhantes, foram selecionadas as pesquisas de Lima (112), de Santana et al. (113) e Costa et al. (114). Segundo Lima (112) e Santana *et al.* (113), foram organizados dez grupos de atividades, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, muito semelhantes às da República Portuguesa, com as seguintes

denominações: “Gestão, Seleção de Tecnologias em Saúde, Programação e Aquisição, Armazenamento, Gestão de Stocks, Dispensação e Distribuição, Farmacotecnia Hospitalar, Cuidados ao Paciente, Infraestrutura Física e Tecnológica e, Recursos Humanos.”.

Conforme Costa (114) e Lima (112), “a situação dos serviços de farmácia da rede de hospitais públicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB)”, foi avaliada nas suas atividades farmacêuticas, “por um questionário padronizado contendo 62 indicadores distribuídos nos seguintes componentes: Gerenciamento, Seleção de Medicamentos, Logística, Distribuição, Informação, Seguimento Farmacoterapêutico, e Farmacotecnia.”.

2.8.4. Escolha dos atos farmacêuticos mais relevantes para avaliação por questionário, segundo o conteúdo funcional do farmacêutico regulado no DL N.º 108/2017 de 30 de agosto (24)

De acordo com o DL n.º 108/2017 de 30 de agosto (24), em que se regula o conteúdo funcional dos farmacêuticos nas EPE, escolheram-se as atividades mais relevantes e comuns, para com o uso racional regulado no art.º 5.º do DL 176/2006 (23), com a finalidade de avaliar a concordância profissional dos farmacêuticos em relação aos atos. Ou seja, uma vez que o conteúdo funcional estar regulado no DL 108/2017 (24) e 109/2017 de 30 de dezembro (59), que abrange a carreira farmacêutica, significa que estas atividades, se entrosam com o dever dos farmacêuticos em conhecerem, concordarem e cumprirem o uso racional do medicamento nos seus atos para com o utente / doente / cliente, regulado pelo art.º 5º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23).

Destacam-se, com base no DL 108/2017 de 30 de agosto (24), 109/2017 de 30 de agosto (61), e Lima (112), os atos farmacêuticos classificados nas dimensões e conteúdo funcional seguintes:

Tabela 2. Dimensões e conteúdo funcional dos farmacêuticos conforme DL n.º 108/2017 e 109/2017 de 30 de agosto

DIMENSÕES	CONTEÚDO FUNCIONAL
1. Atos de gestão estratégica, tática e operacional farmacêutica	1.1. Participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar pelo serviço de monitorização e vigilância.
2. Atos de gestão de competências	2.1. Participar na orientação e avaliação das atividades dos farmacêuticos e de outros profissionais de saúde no âmbito do seu processo de formação, bem como nas

	<p>atividades de estágios de pré e pós-graduados;</p> <p>2.2. Substituir o farmacêutico assessor nas suas ausências e impedimentos.</p>
<p>3. Atos com gestão de logística, produção, circuito, processo e distribuição do medicamento</p>	<p>3.1. Registrar, fabricar, controlar e garantir a qualidade dos medicamentos;</p> <p>3.2. Assegurar o armazenamento, conservação, transporte e distribuição;</p> <p>3.3. Efetuar a gestão integrada do circuito do medicamento: preparação, controle, seleção, gestão, aquisição, armazenamento, distribuição, validação.</p>
<p>4. Atos farmacêuticos Clínicos</p>	<p>4.1. Proceder à gestão integrada do circuito dos tratamentos experimentais, incluindo a consulta farmacêutica e a avaliação de ensaios clínicos no âmbito da Comissão de Ética e Investigação;</p> <p>4.2. Interpretar, validar a prescrição, preparar e controlar fórmulas magistrais estéreis e não estéreis, assim como executar e controlar preparações oficinais;</p> <p>4.3. Proceder ao acompanhamento, vigilância, monitorização e controlo da distribuição, dispensa, adesão e utilização de medicamentos, no âmbito da prestação de cuidados farmacêuticos e outras</p>

	<p>atividades de farmácia clínica, nomeadamente, no que diz respeito ao acompanhamento farmacoterapêutico, reconciliação da terapêutica e consulta farmacêutica;</p> <p>4.4. Proceder à monitorização clínica de fármacos, incluindo a determinação e interpretação de parâmetros farmacocinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados, bem como as vertentes de farmacogenética e farmacogenómica;</p> <p>4.5. Efetuar a colheita de produtos biológicos e desenvolver métodos de análise laboratorial, a sua validação e, se necessário, executar técnicas diferenciadas;</p> <p>4.6. Proceder à avaliação, interpretação de resultados e respetiva validação clínica e biopatológica.</p>
<p>5. Atos conjugados com intervenções multidisciplinares</p>	<p>5.1. Interpretar e avaliar as prescrições médicas.</p>
<p>6. Atos com gestão de qualidade, segurança, controlo, risco e indicadores financeiros</p>	<p>6.1. Proceder à articulação entre os cuidados prestados nos diferentes níveis de saúde, cuidados primários e cuidados hospitalares, no sentido da melhoria da qualidade, nível da segurança e efetividade da terapêutica medicamentosa;</p> <p>6.2. Proceder à identificação, caracterização, avaliação e resposta a riscos e emergências em saúde pública;</p> <p>Implementar, avaliar e monitorizar os</p>

	sistemas de qualidade.
7. Atos com gestão de informação	<p>7.1. Proceder ao desenho, parametrização e avaliação de tecnologias de informação e sistemas de informação no âmbito do circuito do medicamento</p> <p>7.2. Divulgar recursos de informação necessários para a preparação e administração segura dos medicamentos, no ponto de prestação de cuidados</p> <p>7.3. Promover a informação e consulta sobre medicamentos.</p>
8. Atos de Ensino, inovação e, investigação do medicamento	<p>8.1. Investigar, desenvolver e preparar fármacos;</p> <p>8.2. Participar e cooperar em programas de investigação científica e protocolos de estudo relacionados com a sua área profissional.</p>

Em suma, ao avaliar em questionário (ver no ponto “7.7. Grupo de documentos enviados ao conselho de administração e aos farmacêuticos”) a concordância dos atos farmacêuticos definidos pelo DL n.º 108/2017 (24) e 109/2017 de 30 de agosto (59), está-se também a relacionar o conhecimento e, as características do desenvolvimento das competências do farmacêutico hospitalar, para melhorar o uso racional do medicamento nos utentes, segundo DL n.º 176/2006 de 30 de agosto (23).

III - FASE METODOLÓGICA

3. METODOLOGIA

3.1. Enquadramento metodológico

Âmbito da investigação

Considerando o supra exposto, esta investigação incidirá principalmente sobre a relação de associação entre a concordância pelos farmacêuticos da política do medicamento, regulada normativamente sobre uso racional dos medicamentos e, a concordância dos atos farmacêuticos nos hospitais, a bem dos interesses do doente, ao ser aplicado o uso

racional do medicamento. Espera-se, que esta investigação possibilite no futuro, um melhor desempenho e performance dos farmacêuticos a bem do uso racional do medicamento nos utentes, com a finalidade de garantir e melhorar a satisfação dos doentes em relação aos processos operacionais, táticos e estratégicos dos serviços farmacêuticos e, permitam à gestão hospitalar, a concretização das estratégias públicas e, dos objetivos internos e externos para com as políticas do medicamento no SNS.

Objeto da pesquisa

O objeto da pesquisa é a relação de associação entre a política do medicamento regulada no art.º 5º do DL 167/2006 (23) sobre uso racional dos medicamentos e, a concordância dos atos farmacêuticos nos hospitais EPE.

O objeto definido como principal, não obsta que se investiguem outras associações, que no seu conjunto serão entre as características com variáveis ordinais, a concordância política e normativa do uso racional e, os atos farmacêuticos nos hospitais.

Questões de investigação

Q1. Será que concordância dos farmacêuticos nos atos, se relaciona com a política normativa do uso racional?

Q2. Será que existem relações entre todas as variáveis ordinais?

Variáveis e dimensões de investigação

As variáveis a pesquisar são categóricas nominais e ordinais. Incluem as características relacionadas com:

- 1.** A idade
- 2.** O Sexo;
- 3.** O tempo de exercício profissional;
- 4.** O tempo de formação;
- 5.** Concordância com as políticas reguladas no art.º 5º sobre o uso racional dos medicamentos;
- 6.** Concordância profissional dos atos farmacêuticos.

Conjugando o art.º 5.º do DL 176/2006 de 30 de Agosto (23) e o DL 108/2017 (24), as variáveis e dimensões podem ser representadas em tabela da forma seguinte:

Tabela 3. Dimensões, variáveis, e n.º de pergunta do questionário

DIMENSÕES	PERGUNTA DO INQUÉRITO	VARIÁVEIS
1.Características da população dos farmacêuticos	1. 2.	1.1. Tempo de trabalho 1.2. Tempo em média de formação profissional

	3. 4.	1.3. Idade 1.4. Sexo
2. Concordância da política do medicamento pelos farmacêuticos regulada pelo art. 5.º do DL176/2006	5.	Concordância com o art. 5.º do DL 176/2006.
3. Concordância de Atos de Gestão organizacional e funcional farmacêutica: estratégica, tática e operacional dos atos Farmacêuticos	6.	3.1. Concordância em participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar pelo serviço de monitorização e vigilância.
4. Concordância dos atos de Gestão farmacêutica de competências	7. 8.	4.1. Concordância em participar na orientação e avaliação das atividades dos farmacêuticos e de outros profissionais de saúde no âmbito do seu processo de formação, bem como nas atividades de estágios de pré e pós-graduados; 4.2. Concordância em substituir o farmacêutico assessor nas suas ausências e impedimentos.
5. Concordância dos atos farmacêuticos na gestão de logística, produção, circuito, processo e distribuição do medicamento	9. 10. 11.	5.1. concordância em registar, fabricar, controlar e garantir a qualidade dos medicamentos; 5.2. Concordância em assegurar o armazenamento, conservação, transporte e distribuição; 5.3. Concordância em efetuar a gestão integrada do circuito do medicamento: preparação, controlo, seleção, gestão, aquisição, armazenamento, distribuição, validação.
6. Concordância dos atos farmacêuticos Clínicos	12.	6.1. Concordância em proceder à gestão integrada do circuito dos tratamentos experimentais, incluindo a consulta farmacêutica e a avaliação de ensaios clínicos no âmbito da Comissão de Ética e Investigação;

	<p>13.</p> <p>14.</p> <p>15.</p>	<p>6.2. Concordância em interpretar, validar a prescrição, preparar e controlar fórmulas magistrais estéreis e não estéreis, assim como executar e controlar preparações oficinais;</p> <p>6.3. Concordância em proceder ao acompanhamento, vigilância, monitorização e controlo da distribuição, dispensa, adesão e utilização de medicamentos, no âmbito da prestação de cuidados farmacêuticos e outras atividades de farmácia clínica, nomeadamente, no que diz respeito ao acompanhamento farmacoterapêutico, reconciliação da terapêutica e consulta farmacêutica;</p> <p>6.4. Concordância em proceder à monitorização clínica de fármacos, incluindo a determinação e interpretação de parâmetros farmacocinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados, bem como as vertentes de farmacogenética e farmacogenómica;</p>
7. Concordância dos atos farmacêuticos nas intervenções multidisciplinares	16.	7.1. Concordância em interpretar e avaliar as prescrições médicas.
8. Concordância dos atos farmacêuticos na gestão de qualidade, segurança, controlo, risco e indicadores financeiros	<p>17.</p> <p>18.</p>	<p>8.1. Concordância em proceder à articulação entre os cuidados prestados nos diferentes níveis de saúde, cuidados primários e cuidados hospitalares, no sentido da melhoria da qualidade, nível da segurança e efetividade da terapêutica medicamentosa;</p> <p>8.2. Concordância em proceder à identificação,</p>

3.2. Método

3.2.1. Tipos de métodos

O tipo de estudo, será quantitativa, descritiva, transversal, univariada e bivariada com variáveis categóricas.

Foram escolhidas 24 variáveis categóricas ordinais e nominal, incluídas em 10 dimensões, que abrangem as características profissionais, a concordância da política normativa, e a concordância dos atos de conteúdo funcional, expostos na supracitada “Tabela 3” no ponto 3.1..

Usar-se-á na recolha de dados, o questionário fechado. A análise será constituída pelas seguintes etapas:

1. Identificação das variáveis.

2. Análise descritiva univariável nos 6 tipos de variáveis que são:

2.1. As V1, V2, V3, V4: características dos farmacêuticos;

A V5: Concordância da política normativa regulada no art.º 5º do DL 176/2006 de 30 de agosto (23);

2.2. A V6: concordância dos atos farmacêuticos nas farmácias hospitalares.

3. Análise bivariada pelo teste da correlação entre as relações das variáveis categóricas ordinais.

3.2.2. População, amostragem e taxa de resposta

Definição e escolha de população

A população foi de 24 farmacêuticos de Centro hospitalar Ocidental na região de Lisboa, constituído pelo Hospital de S. Francisco Xavier, Egas Moniz e Santa Cruz, que foram autorizados pelo CA, e que responderam aos questionários.

Amostragem

Não houve amostragem, porque foram selecionados todos os farmacêuticos dos 3 hospitais EPE do Centro Hospitalar Ocidental.

Taxa de resposta

A taxa de resposta foi de 100%.

3.2.3. Questionário

Usaram-se os questionários fechados e, a sua distribuição e colheita de dados foram feitas diretamente.

Foram tomadas em conta os seguintes elementos:

Tipo de perguntas

As perguntas usadas neste questionário foram do tipo fechadas, em que o questionado, seleciona uma resposta de entre o conjunto de alternativas à escolha.

As perguntas incluem questões sobre as características farmacêuticas, a concordância política e normativa no uso racional e, a concordância dos atos farmacêuticos, com a finalidade de se tirarem conclusões sobre a relação entre a política normativa do uso racional dos medicamentos nos hospitais EPE.

Elaboração do questionário

O questionário foi elaborado baseado nas concordâncias dos atos dos farmacêuticos com o conteúdo funcional regulado pelo DL 108/2017 (24), que define a Carreira Farmacêutica nas EPE, com a concordância política normativa do uso racional dos medicamentos, legislado no art.º 5º do DL 176/2006 (23) e, com as características dos farmacêuticos.

Questões: tipos e dimensões

As perguntas serão elaboradas de acordo com as dimensões seguintes: características da população dos farmacêuticos, a concordância política em relação ao art. 5.º do DL176/2006 (23), a concordância dos atos farmacêuticos na gestão de logística, produção, circuito, processo e distribuição do medicamento, nas atividades clínicas, nas intervenções multidisciplinares, na gestão de qualidade, segurança, controlo, risco e indicadores financeiros, na gestão de informação e, no ensino, inovação e, investigação do medicamento.

Questões para respostas detalhadas

As questões detalhadas das variáveis ordinais nos atos farmacêuticos, ou da concordância política para com os atos profissionais, são feitas com o sentido de avaliar a relação ao cumprimento legal dos seus atos, nos vários tipos de atividades do conteúdo funcional, para com as políticas do uso racional do medicamento. Em relação às variáveis das características dos farmacêuticos, as respostas foram ordinais com os intervalos específicos, ou nominais.

Na sua maioria foi elaborada uma escala com respostas a 5 avaliações das variáveis categóricas ordinais, desde a “Concordo totalmente”, ao 4 e 5 que correspondem ao “Não concordo” e “Não aplicável”, passando pelas respostas de “Concordo parcialmente” e, “discordo”. O questionário encontra-se exposto no ponto “7.8. Grupo de documentos, inquérito, pré-teste e credencial, enviados ao conselho de administração, aos farmacêuticos e aos administradores e diretores das farmácias hospitalares”.

Pré-teste do questionário

O pré-teste ao questionário foi preenchido por 3 farmacêuticos das farmácias hospitalares,

que foram escolhidos por conveniência, com vista a ajustar a perceção das perguntas e, a eficácia das respostas (ver em “7.8. Grupo de documentos, inquérito, pré-teste e credencial, enviados ao conselho de administração, aos farmacêuticos e aos administradores e diretores das farmácias hospitalares”).

Tipo de divulgação e reposta positiva no preenchimento

Foram enviadas cartas de apresentação aos presidentes do CA aos 3 principais centros hospitalares com o nome Norte, Central e Ocidental, e aos diretores e responsáveis das farmácias hospitalares com os questionários, esclarecendo sobre o objetivo do estudo e, solicitando a autorização e apoio, para o seu preenchimento pelos farmacêuticos das farmácias hospitalares EPE. Estas exposições encontram-se no ponto “7.8. Grupo de documentos, inquérito, pré-teste e credencial, enviados ao conselho de administração, aos farmacêuticos e aos administradores e diretores das farmácias hospitalares”. Só respondeu positivamente para serem feitos os questionários e a pesquisa, o Centro Hospitalar Ocidental, assim como os farmacêuticos dos 3 hospitais que o constituem. Os restantes conselhos de administração dos outros centros hospitalares, mesmo com grande insistência para com os secretariados e aos diretores farmacêuticos que concordavam com o inquérito, nem sequer responderam.

Nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Ocidental, o preenchimento dos vários questionários, foram anónimos, sem influência presencial do autor, ou de quem os entregou.

3.3. Ética e segurança na investigação

Ética da investigação

Consideraram-se essenciais nesta investigação, os valores e princípios éticos e as normas deontológicas definidas pelos Estatutos e Regulamento dos Hospitais EPE do SNS, pelos códigos deontológicos dos profissionais intervenientes, pelos direitos humanistas, pela legislação dos medicamentos de uso humano, pela Constituição da República Portuguesa e, pelas regras e culturas institucionais. Foram descritos nas cartas de apresentação por e-mail, assim como no contacto direto, ou no presencial, alguns princípios, tais como o da liberdade no direito de escolha e no consentimento voluntário, pelas respostas a serem enviadas no envolvimento e, participação negociada e acordada. Foi também descrito o propósito, a duração, os procedimentos, as informações necessárias, os contactos, os tipos de riscos, os benefícios da participação, os direitos e os deveres como participante, o período da programação, a possibilidade e entidade a reclamar e, a liberdade de exercer a sua vontade em desistir do estudo, quando bem entender.

Outros princípios a evidenciar foram o do respeito pelas pessoas, o da beneficência, o da

justiça, o da não maleficência, o da reciprocidade, os da negociação no contexto legal de nação de direito, o da confidencialidade, o do anonimato, os da definição do papel dos participantes, os da responsabilidade ou impacto em ambos os lados para com a autoria, publicação e conflitos de interesses.

Segurança na investigação

Foi assegurado que os participantes, fossem prevenidos, ou protegidos de riscos, que pusessem em causa os direitos, privilégios, privacidade, a proteção e, a confidencialidade de dados pessoais da auditoria, abrangidos no Regulamento da União Europeia (mais conhecido por RGPD ou Regulamento Geral de Proteção de Dados) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à sua livre circulação, que só entrou em vigor em Maio de 2018, pela Carta Portuguesa dos Direitos Humanos na Era Digital, aprovada pela Lei 27/2021 (115), que regula no art.º 6.º o Direito à proteção contra a desinformação, no art.º 8.º o direito à privacidade em ambiente digital, no art.º 10.º o direito à neutralidade da Internet, no art.º 12.º o direito à identidade e outros direitos pessoais e, no art.º 13.º o direito ao esquecimento, no art.º 17.º o direito à proteção contra a geolocalização abusiva, no art.º 16.º o direito à liberdade de criação e proteção de conteúdo.

IV - FASE EMPÍRICA

4. RECOLHA, ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE DE DADOS, RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

4.1. Recolha de dados

As etapas dos procedimentos com os questionários foram:

- 1.** Envio dos questionários no princípio de setembro aos farmacêuticos, após autorização do Presidente do Conselho de Administração em julho.
- 2.** Disponibilização de endereço de e-mail para perguntas, dúvidas e respostas.
- 3.** Recolhas das respostas feitas até ao final de setembro de 2022.

4.2. Organização de dados

Colheita de dados a partir do questionário

A recolha de dados foi feita com tabelas no Excell.

Organização e, classificação dos dados

Foram realizados pela aplicação informática SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Science), os vários tipos de análise das variáveis categóricas nominais e ordinais, de acordo

com as seguintes perguntas e variáveis expostas na seguinte tabela:

Tabela 4. Variáveis e das respectivas perguntas do inquérito

VARIÁVEIS	PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO
1. IDADE	1.Qual a sua idade?
2. GÊNERO	2.Qual o seu sexo?
3. ANOS PROFISSÃO	3.Há quantos anos trabalha como Farmacêutico/a hospitalar?
4. HORAS DE FORMAÇÃO / ANO	4.Quanto tempo tem de formação profissional durante um ano?
5. CONCORDÂNCIA COM A POLÍTICA DO ART 5.º	5.Qual o seu grau de concordância para com o art. 5.º do DL 176/2006 aplicado aos atos farmacêuticos nesta farmácia hospitalar?
6. CONCORDÂNCIA COM O PLANO DE ATIVIDADES	6.Qual o seu grau de concordância ao participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar no serviço de monitorização e vigilância a nível dos diferentes setores (internamento e ambulatório) dos serviços farmacêuticos?
7. CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES	7.Qual o seu grau de concordância quando participa na orientação e avaliação das atividades dos farmacêuticos e de outros profissionais de saúde, no âmbito do seu processo de formação, bem como nas atividades de estágios de pré e pós-graduados?
8. CONCORDÂNCIA NA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL	8. Qual o seu grau de concordância ao substituir o farmacêutico hierarquicamente superior, nas suas ausências, ou impedimentos?
9. CONCORD NOS ATOS REGISTO, PREPARAÇÃO, CONTROLE E QUALIDADE	9.Qual o seu grau de concordância ao registar, preparar, controlar e, garantir a qualidade dos medicamentos?
10. CONCORDÂNCIA NOS	10.Qual o seu grau de concordância nos atos farmacêuticos do

ATOS DE ARMAZENAGEM, CONSERVAÇÃO, TRANSPORTE, DISTRIBUIÇÃO	armazenamento, conservação, transporte e distribuição?
11. CONCORDÂNCIA AO EFETUAR OS ATOS	11.Qual o seu grau de concordância ao efetuar os atos farmacêuticos integrados do circuito do medicamento seguintes: preparação, controlo, seleção, gestão, aquisição, armazenamento, distribuição, e validação?
12. CONCORDÂNCIA DA GESTÃO INTEGRADA	12.Qual o seu grau de concordância ao proceder à gestão integrada do circuito dos tratamentos experimentais, como na consulta farmacêutica, ou na avaliação de ensaios clínicos no âmbito da Comissão de Ética e Investigação?
13.CONCORDÂNCIA COM ATOS DE FARMACOTECNIA	13.Qual o seu grau de concordância na interpretação, validação da prescrição, preparação e controlo das fórmulas magistrais estéreis e não estéreis, assim como a execução e controlo das preparações officinais?
14. CONCORDÂNCIA COM ATOS DE DISTRIBUIÇÃO	14.Qual o seu grau de concordância ao proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico, reconciliação terapêutica, vigilância, monitorização e controlo da distribuição, dispensa, adesão e utilização de medicamentos, no âmbito da prestação dos atos farmacêuticos no internamento, ambulatório e consulta farmacêutica?
15. CONCORDÂNCIA COM OS ATOS FARMACÊUTICOS PARA COM DADOS CLÍNICOS	15.Qual o seu grau de concordância ao proceder à monitorização clínica de fármacos, incluindo a determinação e interpretação de parâmetros farmacocinéticos e, o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados, assim como as vertentes de farmacogenética e farmacogenómica se existirem?
16. CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA	16.Qual o seu grau de concordância ao interpretar e avaliar as prescrições médicas?
17. CONCORDÂNCIA NA ARTICULAÇÃO COM OS NÍVEIS DE SAÚDE	17.Qual o seu grau de concordância ao proceder à articulação entre os cuidados prestados nos diferentes níveis de saúde primários, ambulatórios e hospitalares, no sentido da melhoria da qualidade, da segurança, e da eficácia terapêutica?
18. CONCORDÂNCIA DOS	18.Qual o seu grau de concordância ao proceder à identificação,

ATOS EM EMERGÊNCIA E RISCOS DE SAÚDE	caracterização, avaliação e resposta a riscos e emergências em saúde pública e no internamento, como por exemplo em surtos de gripe, ou no número de internamentos elevados, ou em situação de pandemia?
19. CONCORDÂNCIA SISTEMA QUALIDADE	19.Qual o seu grau de concordância ao implementar, avaliar e monitorizar os sistemas de qualidade em todos os setores farmacêuticos?
20. CONCORDÂNCIA NA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	20.Qual o seu grau de concordância ao proceder ao desenho, ou parametrização, ou avaliação de tecnologias de informação ou aos sistemas informáticos, no âmbito do circuito do medicamento?
21. CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DA RECOLHA DE INFORMAÇÃO	21.Qual o seu grau de concordância ao divulgar recursos de informação necessários para a preparação e, administração segura dos medicamentos, no ponto de prestação de cuidados?
22. CONCORDÂNCIA NA DIVULGAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Qual o seu grau de concordância ao promover a informação e consulta sobre os medicamentos?
23. CONCORDÂNCIA NA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS FÁRMACOS	23.Qual o seu grau de concordância a investigar, ou a desenvolver, ou a preparar fármacos?
24.CONCORDÂNCIA NOS ENSAIOS E ESTUDOS	24.Qual o seu grau de concordância ao participar e cooperar em programas de investigação científica como os ensaios clínicos, ou em protocolos de estudo relacionados com esta área profissional de pesquisa?

4.3. Análise com resultados, interpretação e discussão

4.3.1. Análise descritiva univariável e resultados sem missing values

A análise descritiva variável foi efetuada no SPSS 22.0 e, os seus resultados encontram-se exposto nas suas tabelas e quadros em “Anexos 7.1. Tabelas de frequências e de percentagens no SPSS 22.0 e gráficos de barras”. Não existem missing values.

4.3.2. Análise, resultados pelo teste de correlação de Spearman entre as variáveis categóricas

A análise pelo teste de significância e de correlação de Spearman entre as variáveis categóricas ordinais, foi efetuada no SPSS 22.0 e, os seus resultados encontram-se expostos nos quadros em “Anexos 7.2. Tabela de significância e correlação no SPSS 22.0. Os resultados das correlações existentes e das inexistentes, podem ser resumidos em duas tabelas, que se expõem de seguida:

Tabela 5. Variáveis, com associações com significância e com coeficiente de correlação de Spearman, com a pergunta do questionário e o número de correlações

PERGUNTA DO QUESTIONÁRIO N.º	NOME DAS VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA E CORRELAÇÃO	NÚMERO DE CORRELAÇÕES
1.	IDADES EM ANOS	2
3.	ANOS PROFISSÃO	4
5.	CONCORDÂNCIA DO ART 5	2
6.	CONCORDÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES	2
7.	CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO	3
8.	CONCORDÂNCIA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL	2
11.	CONC_EFETUAR_ATOS	6
12.	CONC GESTÃO INTEGRADA ATOS EXPERIMENTAIS	1
13.	CONC FARMACOTECNIA	3
16.	CONC PRESCRIÇÕES CLÍNICAS	1
18.	CONCORDÂNCIA ATOS EMERGÊNCIA RISCOS SAUDE	5
19.	CONCORDÂNCIA SISTEMA QUALIDADE	1

20.	CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	5
23.	CONCORDÂNCIA DESENVOLVIMENTO DE FÁRMACOS	6
24.	CONCORDÂNCIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E ENSAIOS CLINICOS	2
TOTAL	15 VARIÁVEIS COM CORRELAÇÕES	45 CORRELAÇÕES

Tabela 6. Resumo do nome das variáveis das variáveis sem significância

PERGUNTA DO QUESTIONÁRIO N.º	VARIÁVEIS SEM CORRELAÇÃO	NÚMERO DE VARIÁVEIS SEM CORRELAÇÕES
4.	HORAS DE FORMAÇÃO	1
9.	CONCORDÂNCIA ATOS, REG, PREP, CONT E QUAL	1
10.	CONC_ATOS_ ARM_CONSERV_TRANSP_DISTR	1
14.	CONCORDÂNCIA ATOS DISTRIBUIÇÃO	1
15.	CONCORDÂNCIA ATOS CLÍNICOS FARM	1
17.	CONCORDÂNCIA ARTICULAÇÃO NÍVEIS SAÚDE	1
21.	CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO RECOLHA DE INFORMAÇÃO	1
22.	CONCORDÂNCIA DIVULGAÇÃO INFORMAÇÃO	1
TOTAL		8 VARIÁVEIS SEM CORRELAÇÕES

4.3.3. Interpretação

De acordo com os supracitados pontos “4.3.1. e 4.3.2” e, os “Anexos 7.1., 7.2., 7.3., 7.4. e 7.5.”, produzidos pelo questionário de 24 perguntas das variáveis do estudo (ver ponto 7.8.), para com os 24 farmacêuticos dos hospitais como população já mencionada, considera-se que:

1. Na estatística univariada

A apresentação dos valores na estatística univariada exposta no ponto “7.1.”, apresentam os seguintes resultados e interpretação de maior destaque:

1.1. Nas variáveis das características sociodemográficas, dos tipos “idades em anos” há maior distribuição entre os 20 a 30 anos e mais de 50 anos com 46% e, entre os 31 e os 50 anos com 44%.

1.2. Há 96% de pessoas do sexo feminino.

1.3. No que toca à variável de “Anos de Profissão”, os farmacêuticos apresentam-se com 58% com mais de 10 anos de profissão, e 42% com menos de 10 anos.

1.4. Em relação a “horas de formação” há uma distribuição homogênea de 92% até às 50 e 100 horas anuais.

1.5. Quanto às variáveis da “concordância do art. 5.º”, há o valor de “concordo totalmente” de 92%.

1.6. Quanto às variáveis ordinais de todas as 19 concordâncias dos atos farmacêuticos, há o valor médio de “concordo totalmente” de 87% e de “concordo parcialmente” de 12%.

1.7. No global nesta população dos farmacêuticos hospitalares EPE, a maior parte dos farmacêuticos, que são femininos (em 96%), distribuídos na maioria com a idade entre os 20 e mais de 50 anos em 46%, com mais de 58% de 10 anos de profissão, não ultrapassando as 100 horas de formação em 92%, evidenciam nesta análise descritiva, uma concordância em 92% na sua população, das políticas normativas, evidenciando descritivamente concordância total em 87% e, 12% na concordância parcial dos atos em prol do uso racional dos medicamentos.

2. Na análise da correlação pelo teste de Spearman

Na análise da correlação pelo teste de Spearman (116, 117), é avaliada a relação entre as variáveis ordinais não paramétricas (116,117). A variável sexo, por ser nominal, não é abrangida no cálculo do Teste de coeficiente de Spearman e, porque só há um farmacêutico do sexo masculino, também não é realizável o cálculo do Qui quadrado.

O coeficiente ρ de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiverem os valores calculados dos extremos, maior será a associação. O sinal negativo significa que as variáveis variam em sentido contrário.

2.1. Correlação entre a variável “concordância do art. 5.º” e as 19 variáveis dos atos farmacêuticos

- Entre a variável ordinal “concordância do art. 5.º” e as outras restantes 19 variáveis ordinais dos atos, só houve 2 correlações estatisticamente significativas com as variáveis (“Concordância do plano atividades dos setores”, e “Concordância com a avaliação das atividades de formação”) com o coeficiente de correlação 0,8 e 0,4 (ver ponto “4.3.2.” e “Anexos 7.2.”).
- As políticas normativas, só são a causa ou efeito em 2 dos atos (testados na correlação entre a variável da “concordância política” com 19 variáveis da “concordância dos atos”), o que resulta em média 0,1 correlação por cada variável ordinal, ou 1 correlação por cada 10 variáveis dos atos, sendo estes valores de associação muito baixos.

2.2. Correlação entre as variáveis ordinais das características e das concordâncias

- 1.** Entre todas as 23 variáveis categóricas ordinais existem 45 correlações, o que dá uma média de cerca de 2 correlações por variável (ver ponto “4.3.2.”)
- 2.** Existem 8 variáveis categóricas ordinais sem correlações.

4.3.4. Discussão

Os valores que se destacam na interpretação dos valores da estatística univariada, parecem contrariar os valores do teste das correlações na estatística bivariada, no sentido em que estatisticamente as variáveis ordinais em termos univariados, pareciam apontar independentemente, para altos valores de associações, sem que tal acontecesse nos testes de correlação calculados pelo SPSS 22.0, nas relações bivariadas. Isto significa, que os valores univariados, quando comparados com os valores bivariados nas suas associações, ou relações, apontam para resultados diferentes. Embora entre as 23 variáveis ordinais existam 45 correlações, ou seja 2,3 correlações por variável, no entanto o máximo possível seria dentro do valor de $(23 \times 23) - 23 = 506$ correlações, o que significa que só há $(45/506) \times 100 = 8,8\%$, o que é muito baixo.

4.4. Qualidade

Por não ter significado, não fazer sentido e, porque não se pretendeu construir um score, não foi avaliado o coeficiente de consistência do inquérito. No entanto, houve o cuidado de se elaborar e implementar o pré-teste e, criar o questionário tendo como base o conteúdo funcional dos farmacêuticos segundo DL n.º 108/2017 de 30/08 (24).

V - FASE CONCLUSIVA

5. LIMITAÇÕES E OPORTUNIDADES, CONCLUSÕES, DISCUSSÕES E, DESAFIOS

5.1. Limitações e oportunidades

A maior limitação deste trabalho, foi a recusa dos conselhos de administração dos centros hospitalares Norte e Central em Lisboa, que não permitiram a aplicação dos questionários, fazendo com que a população em estudo fosse em pequeno número.

As melhores oportunidades foram facultadas em primeiro, pela coordenação, orientação, professores e técnicos do mestrado na ENSP, que facultaram condições para a implementação e continuidade desta pesquisa. Em segundo foi importante nos objetivos, o exemplo da oportunidade do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Ocidental em Lisboa, que permitiu a implementação dos questionários aos farmacêuticos dos seus 3 hospitais (Egas Moniz, S. Francisco Xavier e Santa Cruz), em prol da saúde, da qualidade e da segurança dos doentes, alinhados com a governança e a gestão seguidas pelas respostas atempadas e condições permitidas à pesquisa.

5.2. Conclusões

Nesta etapa destacam-se as conclusões na concretização dos objetivos, provenientes dos problemas, ou das questões, em que se encontrem soluções pela revisão de literatura, pela metodologia e, nos resultados.

Poder-se-á apresentar em esquema, a seguinte estrutura que orienta a pesquisa da seguinte forma:

Tabela 7. Orientação de uma investigação

ETAPAS	PROBLEMAS COM PERGUNTAS	REVISÃO LITERATURA	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
PESQUI- SA	OBJETIVO 1	REVISÃO 1	MÉTODO 1	RESULTADOS 1	CONCLUSÕES 1
	OBJETIVO 2	REVISÃO 2	MÉTODO 2	RESULTADOS 2	CONCLUSÕES 2
	OBJETIVO 3	REVISÃO 3	MÉTODO 3	RESULTADOS 3	CONCLUSÕES 3

5.2.1. Conclusões gerais sobre os resultados, no contexto dos objetivos, revisão, enquadramento teórico e metodologia

Considerando os objetivos principais e, de acordo com os resultados obtidos e expostos

nos supracitados pontos “4.3.1. Análise descritiva univariável e resultados sem missing values”, “4.3.2. Análise e resultados pelo teste de correlação de Spearman entre as variáveis ordinais”, e o exposto no ponto “4.3.3. Interpretação” e, no ponto “4.3.4. Discussão”, destacam-se as conclusões gerais que são:

1. Correlação da variável da política normativa para com as variáveis dos atos farmacêuticos

As correlações de Spearman entre a política normativa do uso racional do medicamento e, os atos farmacêuticos apresentam escassos casos de correlação, estatisticamente significativos inferiores a 0,05, com coeficientes de correlação aceitáveis somente para 2 variáveis de concordância dos atos. Isto significa, que só existe 1 correlação em cada 10 variáveis das concordâncias dos atos, sendo estes valores de associação muito baixos.

As concordâncias dos atos que são correlacionáveis com as concordâncias das políticas foram especificamente (ver pág. 118): a concordância dos atos farmacêuticos na avaliação das atividades de formação, e a concordância dos atos farmacêuticos no plano de atividades dos setores.

De forma resumida ter-se-á:

Tabela 8. Variável em correlação, variáveis correlatas, valor de significância, valor de coeficiente de Spearman e, significado das variáveis correlatáveis

VARIÁVEL EM CORRELAÇÃO	VARIÁVEIS CORRELATAS	VALOR DE SIGNIFICÂNCIA	VALOR DE COEFICIENTE DE SPEARMAN	SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS CORRELATAS
CONCORDÂNCIA COM A POLÍTICA DO ART 5.º (perg.5)	CONCORDÂNCIA COM O PLANO DE ATIVIDADES DOS SETORES (perg. 6)	<0,001	0,798	Concordância em participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar pelo serviço de monitorização e vigilância.
	CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE	0,038	0,426	Concordância em participar na orientação e avaliação das atividades dos farmacêuticos e de outros profissionais de saúde no âmbito do seu

	FORMAÇÃO (perg.7)			processo de formação, bem como nas atividades de estágios de pré e pós-graduados
--	----------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------

2. Correlação entre todas as variáveis ordinais

Entre as variáveis ordinais existem 45 correlações entre todas as 23 variáveis ordinais, o que dá cerca de 2 correlações em cada variável ordinal em média, mas considerando que o máximo possível seria de $((23 \times 23) - 23) = 506$ correlações, isto significa que só há $45/506 = 8,8\%$ no contexto total das correlações ordinais que poderia haver. Este valor continua a ser muito baixo, no cômputo geral das correlações possíveis entre todas as variáveis ordinais dos farmacêuticos.

De forma resumida ter-se-á:

Tabela 9. Classificação descendente das Variáveis dos valores da correlação

NOME DAS VARIÁVEIS COM CORRELAÇÃO	NÚMERO DE CORRELAÇÕES EM CADA VARIÁVEL
1.CONC_EFETUAR_ATOS 2. CONCORDÂNCIA DESENVOLVIMENTO DE FÁRMACOS	6
1.CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO 2. CONCORDÂNCIA ATOS EMERGÊNCIA RISCOS SAUDE	5
1. ANOS PROFISSÃO	4
1.CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO 2. CONC FARMACOTECNIA	3
1.IDADES EM ANOS 2.CONCORDÂNCIA DO ART 5 3.CONCORDÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES 4.CONCORDÂNCIA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL 5.CONCORDÂNCIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA	2

E ENSAIOS CLINICOS	
1.CONC GESTÃO INTEGRADA ATOS EXPERIMENTAIS 2.CONC PRESCRIÇÕES CLÍNICAS 3.CONCORDÂNCIA SISTEMA QUALIDADE	1
15 VARIÁVEIS COM CORRELAÇÕES	45 CORRELAÇÕES

5.2.2. Aspectos preponderantes

Pelas conclusões supracitadas, destacam-se de imediato 3 aspectos preponderantes:

- 1.** As correlações entre a política normativa e os atos são muito baixas, com 2 correlações (ver pontos 4.3.2. e 4.3.3.) e, não existem qualquer tipo de correlação para com as restantes variáveis dos atos farmacêuticos. No entanto, porquê que a classe farmacêutica consegue taxas de desempenho adequados nos Serviços Farmacêuticos dos Hospitais EPE e, atinge valores de qualidade hospitalar destacáveis, em que está incluído o uso seguro e racional dos medicamentos, de acordo com o contexto da política do medicamento?
- 2.** Será que as políticas seguem relacionamentos de variáveis, que não foram destacados quer a nível dos objetivos principais, ou quer a nível do enquadramento teórico, ou da avaliação pela análise estatística nesta pesquisa, mas que são patentes nas 45 correlações entre as 23 variáveis (ver ponto 4.3.3.)?
- 3.** Será que o modelo da estrutura e funcionamento em “pirâmide” da política normativa versus atos farmacêuticos, se encontra ultrapassado por outros modelos, como as das redes sociais e económicas conforme Granovetter (118, 119) e Radomsky & Schneider (120)?

5.2.3. Conclusões finais

Considerando o supracitado no ponto 5.2.1. e 5.2.2., poder-se-ão concluir os pontos seguintes:

A) Segundo este trabalho de pesquisa, não há suficientes correlações nas variáveis das concordâncias políticas e a das restantes variáveis dos atos, com exceção das variáveis das concordâncias dos atos farmacêuticos na avaliação das atividades de formação, e no plano de atividades dos setores (1 correlação para 10 variáveis).

Em suma, considerando o contexto da pesquisa e do próprio SNS conclui-se, que há muito poucas relações de associação, que resultem de uma relação de causa ou efeito, entre a

grande maioria das variáveis das concordâncias políticas dos farmacêuticos com as variáveis dos atos farmacêuticos hospitalares. Ou seja, considerando toda as vertentes dos relacionamentos entre as políticas normativas, que definem uma relação formal na orgânica e estatuto dos hospitais e a do próprio SNS, há uma relação direta pouco detetável e adequada nesta pesquisa, para com os atos farmacêuticos. Isto significa, à luz do que se determinou, que poucos atos farmacêuticos hospitalares têm motivos políticos e normativos no contexto da técnica farmacêutica, o que é bastante pertinente numa administração pública como os hospitais EPE do SNS. Pode-se assim concluir, que este tipo de relação segue um caminho descendente na elaborada pirâmide da orgânica dos serviços públicos hospitalares, com poucas evidências

Estarão aqui as instituições e grupos representativos e os próprios políticos descontraídos, nos ciclos e processos da elaboração das normas?

B) Existem 45 correlações entre todas 23 variáveis, o que dá cerca de 2 correlações em média por cada variável categórica. Embora o valor seja baixo, pode-se mesmo assim concluir, que existem outras relações associativas, quer sejam ou não políticas, ou quer possam estar ou não associadas, com vertentes ligadas a influências do tipo económico, ou social.

Se na anterior conclusão, com base entre a correlação da concordância da política normativa, elaborada e regulada para com os restantes atos farmacêuticos seria pouco detetável, nesta alínea evidencia-se que a maioria dos atos profissionais e das características, vão influenciar e serem influenciados entre todas as variáveis, principalmente a nível interno e, a nível externo. Pode-se concluir, ou que as influências externas da política ministerial, podem disseminar em fraca intensidade interiormente e, indiretamente nas outras variáveis, ou podem existir outras causas técnicas, como os regulamentos internos, a cultura profissional, o manual das boas práticas farmacêuticas, o formulário seguido, a comunicação formal e informal, os objetivos e estratégias do serviço definidos pelo CA, e o tipo de liderança. Ou seja, embora todas estas causas não sejam políticas, no sentido estrito da ação do Estado, mas usam formas de poder, que se assemelham à configuração política, no contexto da profissionalização dos atos nos serviços hospitalares. A maior questão tem a ver com o tipo de influências, ou recíprocas, ou internas, ou externas e, na sua forma de conjugação, nos meios utilizados e .nos objetivos decididos.

C) Atendendo aos valores entre as correlações existentes, e aos pontos supracitados anteriormente, pode-se considerar importante a realização de outras pesquisas, para além da abordagem feita, com outras revisões bibliográficas, enquadramento em modelos teóricos mais apropriados, e metodologias mais adequadas, para se obterem resultados

mais razoáveis com o tema, objeto e objetivos propostos.

No essencial é importante continuar a pesquisa sobre as políticas do Estado, ou de outro tipo, que possam influenciar, ou incentivar os farmacêuticos, num dos mais importantes elementos das suas competências, que são dos seus atos, que permitirão cada vez mais o uso racional dos fármacos pelos doentes do SNS.

5.3. Impactos

O maior impacto, deste estudo para com as políticas governativas institucionalizadas e organizadas, assim como para a gestão estratégica, intermédia e operacional nos hospitais e Serviços Farmacêuticos, é que as decisões políticas terão que ser questionadas nos seus elementos de poderes que são expressos em funcionalidades, fatores, indicadores, agendas, discursos, doutrinas, consensos, conflitos, composições, preparações, eficiências, efeitos, resultados e consequências. Até chegar à criação de um sistema (para ser simplificado no seu uso, mas não para ser simplesmente usado) semelhante à “linha reta”, o processo político será sempre um complexo de fenómenos e acontecimentos previsíveis com riscos e controlos e, mesmo depois há que contar com a suas dinâmicas constantes de negociações, distorções, ruturas e novos caminhos entre os intervenientes, que levam até aos objetivos serem disputados e recriados continuamente, e que passam “à história” rapidamente.

5.4. Desafios e sugestões

O maior desafio, que surge das conclusões desta pesquisa, consiste em pesquisar mais, sobre as várias causas das relações, entre a concordância da política normativa para o uso racional do medicamento, a concordância dos atos farmacêuticos e, as características dos farmacêuticos, com vista à otimização do desempenho e da qualidade contínua nos hospitais EPE. Para as pesquisar, são sugeridas algumas ideias em relação às políticas para o uso racional dos medicamentos e aos atos farmacêuticos, tais como:

1. Aumentar o número de elementos envolvidos no estudo e, selecionar uma amostra mais representativa dos farmacêuticos.
2. Conhecer os pontos críticos das várias instituições, ou organizações, que formam as várias etapas do fluxo político até aos atos farmacêuticos.
3. Selecionar mais hospitais EPE a nível nacional.
4. Usar testes da análise inferencial.
5. Conhecer e pesquisar as relações entre as etapas e processos políticos, desde a elaboração das políticas, até à implementação dos atos farmacêuticos.
6. Relacionar as políticas, com o desempenho dos atos farmacêuticos.

7. Pesquisar as relações entre a política normativa do uso racional do medicamento e, os atos, as características, e os desempenhos farmacêuticos, através do modelo das redes económicas e sociais, ou outros paradigmas que seja mais adequados, como por exemplo a perspectiva de Mark Granovetter (118, 119), em que Bittencourt (121) de forma resumida refere como sendo constituída pela “... ação económica e estrutura social, incrustação, redes sociais, relações de confiança, capital social, desenvolvimento económico”.

VI – FASE CONSULTIVA

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.** OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque, NY: OMS; 1946.
- 2.** OMS. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Nova Iorque; NY: Secretariado da OMS: 2011.
- 3.** Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 4.** WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 5.** Lalonde M. Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses. Otava: Ministério de Suprimentos e Serviços do Canadá; 1974.
- 6.** Evans R, Bare M, Marmor T. Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations. New York, NY: Hawthorne Transactions Books; 1994.
- 7.** Dias CM. Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos: epidemiologia, potencial de prevenção e adequação para promover a efectividade da Administração em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade NOVA de Lisboa; 2011. (Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Ramo de Epidemiologia).
- 8.** Segre M, Ferraz F. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública. 1997; 31 (5): 538-542.
- 9.** European Commission. Public opinion in the European Union. Brussels: Standard Eurobarometer; 2011:76.
- 10.** European Commission. Public opinion in the European Union. Brussels: Standard Eurobarometer; 2012: 78.
- 11.** Silva, PA, Pestana MH. Avaliação e atitudes perante os sistemas de saúde europeus numa perspectiva comparada. In: Silva FC, org. Os portugueses e o estado-providência: uma perspectiva comparada. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2013.

- 12.** WHO. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 13.** WHO. The World Health Report 2010: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 14.** Decreto-Lei nº 52/2022. Diário da República n.º 150/2022. Série I (2022-08-04): 5 – 52. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- 15.** Lei nº 56/79. Diário da República n.º 214/1979. Série I (1979-09-15): 2357-2363. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- 16.** Decreto-Lei nº 361/93. Diário da República n.º 242/1993. Série I-A (1993-10-15): 5798–5802. Aprova a orgânica da Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES).
- 17.** Lei nº 95/2019. Diário da República n.º 169/2019. Série I-A (2019-09-04): 55–66. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
- 18.** WHO. The rational use of drugs: report of the conference of experts in Nairobi. Geneva: World Health Organization; 1985.
- 19.** United Nations. WHO. Official records of the World Health Organization nº2: summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. New York, NY: United Nations. World Health Organization; 1948.
- 20.** OMS. The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: World Health Organization; 1994.
- 21.** Decreto-Lei nº 288/2001. Diário da República n.º 261/2001. Série I-A (2001-11-10): 7150 – 7165. Aprova o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.
- 22.** Lei nº 2/2013. Diário da República n.º 7/2013. Série I (2013-01-10): 117-128. Estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.
- 23.** Decreto-Lei nº 176/2006. Diário da República n.º 167/2006. Série I (2006-08-30): Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano.
- 24.** Decreto-Lei nº 108/2017. Diário da República n.º 167/2017. Série I (2017-08-30): 5230-5233. Estabelece o regime da carreira farmacêutica nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde.
- 25.** Martins MDFM. Estudos de revisão de literatura. Rio de Janeiro: Arca; 2018.
- 26.** Lei nº 131/2015. Diário da República n.º 173/2015. Série I (2015-09-04): 7010-7048: Proceda

à quarta alteração ao Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.

- 27.** Decreto-Lei n.º 18/2017. Diário da República n.º 30/2017. Série I (2017-02-10): Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.
- 28.** Russel, B. O poder uma nova análise social. São Paulo: Companhia Editora Nacional-SP; 1979.
- 29.** Bourdieu, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
- 30.** Bobbio, N. O futuro da democracia. 6.ª ed. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra; 1986.
- 31.** Weber, M. Economia y sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1984.
- 32.** Silveira P. Introdução à ciência política. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2018.
- 33.** Hobbes, T. Leviathan. Boston; MA: Everyman's Library; 1953.
- 34.** Arendt, H. A condição humana. Lisboa: Relógio d' Água Editores; 2001.
- 35.** Maltez, JA. Metodologias de ciência política: o estado à procura do político. Lisboa: ISCSP; 2007.
- 36.** Foucault, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 39ª.ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- 37.** Perissinotto, R. História, sociologia e análise do poder. Revista História Unisinos. 2007; 11 (3): 313-320.
- 38.** Finley M. O legado da Grécia. Brasília: Editora UnB; 1981.
- 39.** Coulanges NF. A cidade antiga, estudo sobre o culto, direito, as instituições da Grécia e de Roma. São Paulo: Editora das Américas-Edameris; 1961.
- 40.** Ribeiro J U. Política: quem manda, por que manda, como manda. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1998.
- 41.** Easton, D. Enfoques sobre teoria política. Buenos Aires: Amorrortu Editores;1969.
- 42.** Almond G, Verba S. The civic culture: political attitudes and democracy in five nations. New York; NY: Sage;1989.
- 43.** Weinstein, MA. Systematic political theory. Columbus, OH: Merrill; 1971.
- 44.** Jaguaribe, H. Political development: a general theory and a Latin American case study. New York, NY: Harper & Row; 1973.
- 45.** Bertalanffy LV. Teoria geral dos sistemas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1975.
- 46.** Cobra, JF, Santos, JMF, Capela, AM. Sociologia: um olhar sociológico sobre o mundo. Lisboa: Escolar Editora; 2016.
- 47.** Saravia E, Ferrarezi E, org. Coletânea de políticas públicas: volume 1: introdução à teoria da política pública. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2007. (Coletâneas ENAP).

- 48.** Santos DC. Políticas de saúde em Portugal, estado membro da União Europeia [diapositivos]. Lisboa: UAL; 2019.
- 49.** Decreto de Aprovação da Constituição. Diário da República n.º 86/1976. Série I (1976-04-10): 738-775. Aprova a Constituição da República Portuguesa (CRP).
- 50.** Lei Constitucional n.º 1/2005. Diário da República n.º 155/2005. Série I-A (2005-08-12): 4642-4686. Sétima revisão constitucional.
- 51.** Lei n.º 56/79. Diário da República n.º 214/1979. Série I (1979-09-15): Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- 52.** Decreto-Lei n.º 81/80. Diário da República n.º 92/1980. Série I (1980-04-19): Regula o Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- 53.** Decreto-Lei n.º 254/82. Diário da República n.º 147/1982. Série I (1982-06-29): Regula o Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- 54.** Decreto-Lei n.º 361/9. Diário da República n.º 242/1993. Série I-A (1993-10-15): Regula o Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- 55.** Decreto-Lei nº 129/1977. Diário da República n.º 78/1977. Série I (1977-04-02): Aprova a Lei orgânica hospitalar.
- 56.** Decreto-Lei nº 19/1988. Diário da República n.º 17/1988. 3º Suplemento. Série I (1988-01-21): Aprova a lei de gestão hospitalar
- 57.** Decreto-Lei n.º 46/2012. Diário da República n.º 40/2012. Série I (2012-02-24): Aprova a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
- 58.** Despacho n.º 1729/2017. Diário da República n.º 39/2017. Série II (2017-02-23): Regula a composição e competências da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT).
- 59.** Decreto-Lei nº 109/2017. Diário da República n.º 167/2017. Série I (2017-08-30): 5233-5238. Define o regime legal da carreira especial farmacêutica, bem como os requisitos de habilitação profissional para integração na mesma.
- 60.** Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de saúde: metodologia de formulação. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- 61.** Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 62.** OMS. Como elaborar e implementar uma política do medicamento nacional. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008.
- 63.** Afonso EMM. O direito e os valores (reflexões inspiradas em Franz Bentrano, Max Scheler e Hans Kelsen). Revista do CAAP–Centro Académico Afonso Pena.1999; 2: 15–62.

- 64.** Almeida B, Souza IC, Shamara I, Bueno T. Jusnaturalismo e juspositivismo: as duas correntes do Direito. In: I Congresso Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Agosto 30 a Setembro 01 de 2017, Goiás. Goiânia-GO: Universidade Estadual de Goiás; 2017.
- 65.** Kelsen, H. Teoria pura do direito. 3ª ed. brasileira. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- 66.** Buechele PAT. O princípio da proporcionalidade e a interpretação da constituição. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
- 67.** Crisóstomo S. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: saúde. Sociologia, Problemas e Práticas. 2016; Nº Especial: 33-48.
- 68.** United Nations. General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948: Universal Declaration of Human Rights. New York, NY: United Nations; 1948.
- 69.** United Nations. WHO. Official records of the World Health Organization no. 2. New York, NY: United Nations; 1948.
- 70.** WHO. How to develop and implement a National Drug Policy. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 71.** WHO. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.
- 72.** Kinney ED, Clark BA. Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world. Cornell International Law Journal. 2004; 37: 285-355.
- 73.** Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen: World Health Organization; 2009.
- 74.** Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppoal K. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2016.
- 75.** Leppo K *et al.* Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland; 2013.
- 76.** Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde. Relatório. Lisboa: Assembleia da República; 2018.
- 77.** Novais JR. Constituição e Serviço Nacional de Saúde. In: Simões J. 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra: Edições Almedina; 2010.
- 78.** Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. New Jersey; NJ: Prentice Hall; 2001.
- 79.** Silva, PA, Pestana MH. Avaliação e atitudes perante os sistemas de saúde europeus numa perspetiva comparada. In: Silva FC. Os portugueses e o Estado Providência. uma perspetiva comparada. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2013.
- 80.** OECD. Equity in access to health care. In: OECD. Government at a glance. Paris: OECD

Publishing; 2011.

- 81.** OECD. Health at a glance. Paris, OECD Publishing, 2011. (OECD Indicators).
- 82.** Decreto-Lei n.º 124/2011. Diário da República n.º 249/2011. Série I (2011-12-29): 5491-5498. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.
- 83.** Branco R. Entre Bismarck e Beveridge: sociedade civil e estado providência em Portugal (1960-2011). *Análise Social*. 2017; 224 (LII, 3.º): 554-558.
- 84.** Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- 85.** Portugal. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: roteiro de intervenção para governação em saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
- 86.** Decreto-Lei n.º 11/93. Diário da República n.º 12/1993. Série I-A (1993-01-15): Aprova a 1.ª Versão do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- 87.** Lei n.º 27/2002. Diário da República n.º 258/2002. Série I-A (2002-11-08): 7150-7154: Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar.
- 88.** Decreto-Lei n.º 18/2017. Diário da República n.º 30/2017. Série I (2017-02-10): 694-720. Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.
- 89.** Parlamento Europeu. Conselho Europeu. Comissão Europeia. Código comunitário dos medicamentos para o uso humano: Diretivas n.ºs 2017/1572, 2001/83/CE, 2002/98/CE, 2003/63/CE, 2004/24/CE, 2004/27/CE do Parlamento e do Conselho Europeu, e da Comissão Europeia.
- 90.** Miranda J. Manual de direito constitucional. Volume 4. Coimbra: Almedina; 1998. pp. 4:348.
- 91.** Council Regulation (EC) No. 2309/93. OJ No L 214 of 24. 8. 1993: 1 (1993-06-22): Laying down Community procedures for the authorization and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Agency for the Evaluation of Medicinal Products.
- 92.** Regulation (EC) No 726/2004. Official Journal L 136, 30/04/2004: 0001 – 0033. Of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency.
- 93.** Decreto-Lei n.º 10/1993. Diário da República n.º 12/1993. Série I-A (1993-01-15): Aprova a orgânica do Ministério da Saúde.

- 94.** Decreto-Lei n.º 495/99. Diário da República n.º 269/1999. Série I-A (1999-11-18): 8189. Aprova a nova orgânica do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento - INFARMED, pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira e património próprio, superintendida e tutelada pelos Ministros da Saúde e das Finanças.
- 95.** Portaria n.º 267/2012. Diário da República n.º 169/2012, Série I de 2012-08-31, páginas 4980 – 4986. Aprova os estatutos do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., e revoga a Portaria n.º 810/2007, de 27 de julho.
- 96.** Portaria n.º 985/2004. Diário da República n.º 182/2004. Série I-B (2004-08-04): Cria a Rede Nacional para a Qualidade de Utilização do Medicamento (QualiMED).
- 97.** Decreto-Lei n.º 269/2007. Diário da República n.º 143. Série I. (26/07/2007): Aprova a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (Revogado pelo Decreto-Lei n.º 46/2012, de 24 de Fevereiro).
- 98.** Maia ACE. O papel do farmacêutico no uso racional do medicamento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2013
- 99.** Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Geneva: World Health Organization; 2006.
- 100.** Ordem dos Farmacêuticos. Manual de boas práticas de farmácia hospitalar. Lisboa: Conselho Nacional de Qualidade; 2018.
- 101.** Regulamento n.º 1015/2021. Diário da República n.º 244/2021, Série II (2021-12-20): Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
- 102.** Decreto-Lei n.º 4/2015. Diário da República n.º 4/2015. Série I (2015-01-07): Código do Procedimento Administrativo.
- 103.** Lei n.º 7/2009. Diário da República n.º 30/2009 Série I (2009-02-12): 926-1029. Aprova a revisão do Código do Trabalho.
- 104.** Lei n.º 35/2014. Diário da República n.º 117/2014. Série I (2014-06-20): 3220 – 3304. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.
- 105.** Decreto-Lei 47344/66. Diário do Governo n.º 274/1966. Série I (1966-11-25). Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação.
- 106.** Lei n.º 41/2013. Diário da República n.º 121/2013. Série I (2013-06-26). Código de Processo Civil (CPC).
- 107.** Decreto-Lei n.º 48/95. Diário da República n.º 63/1995. Série I-A (1995-03-15): 1350-1416. Aprova o Código Penal (CPP).
- 108.** Decreto-Lei n.º 78/87. Diário da República n.º 40/1987, Série I de 1987-02-17. Código do Processo Penal (CPP).

- 109.** Grupo de Revisão das Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. Boas práticas farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). 3.^a ed. Lisboa: Conselho Nacional de Qualidade; 2009.
- 110.** Gomes JM, Gonçalves J, Barros VG, Motta GP. Valorização do desempenho do farmacêutico hospitalar. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos. Nova SBE. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares; 2021.
- 111.** Brou MHL, Feio JA, Mesquita E, Ribeiro RM, Brito MCM, Cravo C, Pinheiro E. Manual da farmácia hospitalar. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005.
- 112.** Lima HL. Elaboração de uma matriz de avaliação e monitoramento de uma farmácia hospitalar. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2020.
- 113.** Santana RS Santos AS, Menezes MS, Jesus SEM, Silva WB. Assistência farmacêutica de uma rede de hospitais públicos: proposta de utilização das diretrizes ministeriais para avaliação do serviço. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, São Paulo. 2013;4 (1): 29-34.
- 114.** Costa LA, Santana GS, Pinto CR, Sampaio BC. Diagnóstico dos Serviços de Farmácia Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Nordeste do Brasil. Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia. 2016; 1 (2); 24-32.
- 115.** Lei nº 27/2021. Diário da República n.º 95/2021. Série I (2021-05-17): Aprova a Carta Portuguesa de Direitos Humanos na era digital.
- 116.** Filho UD. Introdução à bioestatística. São Paulo: Elsevier; 2003.
- 117.** Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
- 118.** Granovetter, M. The strength of weak ties. American Journal of Sociology. 1973; 78: 1360-1380.
- 119.** Granovetter, M. The impact of social structure on economic outcomes. Journal of Economic Perspectives. 2005; 19 (1): 33-50.
- 120.** Radomsky S, Schneider, S. Nas teias da economia: o papel das redes sociais e da reciprocidade nos processos locais de desenvolvimento. Sociedade e Estado. 2007; 22(2): 249-284.
- 121.** Bittencourt B. Dinâmicas sociais contemporâneas: redes, capital social e desenvolvimento sustentável. E-Cadernos CES. 2008; 02: 1418.

7. ANEXOS

7.1. Tabelas de frequências e de percentagens no SPSS 22.0 e gráficos de barras

- **TABELAS DE FREQUÊNCIAS E DE PERCENTAGENS**

IDADES EM ANOS

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	20 a 30	5	20,8	20,8	20,8
	31 a 35	2	8,3	8,3	29,2
	36 a 40	4	16,7	16,7	45,8
	41 a 45	4	16,7	16,7	62,5
	46 a 50	3	12,5	12,5	75,0
	mais de 50	6	25,0	25,0	100,0
	Total		24	100,0	100,0

GÉNERO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	MASC	1	4,2	4,2	4,2
	FEMININO	23	95,8	95,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

ANOS PROFISSÃO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0 a 5	6	25,0	25,0	25,0
	6 a 10	4	16,7	16,7	41,7
	Mais de 10	14	58,3	58,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

HORAS DE FORMAÇÃO

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0 a 50	11	45,8	45,8	45,8
	51 a 100	11	45,8	45,8	91,7
	101 a 200	1	4,2	4,2	95,8
	mais de 200	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA DO ART 5

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	Concordo total- mente	22	91,7	91,7	91,7
	Concordo parci- almente	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	21	87,5	87,5	87,5
	CONCORDO PAR- CIALMENT	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	16	66,7	66,7	66,7
	CONCORDO PAR- CIALMENTE	8	33,3	33,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	16	66,7	66,7	66,7
	CONCORDO PAR- CIALMENT	8	33,3	33,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA ATOS, REG, PREP, CONT E QUAL

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	23	95,8	95,8	95,8
	CONCORDO PAR- CIALMENT	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONC_ATOS_ARM_CONSERV_TRANSP_DISTRI

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CONCORDO TOTALMENTE	24	100,0	100,0	100,0

CONC_EFETUAR_ATOS

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CONCORDO TOTALMENTE	22	91,7	91,7	91,7
	CONCORDO PARCIALMENTE	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONC GESTÃO INTEGRAL

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CONCORDO TOTALMENTE	22	91,7	91,7	91,7
	CONCORDO PARCIALMENTE	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONC FARMACOTECNIA

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CONCORDO TOTALMENTE	23	95,8	95,8	95,8
	CONCORDO PARCIALMENTE	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA ATOS DISTRIBUIÇÃO

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acumu- lativa
Vá- lido	CONCORDO TOTAL- MENTE	24	100,0	100,0	100,0

CONCORDÂNCIA ATOS CLÍNICOS

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acumu- lativa
Vá- lido	CONCORDO TOTAL- MENTE	23	95,8	95,8	95,8
	CONCORDO PARCI- ALMENT	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONC FARMACOTECNIA

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	22	91,7	91,7	91,7
	CONCORDO PARCI- ALMENT	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA ARTICULAÇÃO NÍVEIS SAÚDE

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acumu- lativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	21	87,5	87,5	87,5
	CONCORDO PARCI- ALMENT	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA ATOS EMERGÊNCIA RISCOS SAUDE

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acumu- lativa
Vá- lido	CONCORDO TOTAL- MENTE	12	50,0	50,0	50,0
	CONCORDO PARCI- ALMENT	8	33,3	33,3	83,3
	NÃO APLICAVEL	4	16,7	16,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA SISTEMA QUALIDADE

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acumu- lativa
Vá- lido	CONCORDO TOTAL- MENTE	22	91,7	91,7	91,7
	CONCORDO PARCI- ALMENT	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

		Frequên- cia	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	14	58,3	58,3	58,3
	CONCORDO PARCI- ALMENT	8	33,3	33,3	91,7
	NÃO APLICAVEL	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO RECOLHA DE INFORMAÇÃO

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	24	100,0	100,0	100,0

CONCORDÂNCIA DIVULGAÇÃO INFORMAÇÃO

		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	23	95,8	95,8	95,8
	CONCORDO PAR- CIALMENT	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

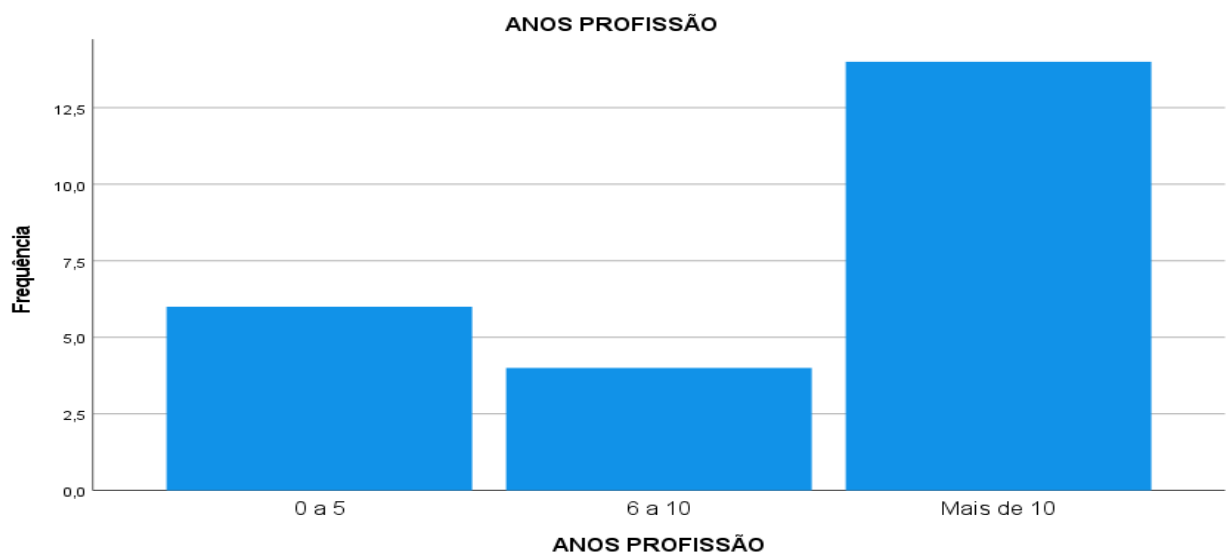
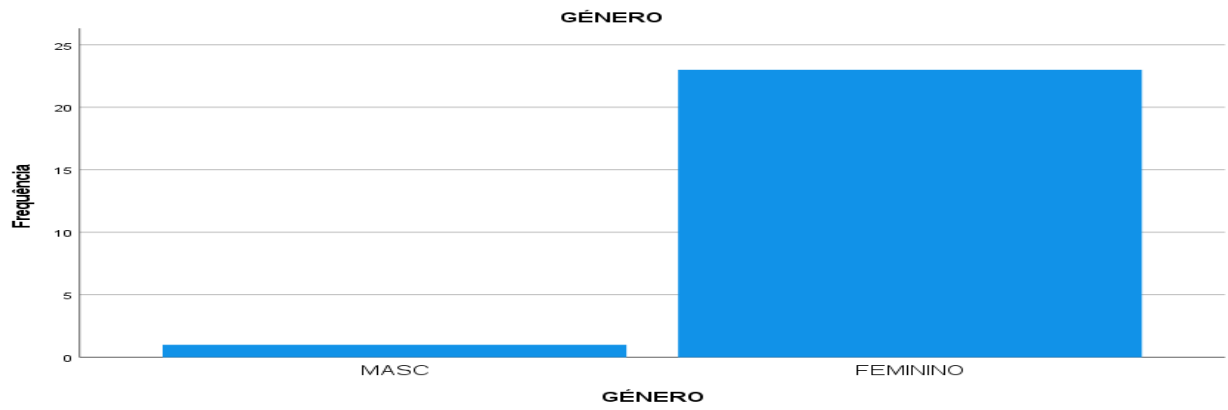
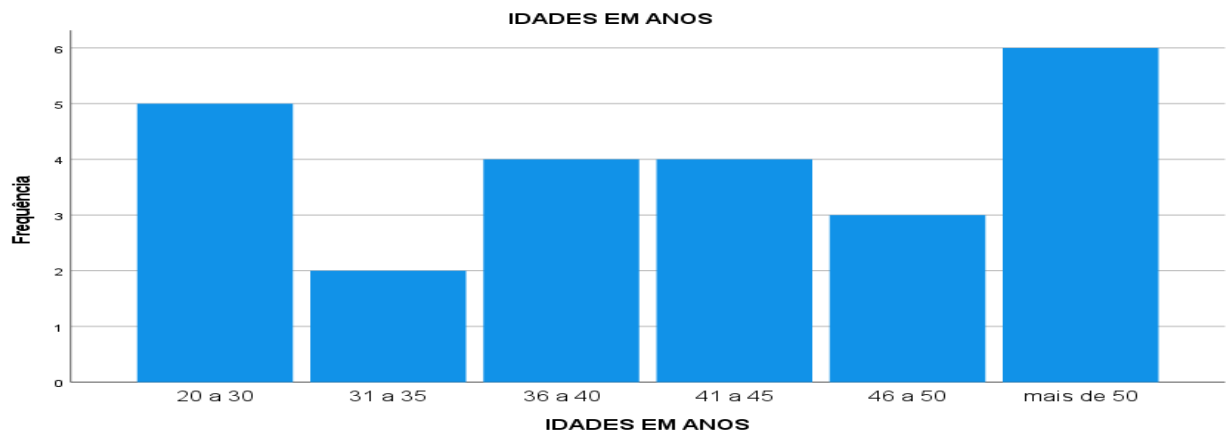
CONCORDÂNCIA DESENVOLV. FÁRMACOS

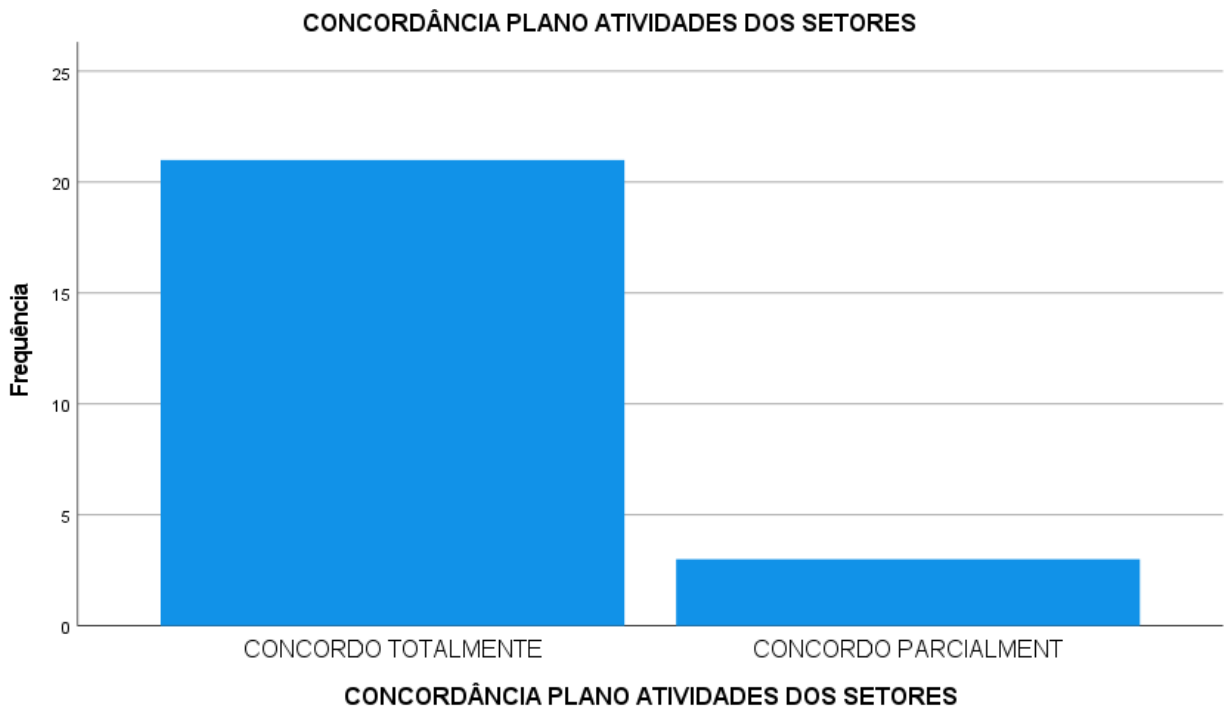
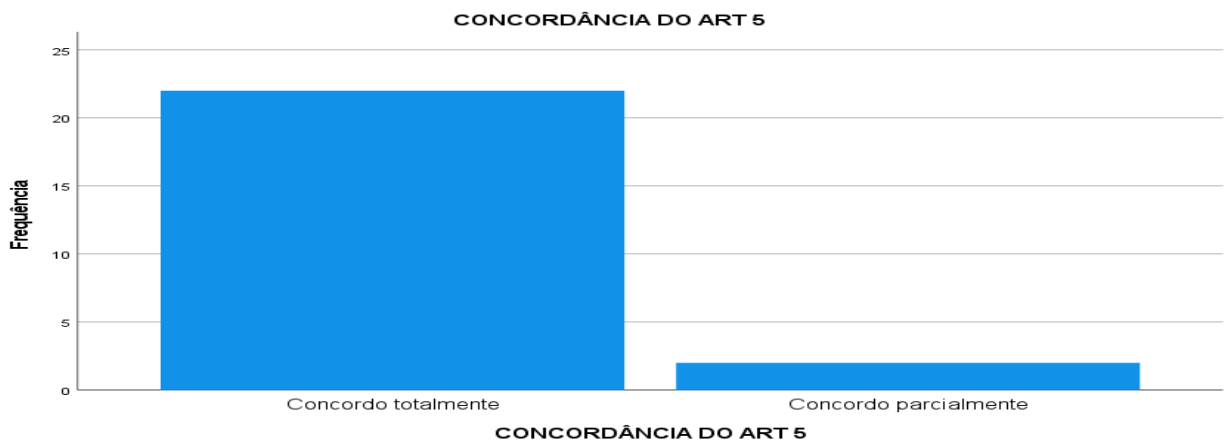
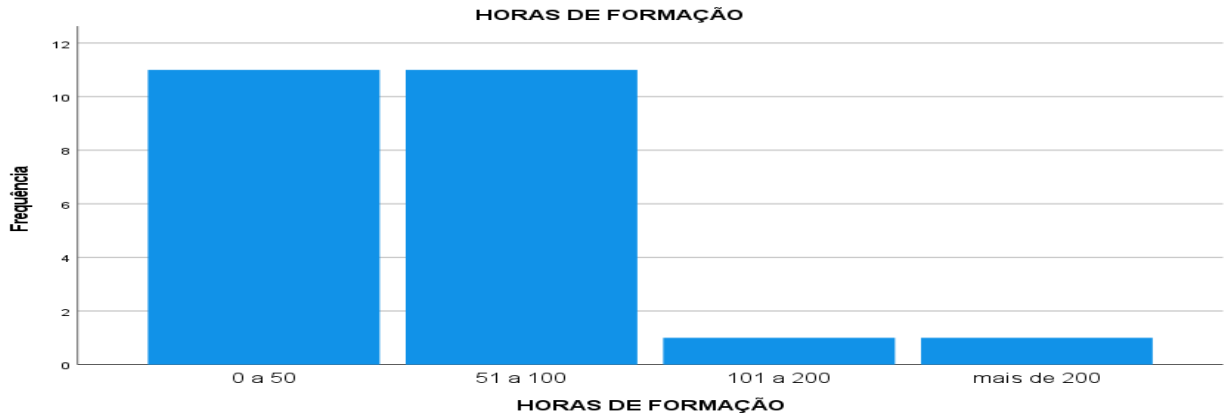
		Fre- quência	Porcenta- gem	Porcenta- gem válida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	20	83,3	83,3	83,3
	NÃO APLICAVEL	4	16,7	16,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

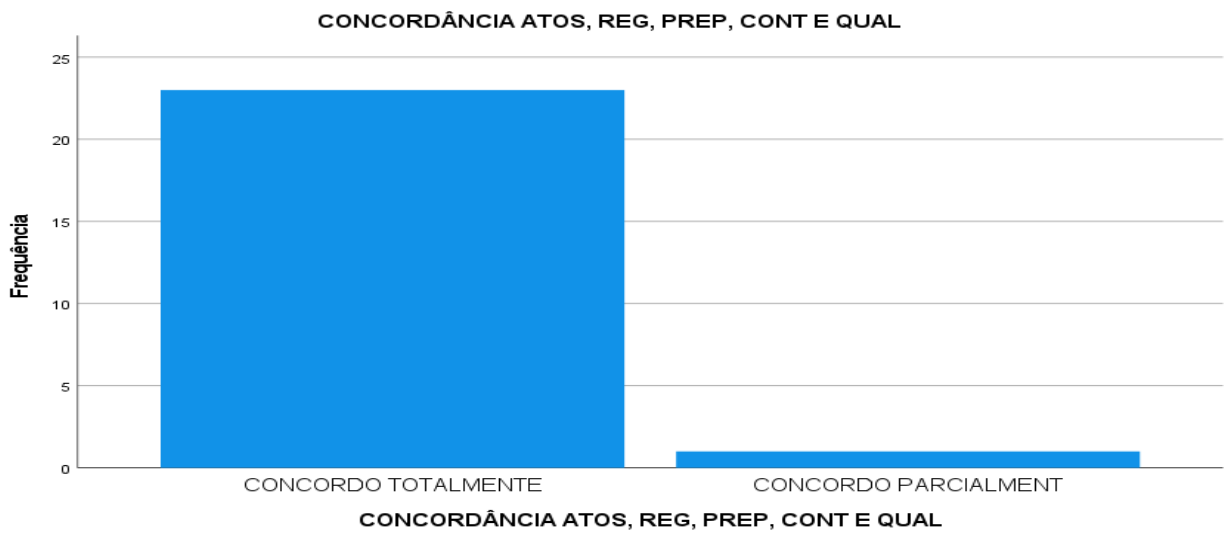
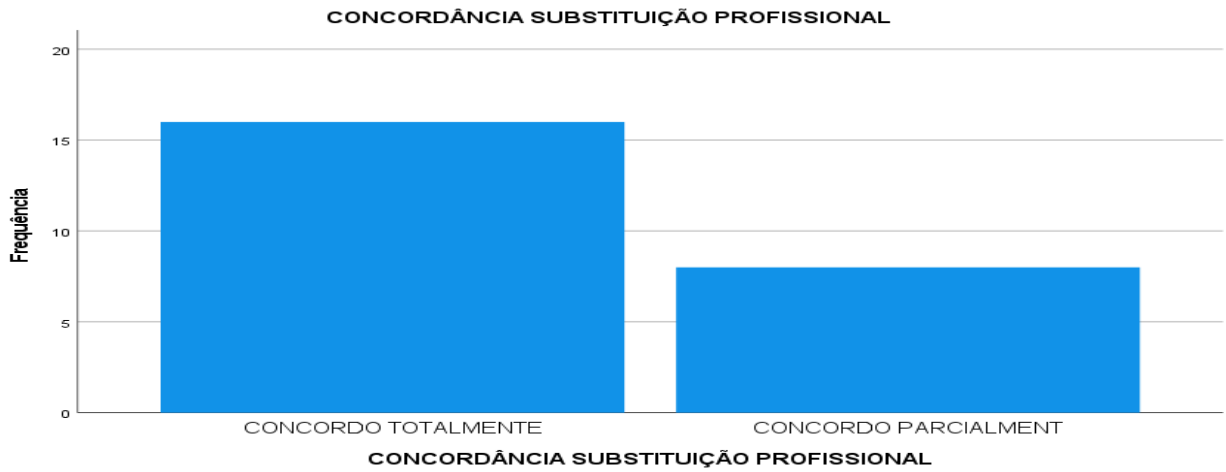
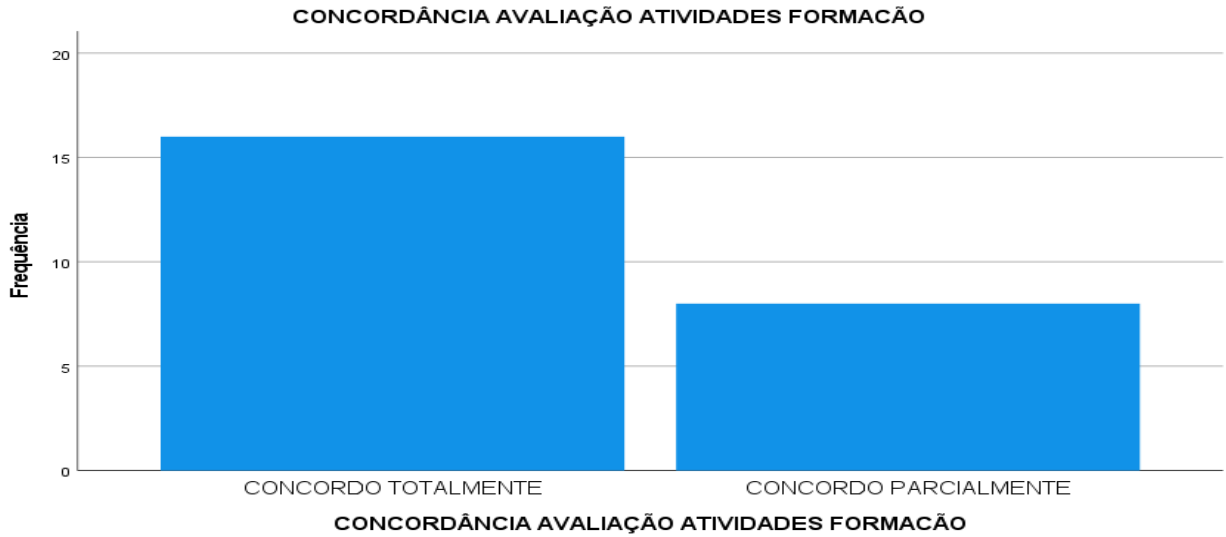
CONCORDÂNCIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E EN- SAIOS CLINICOS

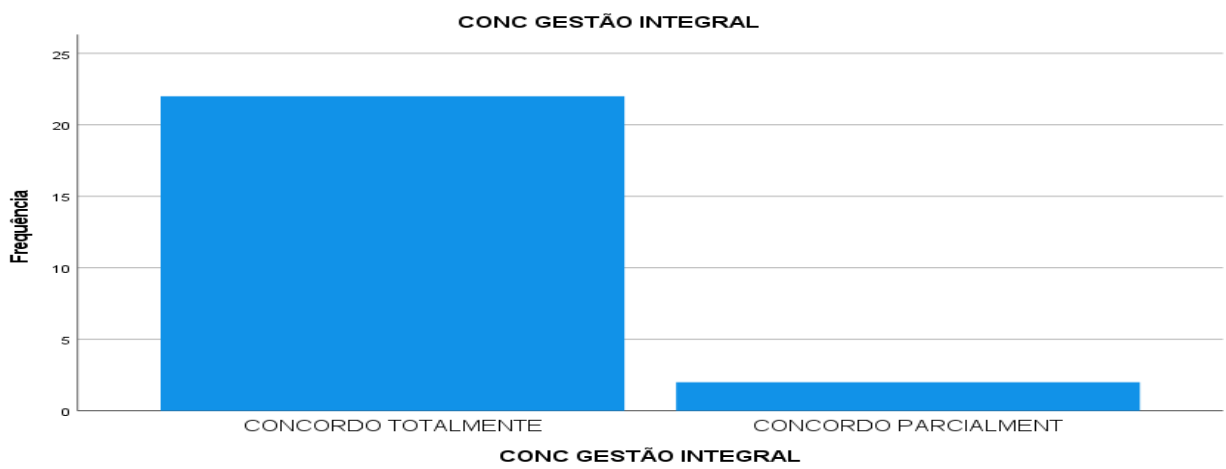
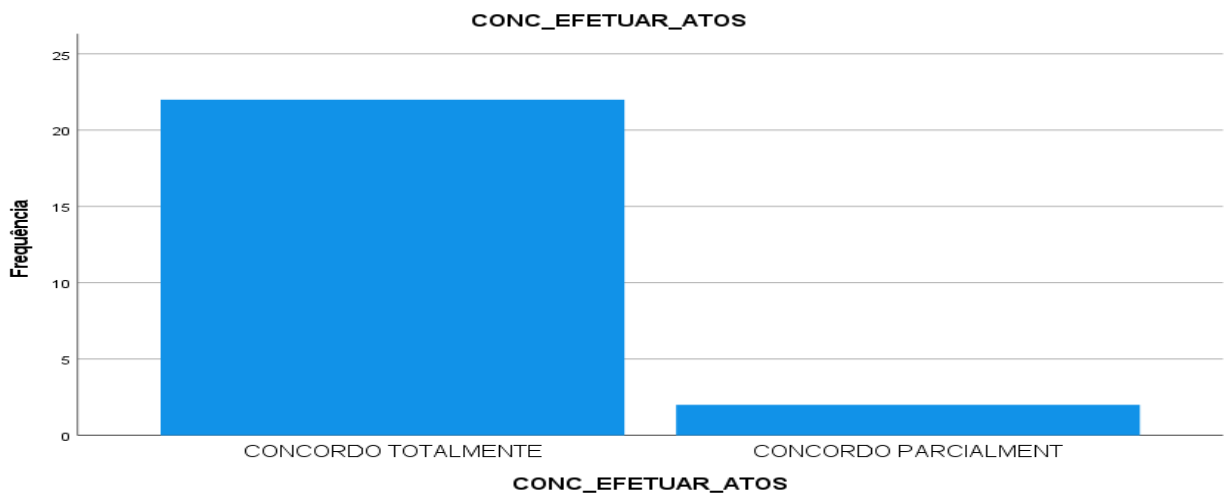
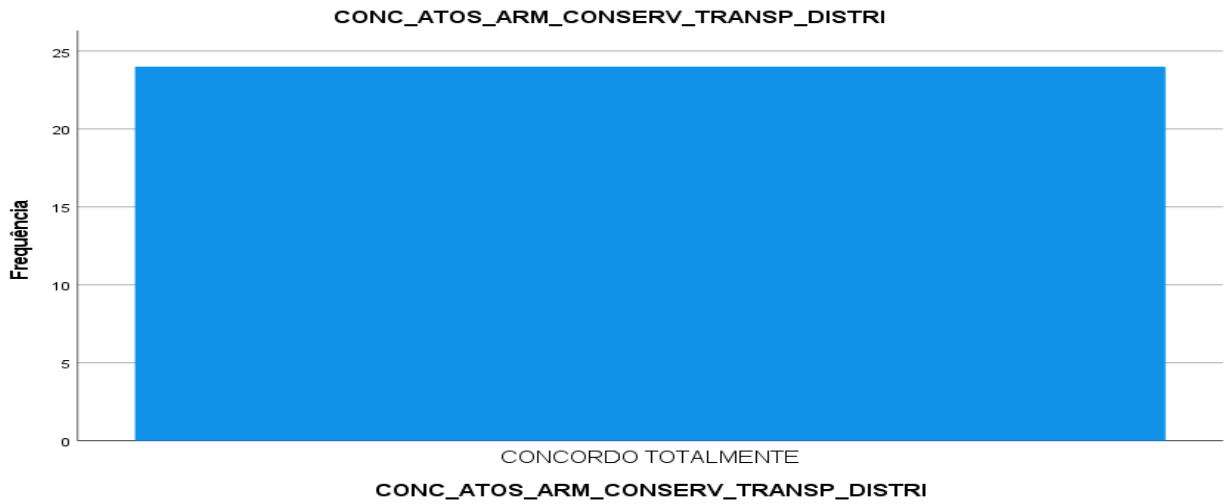
		Fre- quência	Porcen- tagem	Porcenta- gem vá- lida	Porcenta- gem acu- mulativa
Vá- lido	CONCORDO TO- TALMENTE	23	95,8	95,8	95,8
	CONCORDO PARCIALMENT	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

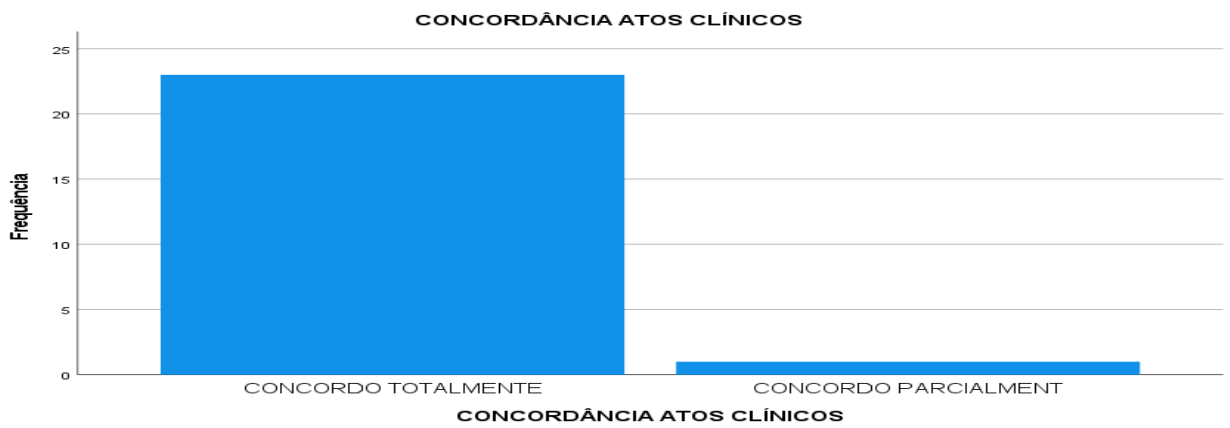
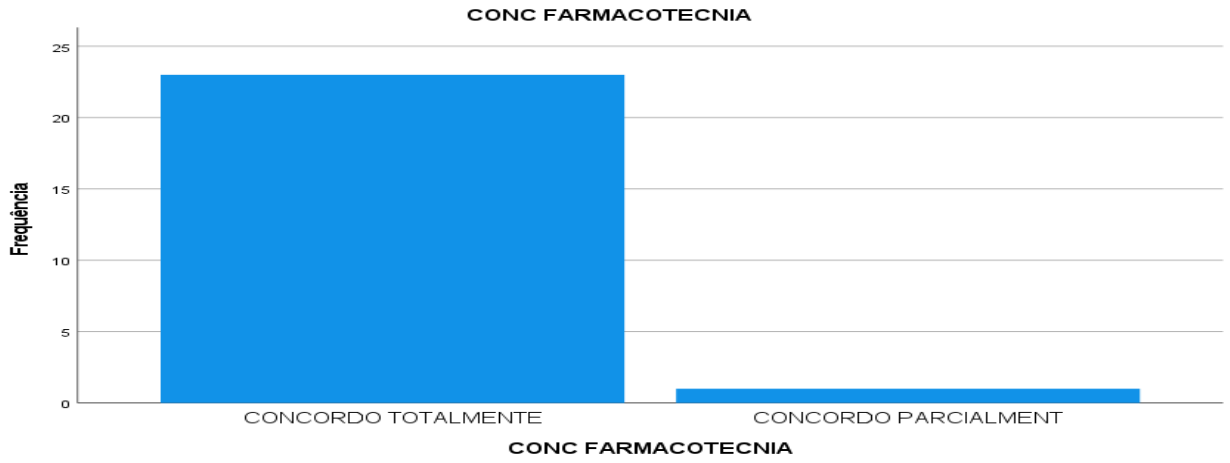
- **Gráficos de barras**

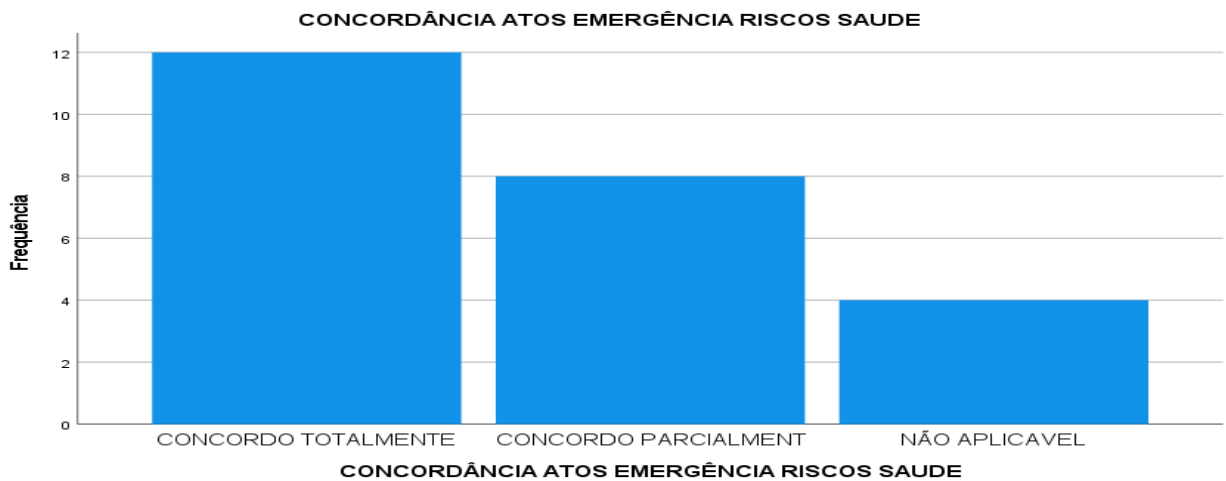
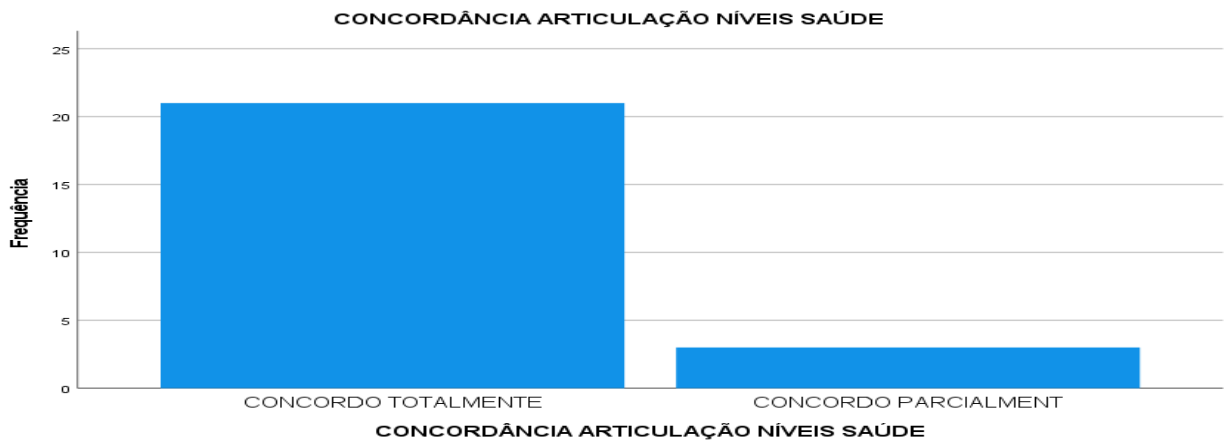
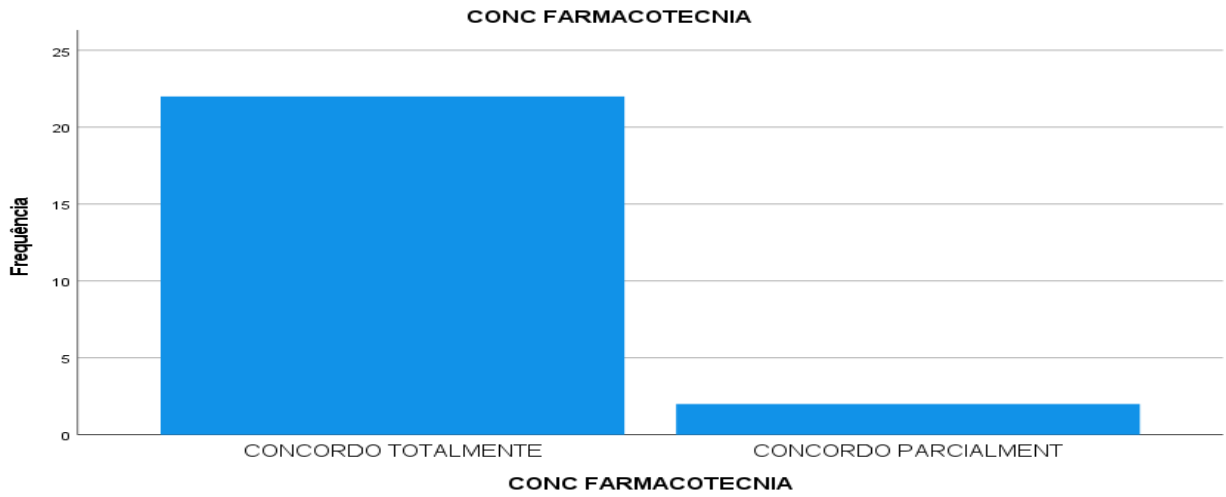


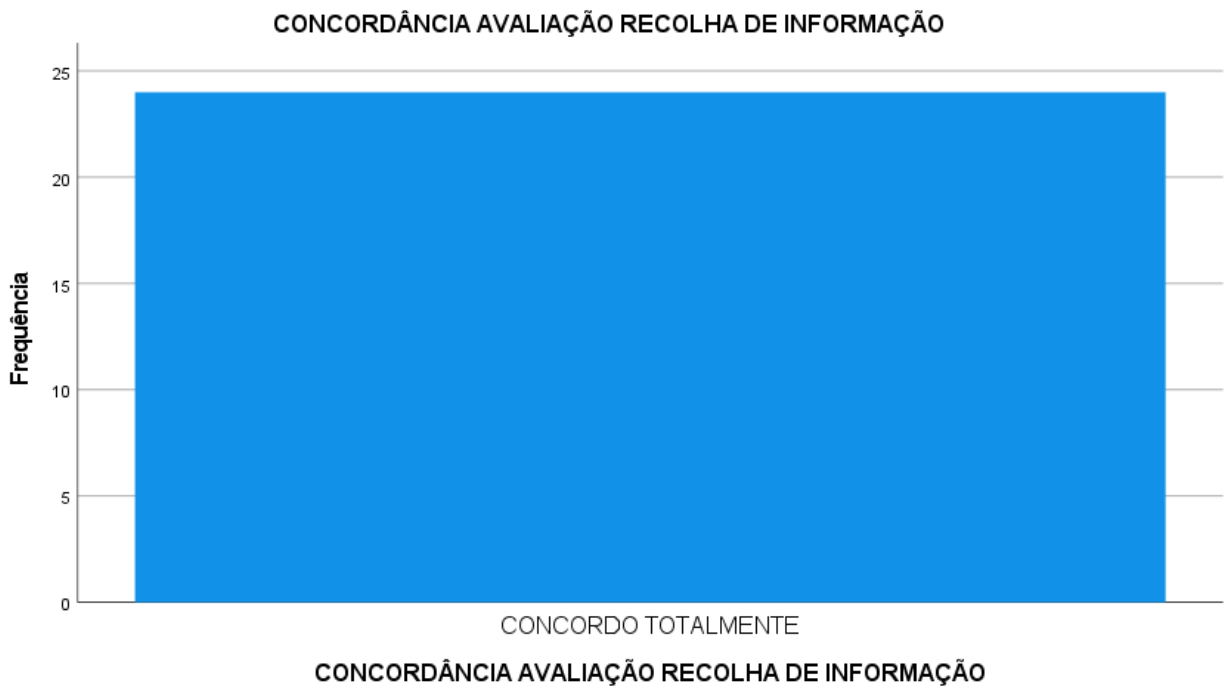
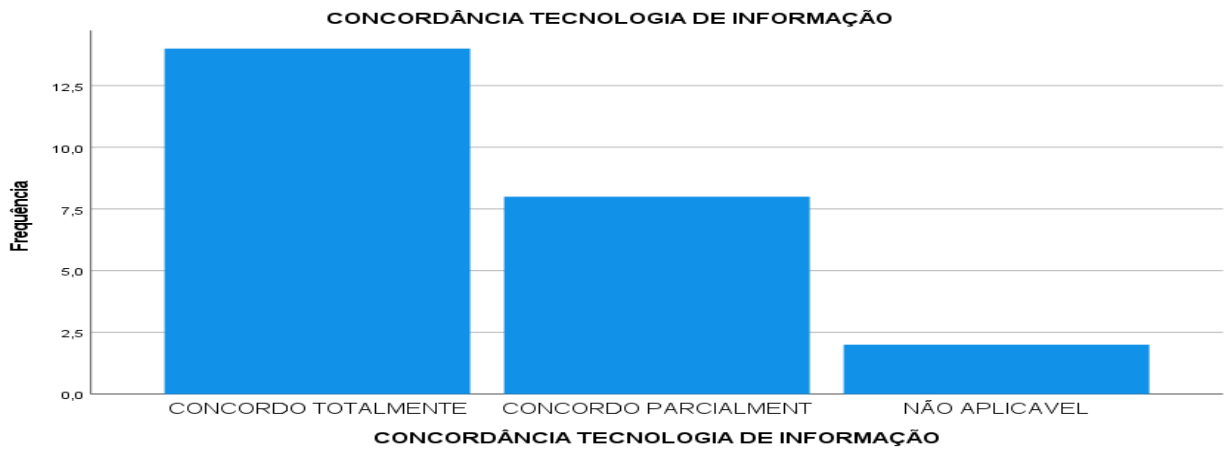
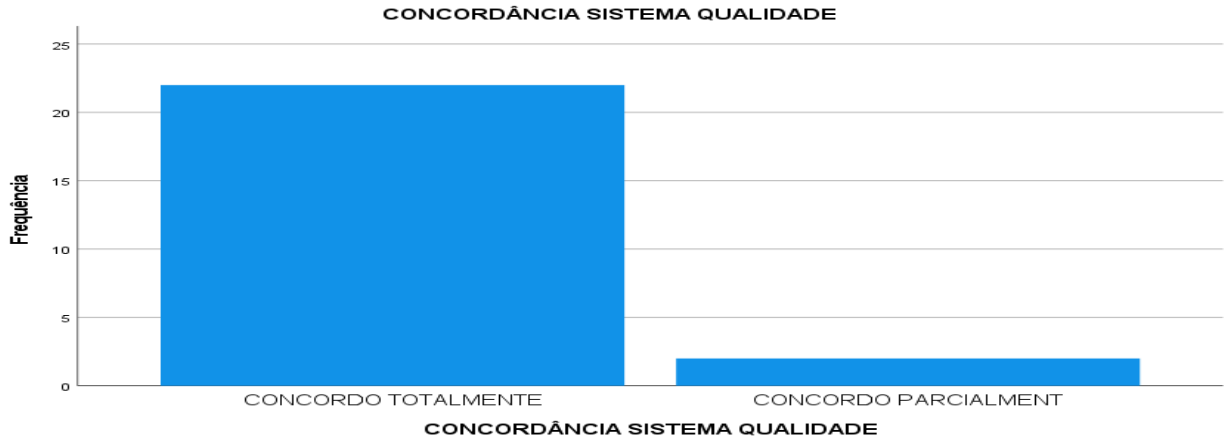


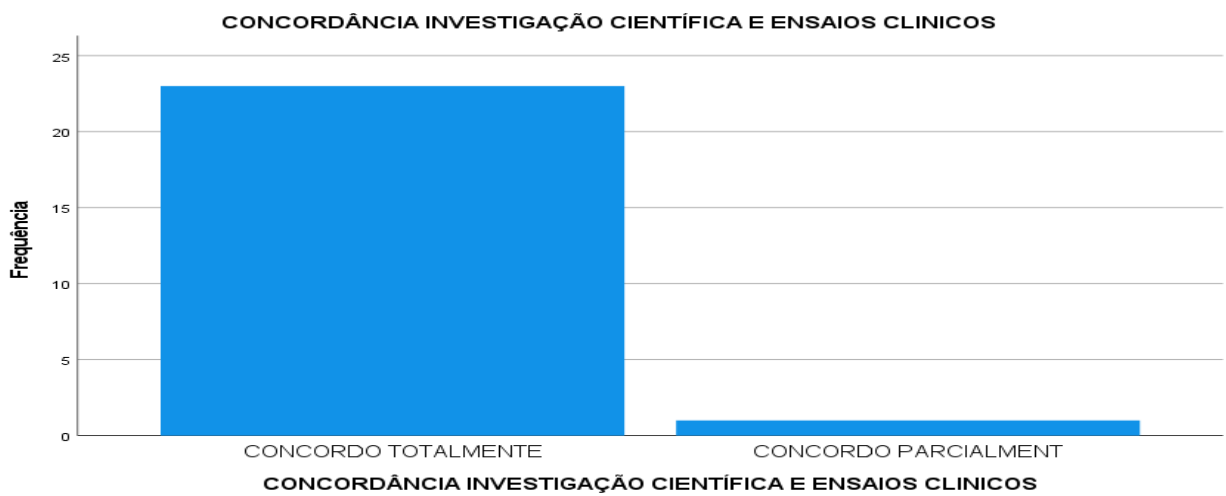
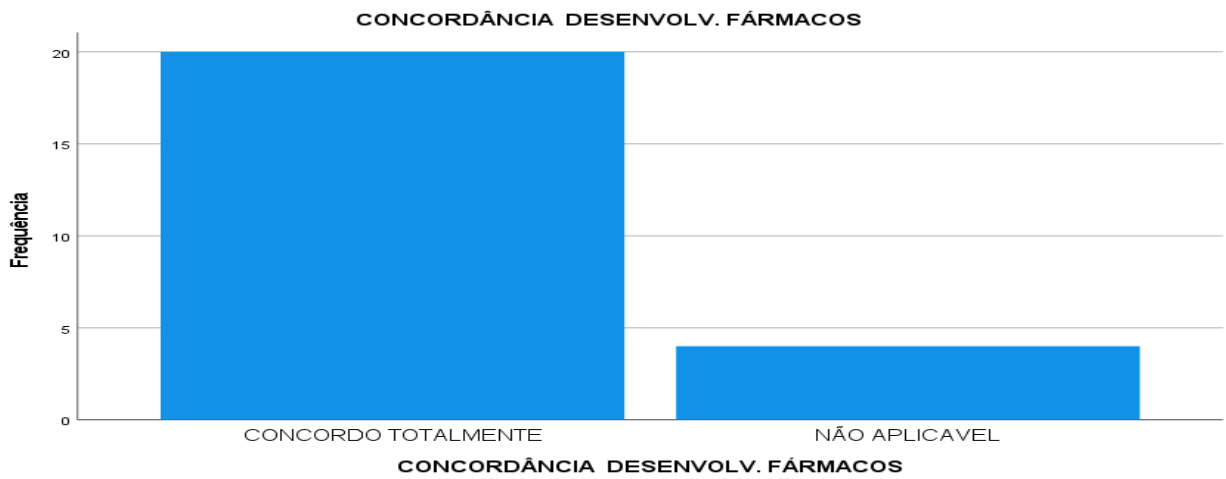
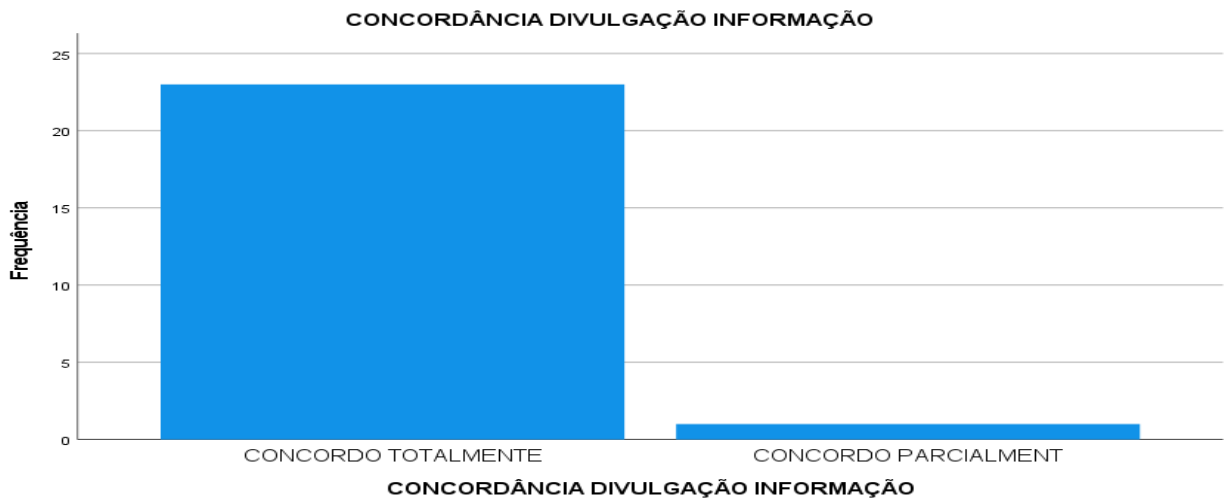












7.2. Tabela de significância e correlação no SPSS 22.0

			IDA- DES EM ANOS	ANOS PRO- FIS- SÃO	HORAS DE FOR- MA- ÇÃO	CON- COR- DÂNCIA DO ART 5	CON- COR- DÂNCIA PLANO ATIVI- DADES DOS SETO- RES	CON- COR- DÂNCIA AVALI- AÇÃO ATIVI- DADES FOR- MA- ÇÃO	CON- COR- DÂNCIA SUBS- TITUI- ÇÃO PRO- FIS- SIO- NAL
rô de Spear- man	IDADES EM ANOS	Coeficiente de Correlação	1,000	,761	-,200	,133	,278	-,396	-,344
		Sig. (2 extremidades)	.	<,001	,348	,536	,189	,055	,099
	ANOS PRO-FISSÃO	Coeficiente de Correlação	,761	1,000	-,129	-,098	-,165	-,491	-,289
		Sig. (2 extremidades)	<,001	.	,548	,647	,442	,015	,171
	HORAS DE FORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	-,200	-,129	1,000	,097	-,051	,284	,142
		Sig. (2 extremidades)	,348	,548	.	,652	,814	,179	,508
	CONCOR-DÂNCIA DO ART 5	Coeficiente de Correlação	,133	-,098	,097	1,000	,798	,426	-,213
		Sig. (2 extremidades)	,536	,647	,652	.	<,001	,038	,317
	CONCOR-DÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES	Coeficiente de Correlação	,278	-,165	-,051	,798	1,000	,267	-,267
		Sig. (2 extremidades)	,189	,442	,814	<,001	.	,207	,207
CONCOR-DÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	-,396	-,491	,284	,426	,267	1,000	,438	
	Sig. (2 extremidades)	,055	,015	,179	,038	,207	.	,033	

CONCOR- DÂNCIA	Coeficiente de Correlação	-,344	-,289	,142	-,213	-,267	,438	1,000
SUBSTITUI- ÇÃO PROFIS- SIONAL	Sig. (2 extre- midades)	,099	,171	,508	,317	,207	,033	.
CONCOR- DÂNCIA	Coeficiente de Correlação	-,092	,170	,151	-,063	-,079	-,147	-,147
ATOS, REG, PREP, CONT E QUAL	Sig. (2 extre- midades)	,669	,426	,482	,770	,714	,492	,492
CONC_ATOS _ARM_CON-	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.	.
SERV_TRAN SP_DISTRI	Sig. (2 extre- midades)	.	.	.	.	.	.	.
CONC_EFE- TUAR_ATOS	Coeficiente de Correlação	-,344	-,320	-,048	-,091	-,114	-,213	-,213
	Sig. (2 extre- midades)	,100	,127	,822	,673	,596	,317	,317
CONC GES- TÃO INTE- GRAL	Coeficiente de Correlação	-,188	-,098	,121	-,091	-,114	-,213	,107
	Sig. (2 extre- midades)	,378	,647	,573	,673	,596	,317	,620
CONC FAR- MACOTEC- NIA	Coeficiente de Correlação	-,184	-,136	,151	-,063	-,079	-,147	-,147
	Sig. (2 extre- midades)	,390	,526	,482	,770	,714	,492	,492
CON- CORDÂNCIA	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.	.
ATOS DISTRI- BUIÇÃO	Sig. (2 extre- midades)	.	.	.	.	.	.	.
CONCOR- DÂNCIA	Coeficiente de Correlação	,031	,170	-,218	-,063	-,079	-,147	-,147
ATOS CLÍNI- COS	Sig. (2 extre- midades)	,887	,426	,307	,770	,714	,492	,492
CONC FAR- MACOTEC- NIA	Coeficiente de Correlação	-,200	-,197	-,048	-,091	-,114	,107	,107
	Sig. (2 extre- midades)	,350	,356	,822	,673	,596	,620	,620
	Coeficiente de Correlação	-,065	-,165	-,395	-,114	-,143	,000	,267

CONCOR- DÂNCIA AR- TICULAÇÃO NÍVEIS SA- ÚDE	Sig. (2 extre- midades)	,763	,442	,056	,596	,505	1,000	,207
CONCOR- DÂNCIA	Coeficiente de Correlação	-,433*	-,448	,178	-,286	-,359	,363	-,783*
ATOS EMER- GÊNCIA RIS- COS SAUDE	Sig. (2 extre- midades)	,035	,028	,406	,175	,085	,081	<,001
CONCOR- DÂNCIA SIS-	Coeficiente de Correlação	-,188	-,098	,121	-,091	-,114	-,213	,107
TEMA QUALI- DADE	Sig. (2 extre- midades)	,378	,647	,573	,673	,596	,317	,620
CONCOR- DÂNCIA TEC-	Coeficiente de Correlação	-,430*	-,398	,001	-,249	-,312	,131	,292
NOLOGIA DE INFORMA- ÇÃO	Sig. (2 extre- midades)	,036	,054	,996	,241	,138	,541	,166
CONCOR- DÂNCIA AVA-	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.	.
LIAÇÃO RE- COLHA DE INFORMA- ÇÃO	Sig. (2 extre- midades)	.	.	.	.	.	.	.
CONCOR- DÂNCIA DI-	Coeficiente de Correlação	,138	,170	,151	-,063	-,079	-,147	-,147
VULGAÇÃO INFORMA- ÇÃO	Sig. (2 extre- midades)	,520	,426	,482	,770	,714	,492	,492
CONCOR- DÂNCIA DE-	Coeficiente de Correlação	-,567*	-,566*	,323	-,135	-,169	-,632*	-,632*
SENVOLV. FÁRMACOS	Sig. (2 extre- midades)	,004	,004	,123	,530	,430	<,001	<,001
CONCOR- DÂNCIA IN-	Coeficiente de Correlação	-,184	-,136	,151	-,063	-,079	-,147	-,147
VESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E ENSAIOS CLI- NICOS	Sig. (2 extre- midades)	,390	,526	,482	,770	,714	,492	,492

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Coeficiente de correlação

			CON- COR- DÂN- CIA ATOS, REG, PREP, CONT E QUAL	CONC_ ATOS_ ARM_ CON- SERV_TRANSPO_ DISTRI	CONC_ EFE- TUAR_ ATOS	CONC GES- TÃO INTE- GRAL	CONC FAR- MA- CO- TEC- NIA	CON- CORDÂN- CIA ATOS DISTRIBUIÇÃO	CON- COR- DÂN- CIA ATOS CLÍ- NICOS	CONC FAR- MA- CO- TEC- NIA
rô de Spear- man	IDA- DES	Cor-	-,092	.	-,344	-,188	-,184	.	,031	-,200
	EM ANO S	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,669	.	,100	,378	,390	.	,887	,350
ANO S PRO- FIS- SÃO		Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	,170	.	-,320	-,098	-,136	.	,170	-,197
		Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,426	.	,127	,647	,526	.	,426	,356

HO- RAS DE FOR- MA- ÇÃO	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	,151	.	-,048	,121	,151	.	-,218	-,048
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,482	.	,822	,573	,482	.	,307	,822
CON- COR- DÂN- CIA DO ART 5	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,063	.	-,091	-,091	-,063	.	-,063	-,091
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,770	.	,673	,673	,770	.	,770	,673

CON- COR- DÂN- CIA PLAN O ATI- VIDA- DES DOS	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,079	.	-,114	-,114	-,079	.	-,079	-,114
SE- TO- RES	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,714	.	,596	,596	,714	.	,714	,596
CON- COR- DÂN- CIA AVA- LIA- ÇÃO ATI- VIDA- DES	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,147	.	-,213	-,213	-,147	.	-,147	,107
FOR- MA- CÃO	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,492	.	,317	,317	,492	.	,492	,620

CON- COR- DÂN- CIA SUB STI- TUI- ÇÃO PRO- FIS- SIO- NAL	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	-,147	.	-,213	,107	-,147	.	-,147	,107
CON- COR- DÂN- CIA ATO S, REG, PRE P, CON T E QUA L	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	1,000	.	-,063	-,063	-,043	.	-,043	-,063
		.	.	,770	,770	,840	.	,840	,770

CON C_AT OS_A RM_ CON- SER V_TR ANS P_DI STRI	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des )	.	.	.	.	.	.	.	.
CON C_EF ETUA R_AT OS	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,063	.	1,000	,455*	,692**	.	-,063	,455*
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,770	.	.	,026	<,001	.	,770	,026

CON C GES- TÃO INTE- GRA L	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,063	.	,455	1,000	-,063	.	-,063	-,091
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,770	.	,026	.	,770	.	,770	,673
CON C FAR- MA- CO- TEC- NIA	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,043	.	,692**	-,063	1,000	.	-,043	,692**
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,840	.	<,001	,770	.	.	,840	<,001

CON- COR- DÂN- CIA ATO S DIS- TRI- BUI- ÇÃO	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des )	.	.	.	.	.	.	.	.
CON- COR- DÂN- CIA ATO S CLÍ- NI- COS	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,043	.	-,063	-,063	-,043	.	1,000	-,063
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,840	.	,770	,770	,840	.	.	,770

CON- C FAR- MA- CO- TEC- NIA	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,063	.	,455	-,091	,692*	.	-,063	1,000
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,770	.	,026	,673	<,001	.	,770	.
CON- COR- DÂN- CIA ARTI- CU- LA- ÇÃO NÍ- VEIS	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,079	.	,342	,342	-,079	.	-,079	,342
SA- ÚDE	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,714	.	,102	,102	,714	.	,714	,102

CON- COR- DÂN- CIA ATO S EME RGÊ NCIA RIS-	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,198	.	,191	,191	,132	.	-,198	,191
COS SAU DE	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,354	.	,372	,372	,539	.	,354	,372
CON- COR- DÂN- CIA SIS- TEM A QUA- LI- DAD	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,063	.	,455	1,000**	-,063	.	-,063	-,091
E	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,770	.	,026	.	,770	.	,770	,673

CON- COR- DÂN- CIA TEC- NO- LO- GIA DE IN- FOR- MA- ÇÃO	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,172	.	.423	,149	,207	.	,207	,025
FOR- MA- ÇÃO	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,421	.	.039	,486	,333	.	,333	,908
CON- COR- DÂN- CIA AVA- LIA- ÇÃO RE- CO- LHA DE IN- FOR- MA- ÇÃO	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	.	.	.	.	.	.	.	.
DE IN- FOR- MA- ÇÃO	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des )	.	.	.	.	.	.	.	.

CON- COR- DÂN- CIA DI- VUL- GA- ÇÃO IN- FOR-	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,043	.	-,063	-,063	-,043	.	-,043	-,063
MA- ÇÃO	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,840	.	,770	,770	,840	.	,840	,770
CON- COR- DÂN- CIA DE- SEN- VOLV FÁR- MA- COS	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,093	.	-,135	-,135	-,093	.	-,093	-,135
	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,665	.	,530	,530	,665	.	,665	,530

CONCOR- DÂNCIA IN- VES- TIGA- ÇÃO CI- ENTÍ- FICA	Co- efi- ci- ent e de Cor- re- la- ção	-,043	.	,692*	-,063	1,000**	.	-,043	,692*
E EN- SAIO S CLI- NI- COS	Sig. (2 ex- tre- mi- da- des)	,840	.	<,001	,770	.	.	,840	<,001

rô de Spear- man	IDADES EM ANOS	Coefficiente de	-,065	-,433	-,188	-,430	.	,138	-,567	-,184
		Correlação								
		Sig. (2 extremida- des)	,763	,035	,378	,036	.	,520	,004	,390

ANOS PROFISSÃO	Coeficiente de Correlação	-,165	,448	-,098	,398	.	,170	,566	-,136
	Sig. (2 extremidades)	,442	,028	,647	,054	.	,426	,004	,526
HORAS DE FORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	-,395	,178	,121	,001	.	,151	,323	,151
	Sig. (2 extremidades)	,056	,406	,573	,996	.	,482	,123	,482
CONCORDÂNCIA DO ART 5	Coeficiente de Correlação	-,114	-,286	-,091	-,249	.	-,063	-,135	-,063
	Sig. (2 extremidades)	,596	,175	,673	,241	.	,770	,530	,770
CONCORDÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES	Coeficiente de Correlação	-,143	-,359	-,114	-,312	.	-,079	-,169	-,079
	Sig. (2 extremidades)	,505	,085	,596	,138	.	,714	,430	,714
CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	,000	,363	-,213	,131	.	-,147	,632	-,147

	Sig. (2 extremi- dades)	1,000	,081	,317	,541	.	,492	<.001	,492
CONCORDÂNCIA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL	Coefici- ente de Correla- ção	,267	.783	,107	,292	.	-,147	.632	-,147
	Sig. (2 extremi- dades)	,207	<.001	,620	,166	.	,492	<.001	,492
CONCORDÂNCIA ATOS, REG, PREP, CONT E QUAL	Coefici- ente de Correla- ção	-,079	-,198	-,063	-,172	.	-,043	-,093	-,043
	Sig. (2 extremi- dades)	,714	,354	,770	,421	.	,840	,665	,840
CONC_ATOS_ARM_CON- SERV_TRANSP_DISTRI	Coefici- ente de Correla- ção	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2 extremi- dades)	.	.	.	.	.	.	.	.
CONC_EFETUAR_ATOS	Coefici- ente de Correla- ção	,342	,191	.455	.423	.	-,063	-,135	.692
	Sig. (2 extremi- dades)	,102	,372	.026	.039	.	,770	,530	<.001

CONC GESTÃO INTEGRAL	Coeficiente de Correlação	,342	,191	1,000**	,149	.	-,063	-,135	-,063
	Sig. (2 extremidades)	,102	,372	.	,486	.	,770	,530	,770
CONC FARMACOTECNIA	Coeficiente de Correlação	-,079	,132	-,063	,207	.	-,043	-,093	1,000**
	Sig. (2 extremidades)	,714	,539	,770	,333	.	,840	,665	.
CONCORDÂNCIA ATOS DISTRIBUIÇÃO	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2 extremidades)	.	.	.	.	.	.	.	.
CONCORDÂNCIA ATOS CLÍNICOS	Coeficiente de Correlação	-,079	-,198	-,063	,207	.	-,043	-,093	-,043
	Sig. (2 extremidades)	,714	,354	,770	,333	.	,840	,665	,840
CONC FARMACOTECNIA	Coeficiente de Correlação	,342	,191	-,091	,025	.	-,063	-,135	,692
	Sig. (2 extremidades)								

	Sig. (2 extremi- dades)	,102	,372	,673	,908	.	,770	,530	<.001
CONCORDÂNCIA ARTICULAÇÃO NÍVEIS SAÚDE	Coefici- ente de Correla- ção	1,000	,239	,342	,021	.	-,079	-,169	-,079
	Sig. (2 extremi- dades)	.	,261	,102	,923	.	,714	,430	,714
CONCORDÂNCIA ATOS EMER- GÊNCIA RISCOS SAUDE	Coefici- ente de Correla- ção	,239	1,000	,191	.722	.	-,198	.707	,132
	Sig. (2 extremi- dades)	,261	.	,372	<.001	.	,354	<.001	,539
CONCORDÂNCIA SISTEMA QUA- LIDADE	Coefici- ente de Correla- ção	,342	,191	1,000	,149	.	-,063	-,135	-,063
	Sig. (2 extremi- dades)	,102	,372	.	,486	.	,770	,530	,770
CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	Coefici- ente de Correla- ção	,021	.722	,149	1,000	.	-,172	.535	,207
	Sig. (2 extremi- dades)	,923	<.001	,486	.	.	,421	.007	,333

CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO RECOLHA DE INFORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2 extremidades)	.	.	.	.	.	.	.
CONCORDÂNCIA DIVULGAÇÃO INFORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	-,079	-,198	-,063	-,172	.	1,000	-,093
	Sig. (2 extremidades)	,714	,354	,770	,421	.	.	,665
CONCORDÂNCIA DESENVOLV. FÁRMACOS	Coeficiente de Correlação	-,169	,707	-,135	,535	.	-,093	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,430	<,001	,530	,007	.	,665	,665
CONCORDÂNCIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E ENSAIOS CLINI- COS	Coeficiente de Correlação	-,079	,132	-,063	,207	.	-,043	-,093
	Sig. (2 extremidades)	,714	,539	,770	,333	.	,840	,665

**** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).**

*** A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).**

Coeficiente de correlação

7.3. Tabela das relações correlatas e significativas

1. IDADES EM ANOS	2. ANOS PROFISSÃO	4. CONCORDÂNCIA DO ART 5	6. CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO	7. CONCORDÂNCIA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL	10. CONCORDÂNCIA EFETUAR ATOS
ANOS PROFISSÃO	CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMACÃO	CONCORDÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES	CONCORDÂNCIA DE -SENVOLV. FÁRMACOS	CONCORDÂNCIA ATOS EMER GÊNCIA RISCOS SAUDE	CONCORDÂNCIA GESTÃO INTEGRADA ATOS EXPERIMENTAIS
CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMACÃO	CONCORDÂNCIA ATOS EMER GÊNCIA RISCOS SAUDE	CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMACÃO		CONCORDÂNCIA DESENVOLV. FÁRMACOS	CONCORDÂNCIA FARMACOTECNIA
CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	CONCORDÂNCIA DESENVOLV. FÁRMACOS				CONCORDÂNCIA PRESCRIÇÕES CLÍNICAS
CONCORDÂNCIA DE SENVOLV. FÁRMACO					CONCORDÂNCIA SISTEMATIZAÇÃO
CONCORDÂNCIA ATOS EMER GÊNCIA RISCOS SAUDE					CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO
					CONCORDÂNCIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E ENSAIOS CLINICOS

12. CONC FARMA COTECNI A	15. CONC PRESC RIÇÕES CLÍNICAS	17. CONCORDÂNCI A ATOS EMERGÊNCIA RISCOS SAUDE	18. CONCORDÂNCI A SISTEMA QUALIDADE	19. CONCORDÂNCI A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO
CONC PRESC RIÇÕES CLÍ NICAS	CONCORDÂNCI A IN- VESTIGAÇÃO CIENTÍFI-CA E ENSAIOS CLINICOS	CONCORDÂNCI A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	CONC GESTÃO INTEGRADA ATOS EXPERIMENTAI S	CONCORDÂNCI A DESENVOLV. FÁRMACOS
CONCOR DÂNCIA INVES TIGAÇÃO CIEN TÍFICA E ENSAIOS CLINI COS		CONCORDÂNCI A DESENVOLV. FÁRMACOS		

7.4. Resumo em tabela do nome das variáveis, com associações com significância e com correlação, com a pergunta do questionário e o número de correlações conforme SPSS 22.0

PERGUNTA DO QUESTIONÁRIO N.º	NOME DAS VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA E CORRELAÇÃO	NÚMERO DE CORRELAÇÕES
1.	IDADES EM ANOS	2
3.	ANOS PROFISSÃO	4
5.	CONCORDÂNCIA DO ART 5	2
6.	CONCORDÂNCIA PLANO ATIVIDADES DOS SETORES	1
7.	CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO ATIVIDADES FORMAÇÃO	3
8.	CONCORDÂNCIA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL	2
11.	CONC_EFETUAR_ATOS	6
12.	CONC GESTÃO INTEGRADA ATOS EXPERIMENTAIS	1
13.	CONC FARMACOTECNIA	2
16.	CONC PRESCRIÇÕES CLÍNICAS	3
18.	CONCORDÂNCIA ATOS EMERGÊNCIA RISCOS SAUDE	5
19.	CONCORDÂNCIA SISTEMA QUALIDADE	1
20.	CONCORDÂNCIA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	5
23.	CONCORDÂNCIA DESENVOLVIMENTO DE FÁRMACOS	6
24.	CONCORDÂNCIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E ENSAIOS CLINICOS	2
TOTAL	15 VARIÁVEIS COM CORRELAÇÕES	45 CORRELAÇÕES

7.5. Tabela das alterações ao DL n.º 176/2006 de 30/08: Estatuto do medicamento

Número de alterações	Data de alteração	Norma criada	Tipo de alteração
1	7 de agosto	DL 182/2009	Regula a matéria de importação paralela de medicamentos.
2	9 de junho	DL 64/2010	Adapta ao progresso científico e técnico às normas e aos protocolos dos ensaios de medicamentos para uso humano.
3	1 de Outubro	DL 106-A/2010	Regula medidas mais justas ao acesso aos medicamentos, o combate à fraude e ao abuso na comparticipação d e medicamentos.
4	16 de junho	Lei 25/2011	Estabelece a obrigatoriedade da indicação do preço de venda ao público (PVP) na rotulagem dos medicamentos.
5	12 de dezembro	Lei 62/2011	Cria um regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial entre medicamentos de referência e genéricos e, altera o regime geral das comparticipações do Estado no preço do medicamento
6	8 de março	Lei 11/2012	Novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos.
7	14 de	DL 20/2013	Alterações à farmacovigilância.

	fevereiro		
8	5 de setembro	DL 128/2013	Consagra um código comunitário para impedir a introdução na cadeia de abastecimento legal de medicamentos falsificados e, consagra o valor probatório das comunicações eletrónicas entre o INFARMED I.P. e os requerentes.
9	25 de agosto	Lei n.º 51/2014	Harmoniza as disposições nacionais dos Estados membros, no que toca à conceção, ao fabrico, e à colocação dos dispositivos médicos de diagnóstico
10	6 de janeiro	DL 5/2017	Aprova os princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos
11	24 de abril	DL 26/2018	Alteração aos princípios e diretrizes das boas práticas de fabrico de medicamentos de uso humano
12	16 de agosto	DL 112/2019	São reguladas as alterações a nível dos Titulares do AIM, dos distribuidores, dos operadores

**7.6. Resumo do nome das variáveis das variáveis sem significância
SPSS 22.0**

PERGUNTA DO QUESTIONÁRIO N.º	VARIÁVEIS SEM CORRELAÇÃO	NÚMERO DE VARIÁVEIS SEM CORRELAÇÕES
2.	SEXO	1
4.	HORAS DE FORMAÇÃO	1
9.	CONCORDÂNCIA ATOS, REG, PREP, CONT E QUAL	1
10.	CONC_ATOS_ ARM_CONSERV_TRANSP_DISTR	1
14.	CONCORDÂNCIA ATOS DISTRIBUIÇÃO	1
15.	CONCORDÂNCIA ATOS CLÍNICOS FARM	1
17.	CONCORDÂNCIA ARTICULAÇÃO NÍVEIS SAÚDE	1
21.	CONCORDÂNCIA AVALIAÇÃO RECOLHA DE INFORMAÇÃO	1
22.	CONCORDÂNCIA DIVULGAÇÃO INFORMAÇÃO	1
TOTAL		9 VARIÁVEIS SEM CORRELAÇÕES

7.7. Resumo em tabela das variáveis em estudo versus pergunta no questionário conforme SPSS 22.0

VARIÁVEIS	PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO
1. IDADE	1.Qual a sua idade?
2. GÉNERO	2.Qual o seu sexo?
3. ANOS PROFISSÃO	3.Há quantos anos trabalha como Farmacêutico/a hospitalar?
4. HORAS DE FORMAÇÃO / ANO	4.Quanto tempo tem de formação profissional durante um ano?
5. CONCORDÂNCIA COM A POLÍTICA DO ART 5.º	5.Qual o seu grau de concordância para com o art. 5.º do DL 176/2006 aplicado aos atos farmacêuticos nesta farmácia hospitalar?
6. CONCORDÂNCIA COM O PLANO DE ATIVIDADES	6.Qual o seu grau de concordância ao participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar no serviço de monitorização e vigilância a nível dos diferentes setores (internamento e ambulatório) dos serviços farmacêuticos?
7. CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES	7.Qual o seu grau de concordância quando participa

	<p>na orientação e avaliação das atividades dos farmacêuticos e de outros profissionais de saúde, no âmbito do seu processo de formação, bem como nas atividades de estágios de pré e pós-graduados?</p>
<p>8. CONCORDÂNCIA NA SUBSTITUIÇÃO PROFISSIONAL</p>	<p>8. Qual o seu grau de concordância ao substituir o farmacêutico hierarquicamente superior, nas suas ausências, ou impedimentos?</p>
<p>9. CONCORD NOS ATOS REGISTO, PREPARAÇÃO, CONTROLE E QUALIDADE</p>	<p>9. Qual o seu grau de concordância ao registrar, preparar, controlar e, garantir a qualidade dos medicamentos?</p>
<p>10. CONCORDÂNCIA NOS ATOS DE ARMAZENAGEM, CONSERVAÇÃO, TRANSPORTE, DISTRIBUIÇÃO</p>	<p>10. Qual o seu grau de concordância nos atos farmacêuticos do armazenamento, conservação, transporte e distribuição?</p>
<p>11. CONCORDÂNCIA AO EFETUAR OS ATOS</p>	<p>11. Qual o seu grau de concordância ao efetuar os atos farmacêuticos integrados do circuito do medicamento seguintes: preparação, controle, seleção, gestão, aquisição, armazenamento, distribuição, e validação?</p>
<p>12. CONCORDÂNCIA DA GESTÃO INTEGRADA</p>	<p>12. Qual o seu grau de concordância ao proceder à</p>

	<p>gestão integrada do circuito dos tratamentos experimentais, como na consulta farmacêutica, ou na avaliação de ensaios clínicos no âmbito da Comissão de Ética e Investigação?</p>
<p>13. CONCORDÂNCIA COM ATOS DE FARMACOTECNIA</p>	<p>13. Qual o seu grau de concordância na interpretação, validação da prescrição, preparação e controle das fórmulas magistrais estéreis e não estéreis, assim como a execução e controle das preparações officinais?</p>
<p>14. CONCORDÂNCIA COM ATOS DE DISTRIBUIÇÃO</p>	<p>14. Qual o seu grau de concordância ao proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico, reconciliação terapêutica, vigilância, monitorização e controlo da distribuição, dispensa, adesão e utilização de medicamentos, no âmbito da prestação dos atos farmacêuticos no internamento, ambulatório e consulta farmacêutica?</p>
<p>15. CONCORDÂNCIA COM OS ATOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS</p>	<p>15. Qual o seu grau de concordância ao proceder à monitorização clínica de fármacos, incluindo a determinação e interpretação de parâmetros farmacocinéticos e, o</p>

	<p>estabelecimento de esquemas posológicos individualizados, assim como as vertentes de farmacogenética e farmacogenômica se existirem?</p>
<p>16. CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>	<p>16.Qual o seu grau de concordância ao interpretar e avaliar as prescrições médicas?</p>
<p>17. CONCORDÂNCIA NA ARTICULAÇÃO COM OS NÍVEIS DE SAÚDE</p>	<p>17.Qual o seu grau de concordância ao proceder à articulação entre os cuidados prestados nos diferentes níveis de saúde primários, ambulatoriais e hospitalares, no sentido da melhoria da qualidade, da segurança, e da eficácia terapêutica?</p>
<p>18. CONCORDÂNCIA DOS ATOS EM EMERGÊNCIA E RISCOS DE SAÚDE</p>	<p>18.Qual o seu grau de concordância ao proceder à identificação, caracterização, avaliação e resposta a riscos e emergências em saúde pública e no internamento, como por exemplo em surtos de gripe, ou no número de internamentos elevados, ou em situação de pandemia?</p>
<p>19. CONCORDÂNCIA SISTEMA QUALIDADE</p>	<p>19.Qual o seu grau de concordância ao implementar, avaliar e monitorizar os sistemas de qualidade em todos os setores</p>

	farmacêuticos?
20. CONCORDÂNCIA NA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	20.Qual o seu grau de concordância ao proceder ao desenho, ou parametrização, ou avaliação de tecnologias de informação ou aos sistemas informáticos, no âmbito do circuito do medicamento?
21. CONCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DA RECOLHA DE INFORMAÇÃO	21.Qual o seu grau de concordância ao divulgar recursos de informação necessários para a preparação e, administração segura dos medicamentos, no ponto de prestação de cuidados?
22. CONCORDÂNCIA NA DIVULGAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Qual o seu grau de concordância ao promover a informação e consulta sobre os medicamentos?
23. CONCORDÂNCIA NA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS FÁRMACOS	23.Qual o seu grau de concordância a investigar, ou a desenvolver, ou a preparar fármacos?
24.CONCORDÂNCIA NOS ENSAIOS E ESTUDOS	24.Qual o seu grau de concordância ao participar e cooperar em programas de investigação científica como os ensaios clínicos, ou em protocolos de estudo relacionados com esta área profissional de pesquisa?

7.8. Grupo de documentos enviados ao conselho de administração, aos farmacêuticos e aos administradores das farmácias hospitalares

1. OFÍCIO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

EXMO/A. SR/A.

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL
....., EPE**

João Carlos Fernandes Cavaco, por se encontrar a preparar a dissertação de mestrado do ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) com o tema “A política do medicamento e os atos farmacêuticos nos hospitais EPE”, solicita a V.Ex.^a a autorização para o preenchimento do questionário em anexo, pelos profissionais que exerçam a atividade de Farmacêutico nos serviços da Farmácia Hospitalar do hospital ao qual V. Ex.^a preside.

O objetivo principal deste estudo é o de investigar a relação das políticas reguladas pelas normas para o uso racional do medicamento segundo o art.º 5.º do DL n.º 176/2006 de 30 de agosto e, a concordância com os atos farmacêuticos, em defesa dos interesses dos doentes para com a saúde e, das estratégias definidas pelo Conselho de Administração dos hospitais EPE, conforme o DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. O envio e preenchimento de 15 minutos, com a recolha de dados deste questionário será feito de forma presencial, até final agosto de 2022.

Pede deferimento

João Carlos Fernandes Cavaco

(Finalista do Mestrado de 2019/22 em Gestão da Saúde na ENSP)

Lisboa, 05/07/2022

Nota:

A recolha das respostas ao questionário, não inclui qualquer informação sobre a identidade, de quem o preenche. Os auditores podem exercer os seus direitos de cancelamento, de acordo com o artigo 15.º e seguintes do RGPD, enviando um e-mail para j.cavaco@ensp.unl.pt. Após o tratamento estatístico, os dados serão mantidos por um período de 3 meses e, posteriormente apagados.

As conclusões deste trabalho, serão partilhados pelas lideranças institucionais.

As perguntas e respostas de dúvidas e esclarecimento, far-se-ão para j.cavaco@ensp.unl.pt. Para questões institucionais académicas, existem à

disposição, os contactos do ENSP: fixo +351 217 512 100, ou o e-mail geral@ensp.unl.pt.

O preenchimento demora aproximadamente 15 minutos e, a informação recolhida será confidencial e, terá só o propósito de ser processada pela análise estatística desta pesquisa.

Por uma questão de alinhamento legislativo no preenchimento do questionário, o art.º 5º do DL n.º 176/2006 apresenta a seguinte redação:

“1 - A utilização dos medicamentos no âmbito do sistema de saúde, nomeadamente através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, deve realizar-se no respeito pelo princípio do uso racional do medicamento, no interesse dos doentes e da saúde pública, nos termos previstos no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável.

2 - Os profissionais de saúde assumem, no âmbito das respetivas responsabilidades, um papel fundamental na utilização racional dos medicamentos e na informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correto e adequado dos medicamentos”.

Quanto aos atos farmacêuticos deste questionário, estão todos regulados no art.º 8º do DL n.º 108/20.

Em anexo juntam-se neste requerimento os seguintes documentos:

1. Carta e questionário a distribuir pelos farmacêuticos e administradores hospitalares.
2. Inquérito aos farmacêuticos hospitalares
3. Credencial de identificação do discente de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública.

2. CARTA AOS FARMACÊUTICOS, AOS DIRETORES DAS FARMÁCIAS HOSPITALARES E ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Exmo Senhor

Farmacêutico Hospitalar EPE

Administrador da Farmácia Hospitalar EPE

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração desta organização hospitalar EPE, para que os farmacêuticos hospitalares pudessem preencher este questionário, para pesquisar a influência da política do medicamento nos atos farmacêuticos, regulada pela norma legal do art.º 5º do DL n.º 176/2006, com vista ao uso racional dos medicamentos e, estando de acordo com, com os objetivos da defesa do interesse dos doentes para com a proteção da saúde e, a realização das estratégias definidas pelos Conselhos de Administração dos hospitais EPE. Este questionário é feito no âmbito da dissertação com o tema “A política do medicamento e os atos farmacêuticos nos hospitais EPE” e, o objetivo de investigar a relação das políticas reguladas pelas normas para o uso racional do medicamento segundo o art.º 5.º do DL nº 176/2006 de 30 de agosto e, a concordância com os atos farmacêuticos, em defesa dos interesses dos doentes para com a saúde e, das estratégias definidas pelo Conselho de Administração dos hospitais EPE, conforme o DL n.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

Considerando, que o Conselho de Administração anuiu ao requerido, solicito a todos os profissionais farmacêutico/as deste hospital, o favor de preencherem o questionário, disponível presencialmente.

A recolha das respostas ao questionário, não inclui qualquer informação sobre a identidade, de quem o preenche. Os profissionais das farmácias hospitalares EPE podem exercer os seus direitos de cancelamento, de acordo com o artigo 15.º e seguintes do RGPD (Regime Geral de Proteção de Dados), enviando um e-mail para j.cavaco@ensp.unl.pt. Após o tratamento estatístico, os dados serão mantidos por um período de 3 meses e, posteriormente apagados. As conclusões deste trabalho, serão partilhados com as lideranças dos serviços farmacêuticos e respetivos CA.

As respostas a este questionário, serão dadas até agosto de 2022.

As perguntas e respostas de dúvidas e esclarecimento, far-se-ão para j.cavaco@ensp.unl.pt. Para questões, ou dúvidas institucionais académicas, existem

à disposição, os contactos da ENSP seguintes: fixo +351 217 512 100 ou o e-mail geral@ensp.unl.pt. O preenchimento demora aproximadamente 15 minutos. A informação recolhida será confidencial e, terá só o propósito de ser processada pela análise estatística nesta pesquisa.

Agradeço desde já a atenção e colaboração dispensada

Com os melhores cumprimentos

João Cavaco

3. INQUÉRITO AOS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES EPE

Exmo/a. Sr/a.

Farmacêutico/a

Agradecia o preenchimento do inquérito sobre as relações entre as concordâncias dos farmacêuticos em relação às políticas normativas, aos seus atos hospitalares e, às suas características como profissionais.

NOTAS IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DO INQUÉRITO

1. Princípio em relação ao ato farmacêutico

Considera-se, que nas repostas a serem dadas, os farmacêuticos no seu contexto de trabalho específico a cada hospital, respondem no seu todo como capacitados para os diversos atos que aqui é referido no inquérito, mesmo que não estejam a exercer por uma questão de planeamento e divisão de trabalho para com o conteúdo profissional referido no DL 108/2017, com exceção dos atos que no seu serviço hospitalar não existam e, que para tal situação será dada a última resposta, que é a seguinte: “Não aplicável neste serviço farmacêutico hospitalar a nenhuma das áreas referidas”.

2. Alinhamento político

Por uma questão de alinhamento político e legislativo no preenchimento do questionário, é apresentado a seguir para leitura cuidadosa, o art.º 5º do DL 176/2006, que tem a seguinte redação:

"1 - A utilização dos medicamentos no âmbito do sistema de saúde, nomeadamente através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, deve realizar-se no respeito pelo princípio do uso racional do medicamento, no interesse dos doentes e da saúde pública, nos termos previstos no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável. 2 - Os profissionais de saúde assumem, no âmbito das respetivas responsabilidades, um papel fundamental na utilização racional dos medicamentos e na informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correto e adequado dos medicamentos".

DE SEGUIDA, QUEIRA FAZER O FAVOR DE PREENCHER SFF SÓ COM UMA RESPOSTA EM CADA PERGUNTA, O SEGUINTE INQUÉRITO DE CERCA DE 15 MINUTOS.

1.Qual a sua idade?

Entre 20 a 30 anos

Entre 30 a 35

Entre 35 a 40 anos

Entre 40 a 45 anos

Entre 45 a 50 anos

Mais de 50 anos

Não quer revelar

2.Qual o seu sexo?

Masculino

Feminino

Outro/a

Não quer revelar

3.Há quantos anos trabalha como Farmacêutico/a hospitalar?

0 - 5

6 - 10

Mais de 10 anos

Não aplicável

4.Quanto tempo tem de formação profissional durante um ano?

0 - 50 Horas

51 a 100 Horas

101 a 200 Horas

Mais de 200 horas

Não aplicável

5.Qual o seu grau de concordância para com o art. 5.º do DL 176/2006 aplicado ao uso racional do medicamento nos atos farmacêuticos nesta farmácia hospitalar?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

6.Qual o seu grau de concordância ao participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar no serviço de monitorização e vigilância a nível dos diferentes setores (internamento e ambulatório) dos serviços farmacêuticos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

7. Qual o seu grau de concordância quando participa na orientação e avaliação das atividades dos farmacêuticos e de outros profissionais de saúde, no âmbito do seu processo de formação, bem como nas atividades de estágios de pré e pós-graduados?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

8. Qual o seu grau de concordância ao substituir o farmacêutico hierarquicamente superior, nas suas ausências, ou impedimentos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

9. Qual o seu grau de concordância ao registrar, preparar, controlar e, garantir a qualidade dos medicamentos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

10. Qual o seu grau de concordância nos atos farmacêuticos do armazenamento, conservação, transporte e distribuição?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

11. Qual o seu grau de concordância ao efetuar os atos farmacêuticos integrados do circuito do medicamento seguintes: preparação, controlo, seleção, gestão, aquisição, armazenamento, distribuição, e validação?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável a nenhuma das áreas referidas na pergunta

12.Qual o seu grau de concordância ao proceder à gestão integrada do circuito dos tratamentos experimentais, como na consulta farmacêutica, ou na avaliação de ensaios clínicos no âmbito da Comissão de Ética e Investigação?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

13.Qual o seu grau de concordância na interpretação, validação da prescrição, preparação e controle das fórmulas magistrais estéreis e não estéreis, assim como a execução e controlo das preparações oficinais?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

14.Qual o seu grau de concordância ao proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico, reconciliação terapêutica, vigilância, monitorização e controlo da distribuição, dispensa, adesão e utilização de medicamentos, no âmbito da prestação dos atos farmacêuticos no internamento, ambulatório e consulta farmacêutica?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

15.Qual o seu grau de concordância ao proceder à monitorização clínica de fármacos, incluindo a determinação e interpretação de parâmetros farmacocinéticos e, o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados, assim como as vertentes de farmacogenética e farmacogenómica se existirem?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

16.Qual o seu grau de concordância ao interpretar e avaliar as prescrições médicas?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

17.Qual o seu grau de concordância ao proceder à articulação entre os cuidados prestados nos diferentes níveis de saúde primários, ambulatoriais e hospitalares, no sentido da melhoria da qualidade, da segurança, e da eficácia terapêutica?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

18.Qual o seu grau de concordância ao proceder à identificação, caracterização, avaliação e resposta a riscos e emergências em saúde pública e no internamento, como por exemplo em surtos de gripe, ou no número de internamentos elevados, ou em situação de pandemia?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

19.Qual o seu grau de concordância ao implementar, avaliar e monitorizar os sistemas de qualidade em todos os setores farmacêuticos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

20.Qual o seu grau de concordância ao proceder ao desenho, ou parametrização, ou avaliação de tecnologias de informação ou aos sistemas informáticos, no âmbito do circuito do medicamento?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

21.Qual o seu grau de concordância ao divulgar recursos de informação necessários para a preparação e, administração segura dos medicamentos, no ponto de prestação de cuidados?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

22.Qual o seu grau de concordância ao promover a informação e consulta sobre os medicamentos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

23.Qual o seu grau de concordância a investigar, ou a desenvolver, ou a preparar fármacos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

24.Qual o seu grau de concordância ao participar e cooperar em programas de investigação científica como os ensaios clínicos, ou em protocolos de estudo relacionados com esta área profissional de pesquisa?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

Discordo

Não executo estes atos farmacêuticos

Não aplicável em nenhuma das áreas referidas na pergunta

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

4. PRÉ-TESTE

Exmo/a. Sr/a.

Farmacêutico/a

Agradecia em primeiro o preenchimento do inquérito sobre as relações entre as concordâncias dos farmacêuticos em relação às políticas normativas, aos seus atos hospitalares e, às suas características como profissionais.

A seguir, no contexto de pré-teste, tem um quadro para comentar sobre o que se podia alterar em cada parte do inquérito, em que pode preencher com o que encontra de pertinente a bem melhoria do inquérito.

Desde já os meus agradecimentos

João Cavaco

Discente do Mestrado de Gestão em Saúde no ENSP

PERGUNTA N.º	A ALTERAR	COMO ALTERAR	JUSTIFICAÇÃO
1			
2			
3			
4			
5			
6			

7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

20			
21			
22			
23			
24			

**SE NÃO COUBE NO QUADRO PODE ESCREVER A SEGUIR,
INDICANDO O NÚMERO DA PERGUNTA.**

5. CREDENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO



Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

CREDENCIAL

Para os devidos efeitos informa-se que o aluno do Curso de Mestrado de Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, **João Carlos Fernandes Cavaco** se encontra a realizar a Dissertação subordinada ao tema "**Política do medicamento e os Atos Farmacêuticos nos Hospitais EPE**" sob a orientação do Professor Doutor Francisco Ramos, entre janeiro de 2022 e outubro de 2022, pelo que se solicita lhe sejam concedidas as devidas facilidades.

Lisboa, 30/06/2022

O Coordenador do CMGS,

Assinado por: Paulo Alexandre Faria Boto
Num. de Identificação: 09558729 Data: 2022.06.30 14:19:50



7.9. DECLARAÇÕES VÁRIAS

1. DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR



Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Dissertação de Mestrado do aluno João Carlos Fernandes Cavaco, do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, com o título "A política do medicamento e os atos farmacêuticos nos hospitais EPE" e do qual fui o orientador, se encontra em condições de ser apresentado.

Lisboa, 14 de novembro de 2022

O Docente Responsável,

(Prof. Dr. Francisco Ventura Ramos)

2. DECLARAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE LISBOA DE LISBOA

DECLARAÇÃO


Para os devidos efeitos se declara que o(a) aluno(a) João Carlos Fernandes Cavaco, do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, entregou em formato de papel, a Dissertação nos Serviços Académicos da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, 1 exemplar em papel com o título, "A Política do Medicamento e os Atos Farmacêuticos nos Hospitais EPE", para efeitos de defesa pública, a declaração da aceitação do Orientador e, a declaração da prova da submissão do respetivo ficheiro pdf no Turnitin - Moodle.

Mais se declara que entregou em formato digital de pen, 1 exemplar do Curriculum Vitae, 1 exemplar da dissertação, a Declaração de Aceitação do Orientador e, a declaração de prova da submissão do respetivo ficheiro pdf no Turnitin - Moodle.

Lisboa, 17 de novembro de 2022

Os Serviços Académicos ENSP-NOVA,

3. DECLARAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE ARQUIVAMENTO DE DISSERTAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UNL



AUTORIZAÇÃO PARA ARQUIVO DE DISSERTAÇÃO
NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UNL

O arquivo no Repositório Institucional da UNL é de carácter obrigatório e contempla todo o documento

Nome: _____

Correio electrónico: _____ Telefone: _____

Bilhete de Identidade / Passaporte: _____

Título da Dissertação: _____

Orientador (es): _____

Ano de Conclusão: _____

Designação do Mestrado ou do Ramo de Conhecimento do Doutoramento: _____

Sem prejuízo dos direitos de autor relativos à minha dissertação e o direito de a usar em trabalhos futuros (como artigos ou livros), declaro que:

- Entrego a dissertação, que corresponde à aprovada pelo júri, constituído pela Unidade Orgânica da Universidade Nova de Lisboa onde realizei os estudos.
- Concedo à Universidade Nova de Lisboa e aos seus agentes, através do seu repositório institucional, uma licença não-exclusiva para arquivar e tornar acessível, nas condições abaixo indicadas, a minha dissertação em suporte digital.
- Autorizo a Universidade Nova de Lisboa a digitalizar o exemplar da minha dissertação, que remeto em anexo, ou o exemplar que possui nas suas bibliotecas.
- Autorizo a Universidade Nova de Lisboa a arquivar sem alterar o seu conteúdo mais de uma cópia da dissertação e a efectuar a sua conversão para qualquer formato de ficheiro, meio ou suporte, para efeitos de preservação e acesso.

Mais declaro que a minha dissertação poderá ser **disponibilizada** no Repositório Institucional da Universidade Nova de Lisboa na seguinte modalidade:

Disponibilização **imediate** do conjunto do trabalho para acesso mundial

Disponibilização com **acesso restrito**:

a. Disponibilização parcial do trabalho (resumo) com o seguinte período de embargo:
1 ano - 2 anos - 3 anos -
sendo que, após o tempo assinalado, autorizo o acesso mundial.

b. Disponibilização imediata do conjunto do trabalho para acesso exclusivo na UNL
1 ano - 2 anos - 3 anos -
sendo que, após o tempo assinalado, autorizo o acesso mundial.

Data: _____

Assinatura: _____