

Pedro José Soares Cruz

Metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM: Um contributo para a sua validação

Dissertação para obtenção ao grau de Mestre em Farmacologia Aplicada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Margarida Caramona e co-orientação da Professora Doutora Mara Pereira Guerreiro e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

Disse José Ortega y Gasset: “ *O Homem é o Homem e as suas circunstâncias*”.

Quando se abraça um projeto de mestrado, embora se possa ter uma ideia antecipada do tempo, trabalho e apoios que necessitaremos, só quando realmente construímos a estrutura da nossa investigação e nos vemos completamente envolvidos na sua concretização é que ficamos com a real perceção da sua dinâmica e das suas circunstâncias.

Iniciar esta Tese de Mestrado agradecendo a todos os que contribuíram para a sua concretização, não representa apenas um mero exercício formal, antes o reconhecimento humilde de que, só com a colaboração direta ou indireta de todas as minhas circunstâncias consegui planear, desenvolver e concluir este projeto.

Não posso por isso mesmo, e em primeiro lugar, deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos às minhas orientadoras Doutora Margarida Caramona e Doutora Mara Guerreiro, pela orientação na abordagem científica, pela visão crítica e mais-valias sugeridas. Sem dúvida que lhes atribuo a grande responsabilidade pela melhoria do meu conhecimento e domínio na área da investigação.

Não posso também deixar de agradecer a todos os peritos que participaram neste painel Delphi, não só pela excelência das suas opiniões e valorização das questões, mas também pelo seu grau de envolvimento, taxa de resposta e pela riqueza dos seus comentários.

Por fim, tenho de reconhecer que as circunstâncias dos afetos, sendo vitais para a nossa harmonia com a vida, ainda se sentem mais intensamente quando desviamos tempo, atenção e disponibilidade que era devida à família e aos amigos para nos dedicarmos com algum “eremitismo” ao desenvolvimento e concretização deste projeto.

A minha reconhecida Gratidão pois a todas as Circunstâncias que me acompanharam neste projeto.

Resumo

Contexto: A evolução da automedicação, levantou necessidades formativas enquadráveis em padrões de qualidade, referenciados nas Boas Práticas de Farmácia, nas exigências dos utentes, das associações de doentes e de defesa do consumidor. Existe em vários estudos evidência de aconselhamentos desadequados em automedicação por parte de muitos profissionais farmacêuticos, que levantam questões relativamente à necessidade, segurança e eficácia das soluções terapêuticas propostas aos seus doentes. O crescente alargamento do arsenal terapêutico de MNSRM e a necessidade de elevar os níveis de desempenho profissional nesta área, para uma escala mais alargada e abrangente, encontrará na Metodologia 4Choice4A® uma ferramenta facilitadora e adequada às práticas atuais?

Objetivo: Contribuir para o desenvolvimento e validação da metodologia 4Choice4A®, numa medida multidimensional da perceção de critérios de qualidade na dispensa de MNSRM, reportando a apreciação de um painel de peritos, sobre essa metodologia.

Método: Para a validação formal de face e de conteúdo deste estudo, optou-se por um método Delphi em duas rondas, recorrendo a um grupo de 30 peritos representantes das várias interfaces relacionadas com o estudo (Farmacêuticos, Médicos, Psicólogos, diretamente envolvidos ou representando instituições académicas, associações profissionais, de doentes, consumidores, indústria farmacêutica, qualidade, comunicação e informação). Foi adotado um questionário auto-administrado constituído por 34 itens referentes aos 32 critérios de qualidade da metodologia 4Choice4A® na dispensa de MNSRM mais 2 itens referentes à sua relevância e exaustividade, avaliados numa escala Likert. Na análise dos dados utilizou-se o *software* SPSS, versão 21.

Resultados: O painel Delphi validou 29 dos 32 critérios de qualidade da metodologia 4Choice4A®, validando ainda a sua relevância mas sem consenso sobre a sua exaustividade.

Conclusão: A metodologia 4Choice4A®, mostrou-se relevante para atendimento de MNSRM, podendo ser uma ferramenta útil na melhoria do desempenho profissional no atendimento em MNSRM. Contudo foi evidenciada a margem de progressão para o seu aperfeiçoamento no que diz respeito à identificação do doente, à seleção terapêutica, ao seguimento do doente e à redução da sua exaustividade.

Palavras-chave: Critério de Qualidade, metodologia 4Choice4A®, Automedicação.

Abstract

Background: The evolution of self-medication has increased training needs in suitable quality standards based on Good Pharmacy Practices, on the demands of users, of patients associations and consumer protection. In several studies there is evidence of inappropriate advice in self-medication conducted by many pharmaceutical professionals, which raises questions regarding the necessity, safety and efficacy of the therapeutic solutions proposed to their patients. Will the increasing enlargement of the therapeutic arsenal of non-prescription medicines and the need to raise professional performance levels in this area to a broader and more comprehensive range find on 4Choice4A® Methodology an advisory tool tailored to current circumstances?

Objective: To contribute to the development and validation of the 4Choice4A® methodology in a multidimensional measure of quality criteria in the dispensing of non-prescription medicines, reporting the findings of a panel of experts about this methodology.

Method: For formal face and content validation of this study we opted for a Delphi method in two rounds, using a group of 30 experts representing the various interfaces related to the study (Pharmacists, physicians, psychologists, directly involved or representing academic institutions, professional associations, patients, consumers, the pharmaceutical industry, quality, communication and information).

A self-administered questionnaire was adopted consisting of 34 items relating to 32 4Choice4A® methodology quality criteria in the dispensing of non-prescription medicines plus 2 items regarding its relevance and completeness, assessed on a Likert scale. Data analysis used SPSS software, version 21.

Results: The Delphi Panel validated 29 of the 32 criteria of quality of 4Choice4A® methodology, validating its relevance but not reaching consensus on its completeness.

Conclusion: 4Choice4A ® methodology proved relevant for non-prescription medicines and may be a useful tool in improving professional performance in terms of non-prescription medicines. However, margin of progression for further improvement in terms of the identification of the patient, the therapeutic selection, the follow-up of the patient and the reduction of its completeness has been shown.

Keywords: Quality criteria, methodology 4Choice4A ®, Self Medication.

Índice Geral

| | Página |
|---|--------|
| Agradecimentos | 2 |
| Resumo | 3 |
| Abstract | 4 |
| Índice Geral | 5 |
| Índice de Figuras | 6 |
| Índice de Tabelas | 7 |
| Lista de Abreviaturas | 8 |
| 1. Introdução | 9 |
| 1.1 - Automedicação: enquadramento e definições | 9 |
| 1.2 - MNSRM: enquadramento | 12 |
| 1.3 - Prevalência da automedicação | 15 |
| 1.4 - Benefícios e riscos | 19 |
| 1.5 - Papel do farmacêutico: política de saúde e das organizações profissionais | 24 |
| 1.6 - Desempenho do farmacêutico e da farmácia | 27 |
| 1.7 - Medição da qualidade no atendimento em MNSRM | 30 |
| 1.7.1 - A Qualidade na Saúde | 30 |
| 1.7.2 - Desenvolvimento da Metodologia 4Choice 4A | 32 |
| 1.7.3 - Validade de instrumentos de medida | 36 |
| 2. Objetivos | 37 |
| 3. Método | 38 |
| 3.1 - Escolha da metodologia | 38 |
| 3.2 - Amostragem | 41 |
| 3.3 - Recolha de dados | 44 |
| 3.3.1 - Questionário da Ronda 1 | 44 |
| 3.3.2 - Questionário da Ronda 2 | 47 |
| 3.4 - Análise de dados | 49 |
| 4. Resultados | 50 |
| 4.1 - Taxa de resposta | 50 |
| 4.2 - Características sociodemográficas dos peritos | 50 |
| 4.3 - Análise dos itens do questionário | 51 |
| 5. Discussão | 59 |
| 6. Conclusões | 66 |
| 7. Bibliografia | 67 |

| | |
|---|-----------|
| Anexos | 76 |
| Anexo I - Cronograma de Atividades | 76 |
| Anexo II - Critérios para seleção de Peritos | 77 |
| Anexo III - Carta de apresentação | 78 |
| Anexo IV - Formulário de participação | 79 |
| Anexo V - Folha de informação para participantes Delphi | 82 |
| Anexo VI - Proposta de Lista de Participantes do Painel Delphi | 85 |
| Anexo VII - Lista de Participantes do Painel Delphi | 86 |
| Anexo VIII - Avaliação de materiais | 87 |
| Anexo IX - Questionário Delphi - Ronda I | 87 |

Índice de Figuras

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 - Evolução das vendas de MNSRM no Mercado total de Medicamentos / Nºde embalagens..... | 14 |
| Figura 2 - Evolução das vendas de MNSRM no Mercado total de Medicamentos / Valor (PVP) | 14 |
| Figura 3 - Metodologia 4Choice4A..... | 33 |
| Figura 4 - Principais etapas do método Delphi | 39 |
| Figura 5 - Escala Likert do questionário para validação da metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM | 45 |
| Figura 6 - Exemplo de item da Ronda 2, com informação personalizada | 48 |
| Figura 7 - Resultados da validação dos critérios de qualidade da metodologia 4Choice4A®, sua relevância e exaustividade | 51 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 - Enquadramento de MNSRM no Mercado Total de Medicamentos (Adaptado de Venda de MNSRM fora das Farmácias, INFARMED 2013) | 12 |
| Tabela 2 - Potenciais Benefícios e riscos da automedicação para os diferentes intervenientes nos cuidados de saúde, adaptado de (Hughes <i>et al.</i> , 2001; Saiba mais sobre Automedicação, 2010) | 20 |
| Tabela 3 - Avaliações da revista DECO Proteste sobre aconselhamento em Farmácia. 28 | |
| Tabela 4 - Caracterização da Etapa ACOLHIMENTO da metodologia 4Choice4A® .. | 33 |
| Tabela 5 - Caracterização da etapa ASAS (Avaliação) da metodologia 4Choice4A® ... | 34 |
| Tabela 6 - Caracterização da etapa ASAS (Seleção) da metodologia 4Choice4A® | 34 |
| Tabela 7 - Caracterização da etapa ASAS (Aconselhamento) da met. 4Choice4A® ... | 34 |
| Tabela 8 - Caracterização da etapa ASAS (Seguimento) da metod. 4Choice4A® | 35 |
| Tabela 9 - Caracterização da etapa ATENDIMENTO da metodologia 4Choice4A® ... | 35 |
| Tabela 10 - Caracterização da etapa ADEUS da metodologia 4Choice4A® | 35 |
| Tabela 11 - Tipos de Delphi e suas características | 40 |
| Tabela 12 - Interfaces/ Tipos de peritos | 44 |
| Tabela 13 - Distribuição do Painel de peritos pelo género | 50 |
| Tabela 14 - Distribuição do Painel de peritos pelas Habilitações literárias | 50 |
| Tabela 15 - Resultados da avaliação dos peritos aos critérios de qualidade da Metodologia 4Choice 4A® - Ronda I | 52 |
| Tabela 16 - Resultados da avaliação dos peritos à Relevância e Exaustividade da Metodologia 4Choice 4A® - Ronda I | 53 |
| Tabela 17 - Resultados da avaliação dos peritos aos critérios de qualidade da Metodologia 4Choice 4A® - Ronda2 | 54 |
| Tabela 18 - Resultados da avaliação dos peritos à Relevância e Exaustividade da Metodologia 4Choice 4A® - Ronda 2 | 55 |
| Tabela 19 - N° de Comentários às questões | 55 |
| Tabela 20 - Questões mais comentadas | 55 |
| Tabela 21 - Comentários dos critérios que não obtiveram consenso | 56 |
| Tabela 22 - Comentários mais relevantes das duas rondas | 57 |

Lista de Abreviaturas

| | |
|--------------------|--|
| APhA | American Pharmacists Association |
| APIFARMA | Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica |
| AESGP | Associação Europeia das Especialidades Farmacêuticas Grande Publico |
| AM | Automedicação |
| BPF | Boas Práticas de Farmácia |
| CP | Comité Permanente dos Médicos Europeus |
| DCI | Denominação Comum Internacional das substâncias ativas |
| DECO | Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor |
| FDA | Food and Drug Administration |
| FD&C | Food, Drug, and Cosmetic |
| FIP | Federação Internacional de Farmacia / International Pharmaceutical Federation |
| GCAM | Grupo de consenso sobre Automedicação |
| INFARMED | Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I. P. |
| LVMNSRM | Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica |
| MNSRM | Medicamento Não Sujeito a Receita Médica |
| MSRM | Medicamento Sujeito a Receita Médica |
| OF | Ordem dos Farmacêuticos |
| OMS / WHO | Organização Mundial de Saúde / World Health Organisation |
| OTC | Over The Counter |
| PGEU / GPUE | Pharmaceutical Group of the European Union / Grupo Farmacêutico da União Europeia |
| PVA | Preço de Venda Aconselhado |
| PVP | Preço de Venda ao Público |
| PRM | Problemas relacionados com Medicamentos |
| RCM | Resumo das Características do Medicamento |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SPSS | Statistical Package for the Social Scientists |
| UEMO | União Europeia dos Médicos Generalistas |
| UEMS | União Europeia dos Médicos Especialistas |
| WSMI | World Self-Medication Industry |

I. Introdução

A Metodologia 4Choice4A® surge do esforço de investigação e desenvolvimento de uma empresa de formação e consultoria na área da saúde, a 4Choice Health Consultancy. Pedro Cruz e Mara Pereira Guerreiro são sócios da empresa e participaram no desenvolvimento e pré-teste da Metodologia

I.1 - Automedicação: enquadramento e definições

Aceita-se empiricamente que o conceito de automedicação possa ser coincidente com a própria existência humana. Nas várias etapas da evolução civilizacional sempre se procurou obter ou produzir e utilizar uma variedade de recursos terapêuticos que efetivassem o alívio dos sintomas e o tratamento de doenças.

Até ao final do século XIX, a automedicação era uma prática comum, com recurso a plantas medicinais, remédios caseiros, preparados galénicos e posteriormente especialidades farmacêuticas. Foi depois considerada uma prática não recomendada, sendo reduzida e contrariada, para só mais recentemente, na 2ª metade do século XX, se generalizar enquanto conceito, sendo entendida como um processo dinâmico, constituindo uma expressão da crescente acessibilidade ao medicamento pelas sociedades modernas e integrando o autocuidado em saúde - *acto independente de prevenção, diagnóstico e tratamento das próprias doenças sem aconselhamento profissional* (APhA, 2009).

Foi com a industrialização do medicamento, massificada no pós-guerra, e sobretudo com a evolução da acessibilidade ao medicamento nos anos 70 e 80, que a automedicação surge como uma componente largamente usada de autocuidado em saúde (VSMI, 2010).

Entre as primeiras definições de automedicação, Hansen (1984) considerou: *“In essence, self medication is medicine-taking seen from the user’s point of view”*.

De facto, num conceito de automedicação mais global podemos considerá-la como o acto pelo qual o indivíduo, por sua iniciativa ou por influência de outros, decide usar um medicamento para alívio ou tratamento de queixas autovalorizadas. Este conceito engloba obviamente todos os tipos de medicamentos, incluindo os sujeitos a receita médica.

Contudo, a perspectiva mais corrente, associa a automedicação ao uso de MNSRM no âmbito de cuidados primários de saúde, e é com esta perspectiva que, neste estudo, vamos enquadrar a automedicação.

A Organização Mundial de Saúde (**OMS/WHO**) foi uma das primeiras organizações internacionais a definir a automedicação como “autoadministração de produtos percebida como benéfica para a saúde” (WHO, 1988b).

Também nesse mesmo ano reconheceu os benefícios da automedicação, definindo os objetivos dos medicamentos usados em auto-cuidado (WHO, 1988a):

- Fornecer o alívio rápido e eficaz dos sintomas que não requerem consulta médica;
- Reduzir a pressão crescente em serviços médicos para o alívio de sintomas menores, especialmente quando os recursos forem limitados;
- Aumentar a disponibilidade dos cuidados de saúde às populações que vivam em áreas rurais ou remotas, onde o acesso ao conselho médico possa ser difícil.

O documento “A automedicação na Europa” publicado pela Comissão Europeia em 1997, apresentou a posição comum do Comité Permanente dos Médicos Europeus (**CP**), União Europeia dos Médicos Generalistas (**UEMO**), União Europeia dos Médicos Especialistas (**UEMS**), Grupo Farmacêutico da União Europeia (**GPUE**) e Associação Europeia das Especialidades Farmacêuticas de Grande Público (**AESGP**), onde se definiu a automedicação como “*a utilização de medicamentos sem prescrição, pelos doentes, por sua própria iniciativa e sob a sua própria responsabilidade, com a possibilidade de assistência ou de aconselhamento pelos farmacêuticos ou outros profissionais de saúde*”.

Em 1998, a OMS considera que a automedicação envolve “a seleção e uso de medicamentos por pessoas para tratar doenças ou sintomas autodiagnosticados e deve ser entendida como um dos elementos do autocuidado em saúde” (WHO – Report of the 4th Consultative Group on the Role of the Pharmacist, 1998).

O conceito de auto-cuidado pela WSMI na *Declaration on Self-Care and Self-Medication* em 2006 inclui a adesão a estilos de vida saudáveis, a evicção de riscos para a saúde, o exercício físico e alimentação adequados, a manutenção do bem-estar mental, e toma de medicamentos (MSRM e MNSRM) com responsabilidade e de forma adequada.

A OMS tem vindo a defender uma automedicação responsável, de acordo com os princípios da declaração de Alma-Ata (1978) onde se afirma: “*A população tem o direito e o dever de*

participar individual e coletivamente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde”.

A Federação Internacional de Farmácia (**FIP**) e a World Self-Medication Industry (**WSMI**) no documento “Responsible Self-Medication” (1999), definiram a automedicação como o “uso de medicamentos sem prescrição por iniciativa própria dos seus utilizadores”. Nesta posição conjunta assumem que os farmacêuticos têm um papel chave a providenciar aos seus utentes, dando-lhes assistência, aconselhamento e informação acerca dos MNSRM disponíveis.

Em Portugal, a automedicação foi definida em 2006 pelo Grupo de Consenso sobre Automedicação (GCAM), no âmbito do INFARMED, como “a utilização de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde” (Despacho n.º 17690/2007, de 23 Julho).

Estas várias definições, naturalmente, acompanham a evolução e reconfiguração do estatuto da automedicação, consubstanciadas nas diferentes estratégias politico-profissionais dos vários intervenientes ao longo das últimas quatro décadas.

O Ministério da Saúde assume que a utilização de MNSRM é uma prática integrante do sistema de saúde e que tem de estar limitada a situações clínicas bem definidas, devendo efetuar-se de acordo com as especificações estabelecidas para aqueles medicamentos. Assim, seguindo a recomendação do grupo de consenso sobre automedicação, foi atualizada a lista de situações passíveis de automedicação através da publicação do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho.

Compreende-se pois a atual tendência em vários países, incluindo Portugal, na mudança de estatuto de muitos medicamentos, que assim passam de MSRM para MNSRM.

I.2 - MNSRM: enquadramento

O conceito de **Especialidade Farmacêutica de Venda Livre** foi introduzido em Portugal em 1983 (*Decreto-Lei n.º 2/83, de 8 de Janeiro*), muito depois da regulamentação do conceito de medicamento “Over the counter” (**OTC**) nos EUA (*FD&C Act of 1962*). Contudo, na década de 80 eram incipientes as situações consideradas admissíveis para automedicação, bem como o número destas especialidades farmacêuticas (Figueiredo, 2013). Em 1991, o primeiro Estatuto do Medicamento (*Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro*) introduz, no seu artigo 88º, a definição de **Medicamento de Venda Livre**. Esta designação foi utilizada até 1994, quando a transposição da Diretiva n.º 92/26/CEE atualizou a classificação de medicamentos em medicamentos sujeitos a receita médica (**MSRM**) e medicamentos não sujeitos a receita médica (**MNSRM**) (*Decreto-Lei n.º 209/94, revogado posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto*). Mais recentemente o Decreto-Lei n.º 128/2013 introduz uma subcategoria de MNSRM, que pelo seu perfil de segurança ou pelas suas indicações, apenas devem ser dispensados em farmácias, mediante protocolos a definir pelo INFARMED e exigindo a intervenção do farmacêutico. Contrariamente ao que sucede noutros países (ex: Reino Unido e Austrália) onde a aplicação da chamada 3ª lista de medicamentos está associada ao conceito de “pharmacist only” (exige consulta farmacêutico/consumidor antes da compra) em Portugal esta lista está associada ao conceito “pharmacy only” (dispensa/venda reservada à farmácia comunitária).

Nos EUA o crescimento do mercado dos OTC tem sido exponencial, passando de 8 biliões de dólares em 1970 para cerca de 23 biliões em 2010 (Consumer Health - US, Euromonitor International, 2011).

O mercado dos MNSRM em Portugal é caracterizado pela existência de 676 marcas de medicamentos, às quais correspondem 944 formas farmacêuticas e 1.937 apresentações (INFARMED, 2011). Os dados disponíveis para avaliar a evolução global dos MNSRM em Portugal (Farmácias, Espaços de Saúde e Parafarmácias) apresentam alguma discrepância, consoante as fontes consultadas: CEFAR (Sistema de Informação hmR, ACNielsen) e INFARMED (IMS Health, LVMNSRM), sobretudo em relação aos dados das farmácias. Tal deve-se ao facto de o CEFAR se apoiar em 2500 farmácias, extrapolando para o total das restantes e os dados publicados pela IMS Health dizerem respeito às colocações dos Armazenistas nas Farmácias, não contemplando todos os MNSRM, e não incluindo vendas

diretas às farmácias. A IMS Health também valoriza dados referentes a PVA (Preço de Venda Aconselhado), mas o INFARMED valoriza os produtos a PVP (Preço de Venda ao Público). Contudo e apesar destas diferenças, é possível identificar tendências conforme evidenciado adiante nas **figuras 1 e 2**.

As vendas totais de MNSRM no período de Janeiro a Dezembro de 2013, de acordo com o INFARMED, atingiram um valor (Preço de Venda ao Público) de 227.295.648€, correspondente a 41.368.062 embalagens, representando 9% do valor do Mercado Total de Medicamentos (Tabela 1).

Tabela 1 - Enquadramento de MNSRM no Mercado Total de Medicamentos
(Adaptado de Venda de MNSRM fora das Farmácias, INFARMED 2014)

| Tabela 1 | | Embalagens | Valor PVP € | Representatividade% | |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------------|-------|
| | | | | Volume | Valor |
| Mercado total de ambulatório | | 250.848.865 | 2.525.061.493 | -- | -- |
| MNSRM | Farmácias | 34.031.744 | 190.734.410 | 82% | 84% |
| | Fora das Farmácias | 7.336.318 | 36.561.237 | 18% | 16% |
| | Total | 41.368.062 | 227.295.648 | 16% | 9% |

Relativamente à venda de MNSRM fora das Farmácias, constata-se que o índice de preços é superior ao do período homólogo em 0,7% e que, entre janeiro e dezembro de 2013, comparativamente a igual período de 2012, as vendas tiveram um aumento de 7,9% em volume (mais 539 mil embalagens) e um aumento de 12,4% em valor (mais 4,04 milhões €).

Analisando a distribuição de mercado nos locais de venda de MNSRM (LVMNSRM) em 2013, o grupo farmacoterapêutico ‘Analgésicos e Antipiréticos’ registou o maior nível de vendas em volume, com uma responsabilidade de 26,1% do total das unidades vendidas e 13,2% em valor, face ao período homólogo). O Paracetamol foi a substância ativa (DCI) mais vendida por embalagens (1.090.766), representando 14,9% do total das vendas. Em valor, a DCI mais expressiva foi o Diclofenac, correspondendo a 2.415.653 € em valor PVP (6,6% do total).

Para melhor se caracterizar a variação de dados de consumo, apresentam-se as Figuras 1 e 2 que traduzem a evolução das vendas de MNSRM no Mercado total de Medicamentos de 2005 a 2013 (Farmácias, Espaços de saúde e Parafarmácias) respetivamente no que diz respeito ao nº de embalagens e valor (PVP).

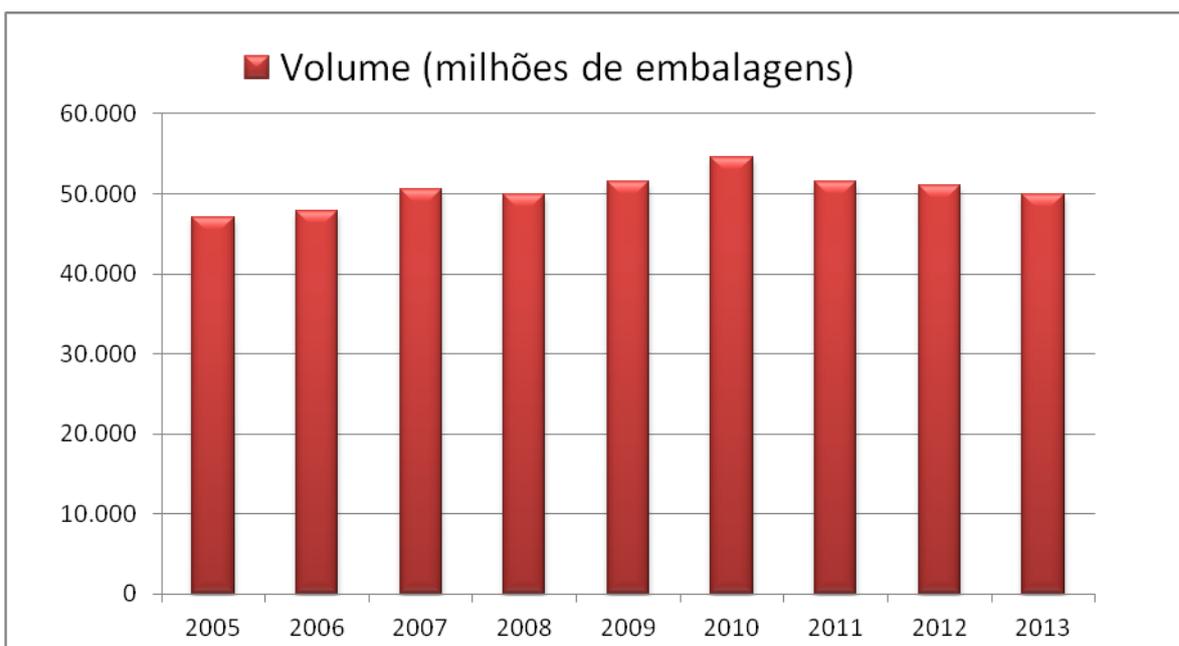


Figura 1 - Evolução das vendas de MNSRM no Mercado total de Medicamentos / N° de embalagens
(Adaptado de Farmácias vs Mass Market – MNSRM 2013 vs 2012, CEFAR)

A evolução das vendas de MNSRM de 2005 a 2010, traduz uma tendência de crescimento em nº de embalagens. A partir de 2010 regista-se uma ligeira tendência negativa na evolução dessas vendas, que em 2013 representou -2,4% em relação a 2012.

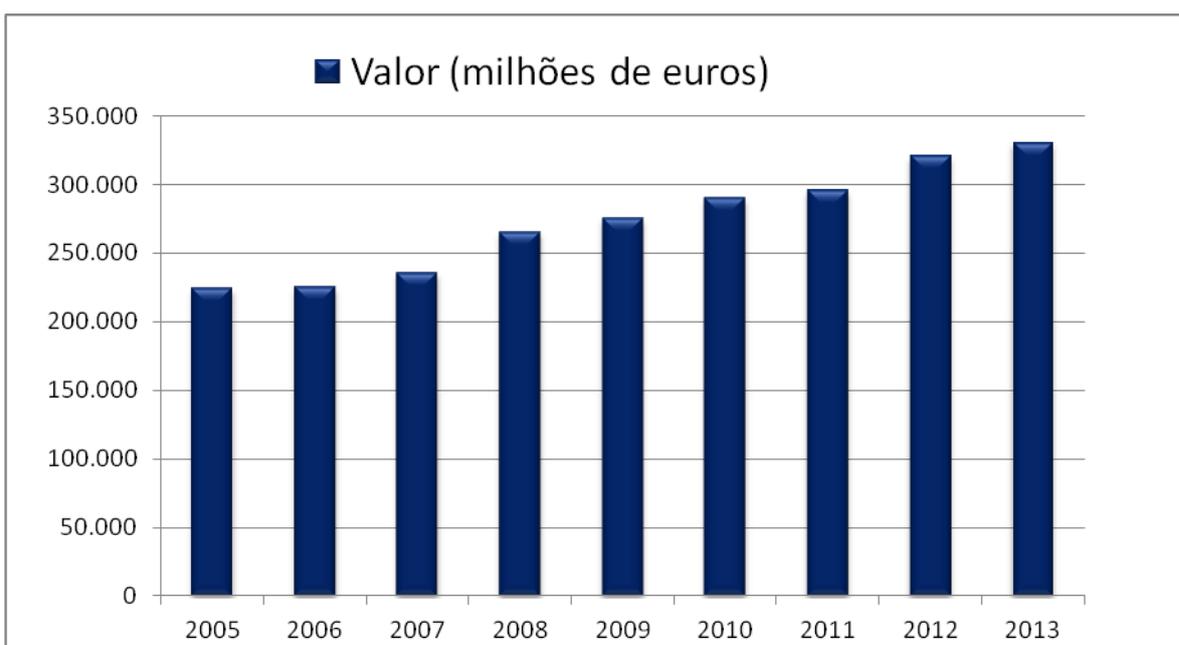


Figura 2 - Evolução das vendas de MNSRM no Mercado total de Medicamentos / Valor (PVP)
(Adaptado de Farmácias vs Mass Market – MNSRM 2013 vs 2012, CEFAR)

A Evolução das vendas de MNSRM em valor (Preço de Venda ao Público - PVP) de 2005 a 2013, traduz uma tendência de crescimento.

Em resumo, o enquadramento apresentado sobre MNSRM permite concluir que o Mercado Total tem crescido, embora este crescimento seja mais evidente em valor do que em nº de embalagens. Adicionalmente foi criada recentemente uma categoria de MNSRM exclusivos de farmácia, que reforça a importância destes medicamentos para a profissão farmacêutica.

1.3 - Prevalência da automedicação

A prevalência da automedicação pode ser definida pela percentagem de doentes que utilizam medicamentos que não foram prescritos (sem receita médica) ou recomendados pelo médico (Melo M. *et al.*, 2006).

Wertheimer e Serradell (2008) comentam em publicações da década de 80 as práticas de consumo nas áreas do auto-cuidado e automedicação em mais de doze países e elucidam a forma como os consumidores percebem, usam e avaliam medicamentos OTC. Referem estes autores que a automedicação com recurso a MNSRM foi considerada a forma mais prevalente de cuidados de saúde a nível mundial. Também citaram a pesquisa da Rodale Inc. (2007), onde se estimava que anualmente nos EUA mais de 92% dos consumidores utilizavam pelo menos um MNSRM, e que 55% utilizavam mais do que um.

Ferraz *et al* (2008) estudaram uma amostra da população urbana de Juiz de Fora (Brasil) e concluíram que 66,2% dos entrevistados se tinham automedicado durante o último ano. Destes, 45% tinham como habilitações o ensino obrigatório e 19% o ensino superior; não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros e faixas etárias. O grupo farmacológico predominante foi o dos Analgésicos e o sintoma mais comum foi a dor.

Carrasco-Garrido *et al.*, (2008) realizaram um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, com o objetivo de avaliar a prevalência da automedicação na população espanhola adulta e identificar os seus fatores preditivos, numa amostra de 21.650 indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 16 anos. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e variáveis

relacionadas com estilos de vida e hábitos de saúde. A prevalência do consumo total de medicamentos e da AM em Espanha para o ano de 2003, foi calculada usando dados demográficos sobre a estrutura da população cedidos pelo Instituto de Estadística de Espanha (IEE). Como resultados obtiveram um valor de 18,1% de Espanhóis a recorrer à AM; a prevalência da AM foi maior em mulheres do que em homens; o consumo de álcool e tabaco estava relacionado com maior recurso à AM; os fatores preditivos da AM encontrados foram: sexo (feminino), idade (16-44 anos), maior nível educacional, consumo de álcool e tabaco, uso de produtos alternativos; ausência de doença crónica e uma perceção positiva da saúde.

Hassali *et al.*, (2011) avaliaram a prevalência de automedicação em adultos (mais de 21 anos) em Kuala Lumpur (Malásia) e identificaram características do consumidor que podem contribuir para a automedicação, recorrendo a um questionário auto-administrado. O estudo, transversal aos vários níveis sócio-demográficos da comunidade, numa amostra de 314 participantes, indicou que em ambiente urbano a prática da automedicação é prevalente, sendo que 62,7% tomaram pelo menos um medicamento na semana anterior ao estudo; 62,7% dos participantes acreditavam que os OTC eram tão eficazes quanto os medicamentos prescritos pelo médico e 69,4% procuravam o aconselhamento de um profissional de saúde antes de comprar qualquer medicação.

Papakosta *et al.*, em (2014) avaliaram a prevalência da realização de atividades de autocuidado (incluindo a automedicação) numa comunidade rural grega e seus fatores determinantes. Foi realizado um estudo transversal com 150 entrevistas presenciais realizadas aleatoriamente entre Janeiro e Fevereiro de 2011, através de um questionário com 46 perguntas que incluíam informações sobre a autoperceção de saúde, a existência de doença crónica, o comportamento na auto-medicação, o uso de MSRM e MNSRM e características sociodemográficas dos entrevistados. Os resultados revelaram que 80% dos habitantes realizavam atividades de autocuidado. Os fatores que determinaram atividades de autocuidado e automedicação foram: sexo feminino, a ausência de doença crónica e maior nível de escolaridade.

Em Portugal, com o objetivo principal de determinar a prevalência da AM em meio urbano (em função de variáveis demográficas, sócio-profissionais, de acessibilidade a cuidados de saúde e do grupo terapêutico), foram realizadas 4135 entrevistas a utentes de farmácias comunitárias urbanas (Lisboa e Porto), tendo o estudo revelado uma prevalência da

automedicação de 26,2% (Martins *et al.*, 2002). Ao considerar as variáveis género, idade, educação e estatuto profissional observou-se que a prevalência da AM foi mais alta no sexo masculino (28,4%) que no feminino (25,2%); Mais elevada entre os 10 e os 49 anos de idade (31%) e decrescendo para os grupos etários seguintes (19,3% para os 69 anos); Mais elevada para os níveis de escolaridade superior (32,5%); Mais elevada nos trabalhadores ou estudantes (30,9%) do que nos reformados, desempregados ou domésticas (19,1%). A prevalência em AM foi mais elevada em indivíduos que esperaram de uma semana a um mês por consulta médica (28,9%) comparando com os que esperaram menos de uma semana (25,5%), e também foi mais elevada em indivíduos que normalmente recorrem a um serviço público de saúde (27,3%); 50% dos utentes que adquiriram medicamentos em AM tiveram aconselhamento farmacêutico. Os grupos terapêuticos mais prevalentes em AM foram as preparações para a orofaringe (80%) e as preparações nasais e sistémicas para a constipação e tosse (57,7%). Os grupos terapêuticos mais adquiridos em automedicação foram as preparações nasais e sistémicas para a constipação e tosse (23,0%) e os analgésicos (16,2%).

Melo *et al.*, (2006), estudou a prevalência da AM em áreas rurais de Portugal de acordo com variáveis sociodemográficas e variáveis de acessibilidade a cuidados médicos para identificar as variáveis preditoras da automedicação. Este estudo transversal, analisou 2879 questionários, orientados para avaliar as características sociodemográficas do utente, o tempo desde a última visita ao médico, o tempo de espera para uma consulta médica e informação sobre medicação dispensada. Os resultados revelaram uma prevalência da AM em áreas rurais de 21,5%, igual entre géneros, mas mais elevada em indivíduos abaixo dos 40 anos (33,6%) e menor acima dos 60 anos (14,2%); menor para os indivíduos que consultaram o médico nesse dia (16%) e maior nos que já não recordavam a última consulta médica (62,7%). Para 355 medicamentos dispensados em AM (47,2%) o farmacêutico foi a pessoa que mais influenciou a seleção do MNSRM.

Peixoto (2008) realizou um estudo em Barcelos (amostra de 73 indivíduos entre os 18 e os 65 anos) com o objetivo de identificar fatores que levam à automedicação, verificar se a prática da automedicação era segura e se os utentes se informavam sobre os seus riscos. Os resultados revelaram que 86,3% dos indivíduos toma medicamentos em automedicação; a principal causa está relacionada com sintomas da gripe, constipação ou tosse (27%). Verificou ainda que os inquiridos recorreram à automedicação sem informação ou esclarecimentos sobre o medicamento tomado (63,5%), que 38,1% recorreram à AM por não se justificar consulta médica e 36,5% por problemas do sistema de saúde (falta de vagas

para o médico de família ou tempo excessivo para marcar consulta médica. 90% dos indivíduos desconhecia os riscos associados à automedicação.

Embora a principal causa da AM (gripe, constipação ou tosse - 27%) seja concordante com outros estudos, a prevalência de 86,3% quando comparada com os 26,2% de Martins (2002) merece algumas considerações:

- A metodologia usada por Martins *et al.*, (2002) analisa a % de MNSRM no total de medicamentos adquiridos em farmácias durante um período de tempo.
- A metodologia usada por Peixoto (2008) aplicou um questionário para caracterizar o comportamento do indivíduo adulto face à AM no último ano.
- Vários estudos posteriores, usando questionários como metodologia, referem valores superiores: Ferraz *et al.*, (2008) - 66,2%; Hassali *et al.*, (2011) - 62,7%; Papakosta, *et al.*, (2014) - 80%.
- O estudo de Martins *et al.*, (2002) cuja prevalência de 26,2% da AM variou entre 7,3% e 81,5%, reporta a 1995/1996 e desde então, a evolução da AM é no sentido crescente da sua prevalência.
- A acessibilidade ao MNSRM teve desde 2006 um forte incremento pela disponibilidade de 700 novos locais de venda de MNSRM e do aumento do arsenal terapêutico de MNSRM resultante da reclassificação de MSRM para MNSRM.

Martins, D *et al.*, (2010) analisaram a prevalência da automedicação na população de Bragança e identificaram os fatores associados a este fenómeno numa amostra de 400 utentes e com o apoio de 34 farmacêuticos, utilizando dois questionários distintos, a utentes e a farmacêuticos, mas ambos de autopreenchimento voluntário, confidencial e anónimo. Os resultados dos utentes revelaram que 91,3% do total de inquiridos já se tinham automedicado, sendo que durante o último ano 40,7% recorreram a ela poucas vezes, 44,8% recorreram algumas vezes, 11,5% usaram muitas vezes e apenas 3% recorrem sempre à automedicação. A cefaleia é o sintoma mais prevalente seguido pela gripe/constipação e a febre. Os medicamentos mais consumidos pelos utentes em situações de automedicação, foram os analgésicos/antipiréticos (84,8%), os anti- inflamatórios (64,8%) e os xaropes para a tosse (50,3%). Os utentes consideraram como fontes de informação mais credíveis sobre automedicação, o farmacêutico (59,8%), os folhetos informativos (52,5%), a conversa com um amigo/familiar (16,75%), os jornais e revistas (10,5%), a Internet (8,25%) e a televisão e radio (4%). Os resultados dos farmacêuticos revelaram que 67,6% considerou que os utentes recorrem frequentemente à prática da AM. As situações mais solicitadas foram a

gripe/constipação (com o valor de média ponderada de 3,87), seguida da cefaleia (com 3,79) e a dor de garganta (com 3,71).

Em resumo, no global a literatura científica indica que a automedicação é um fenómeno comum. Os dados nacionais mais recentes são sobreponíveis aos dados internacionais e na sua evolução confirma-se o aumento da prevalência. Entre os determinantes ou preditores da automedicação destacam-se a idade (faixa etária até 50 anos), o maior nível de escolaridade, dificuldade no acesso ao médico e o estado ocupacional.

1.4 - Benefícios e riscos

Existem lacunas significativas no conhecimento dos doentes acerca dos efeitos e riscos dos MNSRM que tomam. A maioria da população tem acessibilidade a analgésicos quando sente uma dor de cabeça, mas um terço dos adultos do Reino Unido não sabe a diferença entre os analgésicos comuns como aspirina, ibuprofeno e paracetamol de acordo com uma informação recente (PGEU, 2011).

Benefícios da Automedicação

A automedicação responsável pode trazer benefícios aos diversos intervenientes no processo: consumidores, sistema de saúde, profissionais de saúde e indústria farmacêutica. Estes benefícios potenciais encontram-se resumidos na Tabela 2.

Para os consumidores, a automedicação pode traduzir-se em maior rapidez na resolução de problemas menores de saúde e eventual redução de custos, pois apesar de geralmente suportarem o custo dos MNSRM por inteiro obvia-se a consulta médica e possíveis encargos associados.

Tabela 2 - Potenciais Benefícios e Riscos da Automedicação para os diferentes intervenientes nos cuidados de saúde

(Adaptado de: Benefits and Risks of Self Medication (Hughes, C. McElroy, J. Glenda F. – 2001); Saiba mais sobre Automedicação, ed.29, INFARMED, 2010); Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication” – OMS (2000)

| Intervenientes | Benefício | Risco |
|---------------------------------------|--|---|
| Consumidores | <ul style="list-style-type: none"> • Papel mais ativo e maior responsabilidade pela gestão da própria saúde. • Resolução de problemas menores de saúde de forma mais rápida, e com menor gasto financeiro. | <ul style="list-style-type: none"> • Autodiagnóstico incorreto. • Uso inadequado do medicamento. • Mascarar sintomas / Atraso no tratamento de situações médicas sérias. • Polifarmácia / Duplicação da terapêutica. • Incorreta escolha terapêutica. • Não reconhecimento de riscos farmacológicos especiais; contra-indicações, interações, advertências e precauções, não relatar reações adversas. • Risco de dependência e abuso. |
| Sistema de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Redução de custos com medicamentos e cuidados médicos. | <ul style="list-style-type: none"> • Na comunidade, a automedicação inadequada pode resultar num aumento de doença induzida por fármacos e da consequente despesa pública. |
| Farmacêuticos /Profissionais de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a função de aconselhamento aos doentes. • Maior envolvimento com os consumidores. • Valorização do papel profissional. | <ul style="list-style-type: none"> • Falha de comunicação da automedicação para o médico prescriptor (Risco de dupla medicação ou interação prejudicial). |
| Médicos | <ul style="list-style-type: none"> • Liberta tempo para questões mais graves que exigem a sua intervenção. | <ul style="list-style-type: none"> • Desvalorização da relação Médico-Doente. |
| Industria Farmacêutica | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da acessibilidade ao produto • Proteção da competição de genéricos. • Publicitação das marcas. | |

A noção de que a automedicação reduz a procura de consultas médicas é corroborada pela literatura científica. Como exemplo, Gurwitz (1995) avaliou o impacto do “switch” (mudança na classificação de medicamentos, alterando o estatuto de MSRM para MNSRM) de antifúngicos vaginais nos padrões de prescrição e utilização dos serviços médicos da Fallon Health Care System (USA). Os resultados sugeriram que a mudança de estatuto dos antifúngicos vaginais (clotrimazole) de MSRM para MNSRM reduziu no período de um ano (e no primeiro ano referente a 1991- em que este ficou disponível como OTC) os custos de cuidados de saúde para a seguradora (42,528\$ em custos com a medicação e 12,768\$ a 25,729\$ em custos com consultas médicas). O número de receitas dispensadas para estes medicamentos reduziu-se em 6,42%. Também as consultas médicas para vaginite tiveram uma redução de 0,66 %. Contudo, o autor chama a atenção que esta redução de custos para

a entidade seguradora precisa ser avaliada contra os riscos de mudanças na medicação, nos custos para os consumidores e nas reações adversas possíveis, originadas por erros de autodiagnóstico.

Andrade e colaboradores (1999) realizaram um estudo semelhante, mas a avaliação incidiu sobre o “**switch**” de antagonistas dos recetores H2 numa população de doentes ulcerosos que utilizavam regularmente estes medicamentos. Os resultados revelaram que a mudança de estatuto dos antagonistas dos recetores H2, de medicamento de prescrição para OTC, reduziu o número de prescrições desses medicamentos dispensados naquela população, sem aumentar as consultas médicas.

A indústria farmacêutica uma vez que lhe é permitido exercer a influência direta da publicidade ao consumidor, na promoção dos MNSRM poderá melhorar as suas vendas, e assim aumentar os seus lucros,

Riscos da Automedicação

“A tendência de aumento do autocuidado e da automedicação com medicamentos cada vez mais potentes parece imparável. Os benefícios potenciais dessa tendência, com o aumento da autonomia dos doentes, são muitos. No entanto, a evolução da automedicação terá de ser cuidadosamente gerida, para maximizar esses benefícios e os riscos mantidos a um mínimo” (Blenkinsopp, 1996).

Tomar qualquer medicamento sem consultar previamente o médico ou sem o aconselhamento do farmacêutico, deve ser consciencializado pelos doentes como uma ação suscetível de gerar riscos.

Em reflexões sociológicas sobre a automedicação Noémia Lopes refere:

“Qualquer prática de automedicação, como, aliás, qualquer prática de intervenção leiga ou profissional sobre a saúde, inscreve-se sempre no domínio da incerteza quanto aos seus resultados. Logo, inscreve-se sempre no domínio do risco, o qual é tanto maior quanto menor a pericialidade de quem decide a intervenção. Este é um dado relativamente interiorizado nas sociedades modernas” (Lopes, 2001).

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica / Centro de Informação Antivenenos (CIAV), em Portugal a principal causa de intoxicação é a ingestão de medicamentos (50,12%), correspondendo em 2011 a 14.272 chamadas de um total de 28.472. Em 2011 o paracetamol foi a causa mais frequente de intoxicação por medicamentos em crianças e a sexta nos adultos. (<http://www.inem.pt/stats>).

Na literatura científica que atesta os riscos associados à automedicação conforme estudos abaixo descritos. Na Tabela 2 resumimos os potenciais riscos da automedicação.

Eickhoff e colaboradores (2012) realizaram um estudo na Alemanha para quantificar os problemas relacionados com medicamentos (PRM) em automedicação, identificados por farmacêuticos comunitários no momento da dispensa. Cento e nove farmacêuticos comunitários documentaram 12 567 atendimentos, identificando problemas relacionados com medicamentos (PRM) em cerca de um quinto (17,6%) dos atendimentos. As situações de dor, afeções respiratórias, afeções gastrointestinais e doenças de pele foram responsáveis por mais de 70% dos PRM. Quatro PRM foram responsáveis por quase 75% do total de PRM identificados: automedicação inadequada (29,7%), produto solicitado inadequado (20,5%), duração muito elevada do uso de medicamentos, incluindo abuso (17,1%), e dose errada (6,8%). Cerca de um em cada cinco atendimentos estabelecidos entre farmacêutico-doente sobre automedicação revelou problemas graves.

Yoon *et al.*, (2006) analisaram dados sobre uso corrente de medicamentos de prescrição, OTC e fitoterapia com o objetivo de descrever interações medicamentosas ou medicamento-produto fitoterápico que pudessem ter consequências clínicas de risco moderado ou alto numa amostra de 58 mulheres de idade acima de 65 anos que relataram o uso de fitoterapia. Uma interação fármaco-fármaco ou fármaco-produto fitoterápico é uma alteração que se produz no efeito do fármaco devido à ingestão simultânea de outro fármaco ou produto fitoterápico (Cruz P., 2009). Pelo menos uma interação medicamentosa moderada ou de alto risco foi identificada em 74% dos participantes, num total de 136 interações identificadas. Do total de interações 52% eram entre medicamento prescrito e OTC ou produto fitoterápico, com 63% das situações envolvendo anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs).

Na Austrália, Williams *et al.*, (2011) realizaram dois estudos de análise custo-benefício para avaliar o impacto dos profissionais de farmácia em termos de intervenções clínicas

relacionadas com MNSRM (pharmacist-only and pharmacy medicines). Os seus objetivos visavam: quantificar as taxas de intervenção na dispensa de MNSRM na farmácia australiana, documentar o significado clínico dessas intervenções e determinar as consequências adversas à saúde e subseqüentes cuidados de saúde evitados como resultado das intervenções.

Para isso registaram intervenções em MNSRM, realizadas por 934 farmácias comunitárias em dois estudos: um em todas as farmácias para determinar as taxas de intervenções de elevado valor acrescentado; outro estudo para coletar dados sobre a gama completa das intervenções em MNSRM numa amostra de 160 farmácias, sendo posteriormente avaliadas por um painel de peritos e determinar o significado clínico, a consequência adversa grave que foi evitada, a probabilidade e duração provável da consequência na saúde considerada adversa. Os resultados revelaram que as farmácias australianas realizaram 485 912 intervenções/ano na dispensa de MNSRM. Destas, 101 324 intervenções/ano evitam atendimento médico de emergência ou de perigo grave, que possam ser consideradas como salvadoras da vida humana.

Hawton *et al.*, (2012) avaliaram em Inglaterra e no País de Gales, o efeito a longo prazo da restrição do tamanho de embalagens de paracetamol em mortes por intoxicação por paracetamol e também através de registos de atividade em unidade de transplante de fígado por hepatotoxicidade induzida por paracetamol. A redução de nº de comprimidos por embalagem de paracetamol foi acompanhada por uma redução significativa do número de mortes por sobredosagem de paracetamol, e por redução do nº de doentes inscritos para transplante hepático nas unidades durante os 11 anos da investigação. Embora esta situação diga respeito a intoxicações intencionais, não representando a utilização comum de MNSRM, ilustra riscos associados a um MNSRM, e, em particular, à sua fácil acessibilidade.

O alargamento do arsenal terapêutico de MNSRM e o aumento da sua acessibilidade, consubstanciados respetivamente no “switch” de MSRSM para MNSRM e na proliferação de LVMNSRM, não foram acompanhados de campanhas de promoção de saúde que melhorasse a informação da população, nem os profissionais de saúde foram esclarecidos do enquadramento das situações passíveis de automedicação com “diagnóstico médico prévio” de alguns dos novos MNSRM autorizados. Será importante que o risco ainda não contemporizado deste enquadramento seja avaliado em futuras avaliações benefício-risco.

I.5 - Papel do farmacêutico: política de saúde e das organizações profissionais

A OMS (na sua 4ª reunião do grupo consultivo em colaboração com a FIP, acerca do papel do farmacêutico), reconhece o papel chave do farmacêutico, enfatizando a sua responsabilidade na informação e aconselhamento sobre medicamentos e seu uso racional. Este papel evoluiu bastante nas últimas décadas, passando de apenas um fornecedor/dispensador de medicamentos para também fazer parte da equipa de profissionais envolvida na prestação de cuidados de saúde, o que também lhe confere maior responsabilidade.

Também no documento “*The role of the pharmacist in self-care and self-medication*” (1998), a OMS deu relevo à intervenção do farmacêutico no auto cuidado e na automedicação, destacando as suas várias funções como:

Comunicador: 1. Saber dialogar com o doente e com o médico; 2. Avaliar a condição do doente, colocando as questões certas e obtendo informação relevante; 3. Estar preparado e ser competente para avaliar condições e doenças; 4. Providenciar informação objetiva sobre medicamentos; 5. Apoiar o doente numa automedicação responsável ou quando necessário referenciar ao médico.

Fornecedor de medicamentos de qualidade: 1. Assegurar que os produtos adquiridos são de qualidade e de proveniência segura; 2. Assegurar correto armazenamento destes produtos.

Formador e supervisor: 1. Assegurar e promover a formação contínua dos seus colaboradores e que o serviço prestado por estes cumpra normas de boa prática; 2. Promover o desenvolvimento de protocolos.

Colaborador: Desenvolver colaborações com outros profissionais de saúde, associações profissionais, indústria farmacêutica, instituições governamentais e grupos de doentes.

Promotor de saúde: 1. Identificar problemas de saúde na comunidade; 2. Participar em campanhas de promoção de saúde; 3. Providenciar aconselhamento que ajudem a tomar decisões informadas sobre saúde.

A FIP emitiu em 1996 uma declaração (*Statement of principle - The Professional Role of the Pharmacist*) relativamente ao papel profissional do farmacêutico nos autocuidados incluindo a automedicação, com os seguintes princípios:

- (a) A acessibilidade às Farmácias e aos farmacêuticos está devidamente assegurada, cabendo a estes profissionais lhes a responsabilidade do correto aconselhamento para uma automedicação segura e adequada.
- (b) O farmacêutico tem pela sua formação, conhecimentos que o qualificam para recomendar uma consulta médica.
- (c) O farmacêutico tem ainda o conhecimento para recomendar o armazenamento seguro dos medicamentos e sua eliminação segura após tratamento ou prazo de validade atingido.
- (d) O farmacêutico pode recomendar o recurso a um medicamento numa situação individual específica e que este não deve ser usado por outrem sem aconselhamento adequado.
- (e) O farmacêutico deve notificar ao médico, ao fabricante e às autoridades reguladoras do medicamento, toda a informação relevante sobre reações adversas associado a MNSRM.

Em 1994, o GPUE, publicou o documento “Bonnes Pratiques de Pharmacie en Europe”, transposto para Portugal pelo Grupo das Boas Práticas de Farmácia e apresentado a nível nacional em 1995, no documento “ Boas Práticas de Farmácia”, onde se delinearão 7 normas (3 gerais e 4 específicas), sendo uma delas (norma 6) dedicada ao tema da Automedicação. Esta norma específica sobre AM, estabeleceu linhas de orientação para uma correta intervenção do farmacêutico nesta área, abrangendo 4 pontos: 6.1 - Protocolos de automedicação; 6.2 - Como deve ser efetuada a avaliação das necessidades do utente; 6.3 - Dispensa de MNSRM; 6.4 - Acompanhamento.

Simultaneamente ao enquadramento da AM nas BPF, também se deu início a formações pós-graduadas em AM no âmbito da formação contínua envolvendo a OF, ANF e as Faculdades de Farmácia. A formação dos farmacêuticos portugueses em Farmacoterapia de Não Prescrição mereceu a relevância de incluir esta disciplina na formação pré-graduada de algumas faculdades.

O Grupo Profissional de Farmácia de Oficina (GPFO) da OF e o Grupo das Boas Práticas de Farmácia elaboraram um Protocolo Geral de Indicação Farmacêutica (2002) para ser utilizado nas farmácias pelos farmacêuticos comunitários, com o objetivo de orientar o seu exercício profissional de modo a distinguir com base na sintomatologia do doente, as várias situações apresentadas na farmácia, detetando possíveis complicações, adotando critérios de

referenciação ao médico, por forma a intervir eficazmente, aconselhando e acompanhando as medidas mais adequadas: *1. Referenciação ao médico; 2. Medidas não farmacológicas; 3. Indicação farmacêutica.*

Para ajudar na opção de uma ou mais destas medidas, este Protocolo Geral de AM, considera em fluxograma 4 fases a seguir para um correto aconselhamento em Indicação Farmacêutica: *1. Identificação do doente; 2. Avaliação da situação; 3. Proposta de tratamento; 4. Seguimento.*

Este protocolo, veio balizar na generalidade a adequação da indicação farmacêutica face às situações de AM apresentadas. Contudo deixava ainda em aberto avaliações e decisões específicas para cada sintoma ou situação passível de tratamento em AM. Posteriormente o GPFO e o Grupo consultivo para elaboração de protocolos de Indicação Farmacêutica elaboraram um Protocolo específico para a Febre. Na área da AM, além destes 2 protocolos, publicados pela OF em Dezembro de 2002, e revistos em 2006, também foi publicado um protocolo específico da contração de emergência em 2003.

Com estes procedimentos, pretendeu-se que o farmacêutico aplicasse na farmácia, critérios de qualidade na dispensa de MNSRM, que assegurassem a consistência, segurança e adequação da intervenção profissional em situações de automedicação. Segundo as Boas Práticas de Farmácia cabe ao farmacêutico avaliar a situação ou o pedido do consumidor, determinando sobre as circunstâncias em que deve ser consultado o médico ou aconselhar as opções disponíveis, estabelecendo critérios de seleção terapêutica, bem como, proceder à dispensa do medicamento. O farmacêutico deve ainda alertar o consumidor para o uso correto dos medicamentos, contribuindo para uma Automedicação responsável, eficaz e em segurança.

Estão ainda disponíveis protocolos para o aconselhamento farmacêutico em AM em várias publicações. Destaco, como exemplo os livros: *Medicamentos não Prescritos e Aconselhamento Farmacêutico* (Soares, 2002); *Handbook of Nonprescription Drugs* (APhA, 2013); *Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment* (Rutter, 2008).

Na partilha de responsabilidades sobre a evolução da AM todos os parceiros da área da saúde terão um papel importante a desempenhar, sendo que, das Autoridades de Saúde se espera que estabeleçam um quadro legal que permita o desenvolvimento da AM, contribuindo para o acesso dos cidadãos a medicamentos de qualidade, eficazes e seguros,

particularmente no que diz respeito à classificação inequívoca dos medicamentos quanto ao seu estatuto de dispensa ao público e zelar pela observância dessa classificação.

A Carta com os princípios de Colaboração assinada em Dezembro de 2012 entre O PGEU e AESGP reconhece o contributo dos farmacêuticos na garantia do uso seguro e eficaz dos MNSRM e realça o papel da indústria farmacêutica de medicamentos de automedicação europeia para assegurar que apenas produtos seguros, com evidência científica adequada, e alta qualidade estão disponíveis para os consumidores.

Da indústria espera-se que desenvolva, fabrique e comercialize os medicamentos, que proporcione informação sobre os mesmos e garanta a sua qualidade, eficácia e segurança para as indicações aprovadas, conforme autorizado pelas autoridades reguladoras.

Do doente, é seu direito como cidadão, obter informação sobre o que é a AM e como utilizar de forma segura os MNSRM. O doente deve ler atentamente as informações que constam do rótulo e folheto informativo do medicamento e respeitar as instruções nelas contidas, bem como as que lhe forem fornecidas pelo médico ou pelo farmacêutico.

O papel do farmacêutico na AM, tem sido sobejamente reconhecido por organismos internacionais e nacionais da área da saúde, por reguladores do setor, pelo ensino pré e pós-graduado, por outros profissionais de saúde e pelos consumidores/associações de doentes. As recentes alterações legislativas na área da AM, com a entrada de novos distribuidores de medicamentos, com o alargamento do arsenal terapêutico e com nova classificação de medicamentos quanto à sua dispensa serão os desafios emergentes que se irão colocar à profissão farmacêutica.

1.6 - Desempenho do farmacêutico e da farmácia

O impacto positivo do papel do farmacêutico foi demonstrado em 1996, num estudo conduzido em 23 farmácias comunitárias (Washington – USA), onde se proporcionou aconselhamento farmacêutico a 745 consumidores que pretendiam adquirir MNSRM (Sclar et al., 1996). As consultas que duraram em média 4,6 minutos, tiveram o efeito de alterar a opção de compra a 42,6% dos utentes. Quase 8% dos utentes não compraram nada após a consulta e 4,3% foi referenciado ao médico. Potenciais resultados negativos da medicação (reações adversas ou duplicação da terapêutica) foram prevenidos a 7,1% da população do

estudo. Se a esta análise, somarmos os custos de internamento hospitalar por reações adversas a medicamentos, que resultam da sua má utilização, então teremos que concluir que se justifica avaliar estas situações por profissionais especializados.

O desempenho do farmacêutico e da farmácia nem sempre parece estar à altura do papel que lhe é atribuído. Em Portugal, utilizando doentes simulados, uma metodologia também conhecida por cliente mistério, as avaliações da revista DECO Proteste em (2004) Pílula do dia seguinte - *Teste Saúde*, **46**, pp. 9-13; em (2010) Cápsulas para emagrecer - *Teste Saúde*, **84**; e em (2011) Pílula do dia seguinte - *Teste Saúde*, **88**, pp. 10-14, vêm evidenciar oportunidades de melhoria na área do MNSRM, exigindo ao farmacêutico mais e melhor informação sobre medicação e maior responsabilidade como prestador de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliações da revista DECO Proteste sobre aconselhamento em Farmácia

| Estudo | Amostra /Região | Sumário dos principais resultados |
|---|---|---|
| Duas cliente-mistério, adultas e sem problemas de saúde nem excesso de peso (IMC 21), testaram aconselhamento, indicando o desejo de perder peso e referindo o MNSRM. | Janeiro e Fevereiro /2010 36 farmácias e 12 LVMNSRM de Lisboa e Porto | Dos 48 locais visitados, 43 venderam o medicamento sem questionar altura e peso. |
| | | Em 29 locais, nada se questionou sobre a saúde e medicamentos que estivessem a tomar para analisar contra-indicações. |
| | | 25 locais informaram corretamente sobre a toma do medicamento. |
| | | 11 informaram sobre efeitos secundários. |
| 14 clientes-mistério, mulheres, entre os 18 e 26 anos pediram nos 94 locais a pilula do dia seguinte, afirmando ter tido relações sexuais na noite anterior, não usaram preservativo, nem tomavam a pilula. | Abril e Junho 2003 50 farmácias , 27 Centros de saúde, 13 hospitais de Lisboa, Porto, Coimbra e Faro | 10 Farmácias não venderam a pilula por estar esgotada ou só terem a de receita médica, sem esforço para resolver o problema. As farmácias que não venderam a pilula foram visitadas 2ª vez. |
| | | As farmácias foram os locais que menos se preocuparam com o rastreio das mulheres. |
| | | Apenas uma farmácia prestou todas as informações. |
| | | A falta de privacidade nos balcões condiciona o trabalho dos profissionais. |
| Clientes-mistério, jovens, entre os 14 e 18 anos pediram nos 118 locais a pilula do dia seguinte, afirmando ter tido relações sexuais na noite anterior, não usaram preservativo, nem tomavam a pilula. | Maio e Junho 2010 118 locais, 78 farmácias , 35 USF e Centros de saúde, 5 Gabinetes de saúde juvenil de Braga, Faro Coimbra, Porto Lisboa e Leiria. | Todas as farmácias venderam mas a maioria não forneceu informação. |
| | | As orientações da OF são ignoradas pela maioria dos seus profissionais. |
| | | Em 59 casos, na maioria farmácias não houve perguntas. |
| | | Em 31 farmácias não avisaram para tomar o medicamento até 72h após a relação sexual. |
| | | 17 casos alertaram para o prazo mas sem referir tomar mais cedo para maior eficácia. |
| 3 farmácias obtiveram nota máxima nos conselhos. | | |

As publicações internacionais indicam, de forma consistente, que existem oportunidades para melhoria no atendimento em MNSRM realizado nas farmácias.

Por exemplo, Mesquita, A. *et al.*, (2013) avaliaram o atendimento em MNSRM em 25 farmácias comunitárias no Brasil, utilizando doentes simulados em observação oculta com dois cenários: cefaleia persistente e diarreia infantil com febre. Os Farmacêuticos despenderam, em média, 1,5 minutos a aconselhar o doente simulado (desde a receção pelo farmacêutico até à saída da farmácia), o que é inferior ao mínimo de 3 minutos recomendados pela Pan American Health Organization para o aconselhamento dos farmacêuticos aos doentes. A média do período de tempo despendido em aconselhamento ao doente, obtida neste estudo, representa cerca de metade do recomendado. Foi feita pelo menos uma pergunta para avaliar sinais e sintomas em 50,0% dos atendimentos de dor de cabeça e em 56,0% dos atendimentos de diarreia infantil. Neste último cenário foi sugerido tratamento não-farmacológico em 25%, tendo a hidratação oral sido recomendada apenas em 6 visitas. Durante o processo de aconselhamento, nenhum farmacêutico aconselhou sobre possíveis interações medicamentosas, reações adversas e o que fazer em caso de esquecimento de toma do medicamento. Em relação a dosagem e horários da toma de medicamentos, no cenário da dor de cabeça esses itens foram abordados em 0 e 8 simulações, respectivamente. Para o cenário da diarreia infantil os valores aumentaram para 9 e 10 simulações. A amostra deste estudo apresentou baixa capacidade de comunicação, incluindo a não-verbal (contacto visual, interesse e envolvimento), comprometendo o tratamento dos doentes. Como conclusão mostrou-se que o aconselhamento dos farmacêuticos na avaliação do doente era insuficiente, indicando-se a necessidade de uma melhoria substancial na prática profissional.

Relativamente à dispensa de MNSRM, embora seja possível evidenciar o impacto positivo do papel do farmacêutico e o respetivo reconhecimento por parte da população, muito há ainda a fazer para melhorar e normalizar os requisitos de Boa Prática em Automedicação, que não podem ser apanágio, apenas de alguns, devendo antes ser alargados e consolidados a toda a classe profissional farmacêutica. Com a crescente complexidade do mercado de MNSRM, os doentes precisam de mais informação sobre opções de tratamento, interações medicamentosas e efeitos secundários. O aconselhamento farmacêutico em AM tem de se conseguir afirmar pela sua mais-valia para o sistema de saúde e benefícios para o doente.

I.7- Medição da qualidade no atendimento em MNSRM

I.7.1 - A Qualidade na Saúde

O Glossário Farmacêutico Português (2003) define Qualidade na saúde como “o grau da satisfação de requisitos da sociedade, dos doentes, e dos profissionais de saúde envolvendo as características da prestação, financiamento e gestão de cuidados”. Esta definição está aliás, em linha com a definição de Qualidade (ISO 9000:2005), indo de encontro à capacidade de satisfação das necessidades ou expectativas dos consumidores.

Embora a temática da Qualidade em Saúde seja relativamente recente, não é possível a sua abordagem sem referenciar Donabedian. De facto, antes do trabalho de Donabedian (1988) a Qualidade em Saúde era frequentemente considerada um mistério: capaz de ser percebida e apreciada, mas não medida. O paradigma atual da Qualidade em Saúde, teve a sua génese nos anos 80, com um modelo de avaliação assente em três pilares: Estrutura, Processo e Resultados.

Estrutura - Traduz os atributos no contexto em que ocorre o cuidado de saúde. Inclui os atributos de recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), de recursos humanos (número e qualificação de pessoal), e da estrutura organizacional (organização dos profissionais de saúde, métodos de avaliação por pares e os métodos de reembolso).

Processo - Traduz o que realmente é feito para dar e receber cuidados de saúde. Inclui as atividades do doente na procura de cuidados e sua concretização, bem como atividades do profissional de saúde em diagnosticar e recomendar ou implementar tratamento.

Resultados - Traduz os efeitos dos cuidados de saúde sobre o estado de saúde dos doentes e populações. Melhorias no conhecimento do doente e alterações salutareas no seu comportamento são incluídas numa ampla definição do estado de saúde, bem como o grau de satisfação do doente com os cuidados de saúde.

Esta aproximação em três pilares para avaliação da qualidade só é possível porque uma estrutura correta e adequada, aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado (Donabedian, 1988).

De salientar que o conceito de qualidade em saúde, onde se insere a automedicação assistida pelo farmacêutico, não leva em conta apenas resultados clínicos. Donabedian (1988), refere a existência de duas componentes no desempenho dos profissionais de saúde, uma técnica e a outra interpessoal:

Através da componente da componente técnica:

“O desempenho técnico depende do conhecimento e avaliação usados para estabelecer as estratégias adequadas de cuidados e da capacidade para a sua execução. A qualidade do desempenho técnico é avaliada em comparação com a melhor prática, que se sabe ou crê produzir o maior ganho em saúde e torna-se proporcional à sua efetividade”.

Através da componente interpessoal:

“o doente comunica informações necessárias para chegar a um diagnóstico, assim como as preferências para selecionar os cuidados de saúde mais adequados. O profissional de saúde fornece informações sobre a natureza da doença e da sua gestão e motiva o doente a colaborar ativamente nos cuidados que lhe são propostos. A componente interpessoal considera-se o veículo pelo qual o cuidado técnico é implementado e de que o seu sucesso depende”.

Silva (2005) também considera dois níveis de qualidade no âmbito do serviço farmacêutico : qualidade técnica e qualidade humana. A qualidade técnica refere-se à medida de exatidão científica do processo de prestação de serviço farmacêutico. A qualidade humana envolve pressupostos subjetivos sobre a forma como as atividades de serviço farmacêutico são fornecidas ao utente.

1.7.2 - Desenvolvimento da Metodologia 4Choice4A®¹

O adágio “ A melhoria da qualidade começa com a medição” é obviamente aplicável ao atendimento em MNSRM. No âmbito do trabalho de investigação e desenvolvimento nesta área em ambiente empresarial não foi possível identificar um instrumento para medir a qualidade do atendimento em MNSRM nas suas vertentes, técnica e interpessoal, ainda que, conforme referido anteriormente, estejam disponíveis vários protocolos e normativos profissionais. Iniciou-se assim um trabalho de revisão da literatura nacional e internacional, que incluiu fontes como as Boas Práticas de Farmácia, as normas da Ordem dos

¹ Protegida por direitos de autor

Farmacêuticos e critérios previamente publicados (Bissell *et al.* 2000; Ward *et al.*, 2000; Benrimoj *et al.*, 2007), com vista a desenvolver um instrumento de medida da qualidade do atendimento em MNSRM. Pretendia-se que este instrumento também se prestasse a ser utilizado como uma ferramenta formativa em sala, para treino de atendimento em MNSRM, e em ambiente de trabalho, para facilitar a normalização intra e inter-individual nas equipas.

Depois de identificados critérios de qualidade na literatura científica e profissional o trabalho de desenvolvimento centrou-se essencialmente em dissecar o atendimento – desde que se inicia até que termina – identificando etapas e sub-etapas relativas às componentes interpessoal e técnica, por forma a organizar os critérios numa sequência lógica, aplicável de forma transversal à generalidade das situações passíveis de automedicação.

A originalidade da Metodologia não está nos critérios de qualidade que a compõem, que conforme já referido provêm de dados publicados, mas na forma como foi sistematizada. Para promover a memorização adotou-se uma abordagem baseada em acrónimos, que têm grande tradição na educação dos profissionais de saúde, incluindo a área dos MNSRM. Procuraram-se acrónimos fáceis de intuir na língua portuguesa, garantindo em simultâneo a transversalidade, ou seja, uma estrutura aplicável à generalidade dos atendimentos de MNSRM e uma abordagem holística, através da inclusão de uma componente técnica e interpessoal.

Apresentam-se na Figura 3 o esquema geral da metodologia que desenvolvemos integrando-se as etapas da componente interpessoal e componente técnica fundamentais à sua aplicação.

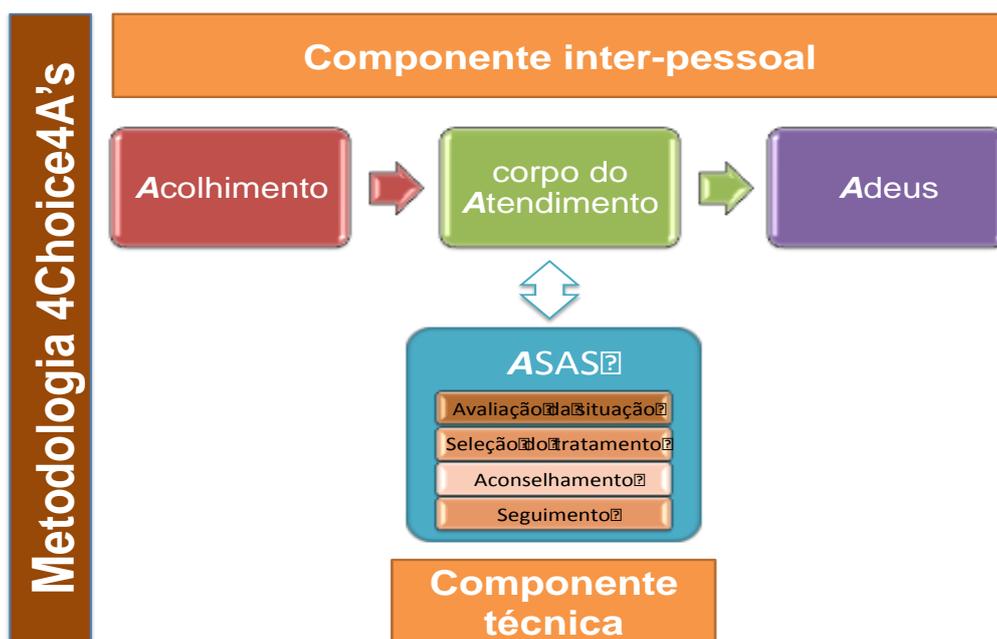


Figura 3 - Metodologia 4Choice4A

Cada uma das etapas e sub-etapas da metodologia 4Choice4A® é constituída por critérios de qualidade. A maioria destes critérios é transversal a todos os atendimentos, enquanto alguns se aplicam apenas a determinadas situações (indicado com 'Se aplicável'). (Tabelas 4 a 10).

Tabela 4 - Caracterização da Etapa **ACOLHIMENTO** da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Critérios de qualidade |
|---------------------|---|---|
| Interpessoal |  | <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentar o cliente • Identificar o motivo da visita • Manter o contacto visual • Oferecer atendimento em gabinete privado, se aplicável. |

Tabela 5 - Caracterização da etapa **ASAS (Avaliação)** da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Subetapa | Critérios de qualidade |
|----------------|---|------------------|--|
| Técnica |  | Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • Exame subjetivo <ul style="list-style-type: none"> – Se aplicável, identificar o doente – Caracterizar os sinais e sintomas – Estabelecer a duração dos sintomas – Identificar medidas já tomadas para alívio dos sintomas – Identificar co-morbilidades e outros medicamentos utilizados habitualmente – Recolher outra informação relevante • Exame objetivo <ul style="list-style-type: none"> – Se aplicável, verificar aparência, sinais ou parâmetros • Se aplicável, referenciar para consulta médica. |

Tabela 6 - Caracterização da etapa ASAS (**Seleção**) da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Subetapa | Critério de qualidade |
|------------|--|----------|---|
| Técnica |  4CHOICE ASAS | Seleção | <ul style="list-style-type: none"> • Adequar o tratamento à situação apresentada <ul style="list-style-type: none"> - Direcionado aos sintomas - Sem contraindicações conhecidas - Sem interações clinicamente relevantes - Respeitando as preferências do cliente • Selecionar medicamentos <u>não</u> sujeitos a receita médica. |

Tabela 7 - Caracterização da etapa ASAS (**Aconselhamento**) da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Subetapa | Critério de qualidade |
|------------|---|----------------|---|
| Técnica |  4CHOICE ASAS | Aconselhamento | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar informação oral sobre a ação do tratamento • Prestar informação oral sobre a posologia • Prestar informação oral sobre a duração do tratamento • Prestar informação escrita sobre a posologia • Prestar informação complementar oral ou escrita • Informar sobre o que fazer se persistirem os sintomas. |

Tabela 8 - Caracterização da etapa ASAS (**Seguimento**) da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Sub-etapa | Critério de qualidade |
|------------|--|------------|---|
| Técnica |  4CHOICE ASAS | Seguimento | <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o cliente a reportar os resultados do tratamento. |

Tabela 9 - Caracterização da etapa **ATENDIMENTO** da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Critérios de qualidade |
|--------------|---|---|
| Interpessoal |  | <ul style="list-style-type: none"> • No caso de pedido direto de um medicamento, manifestar disponibilidade para assistir o cliente • Verificar a compreensão da informação prestada • Manifestar disponibilidade para prestar mais informação • Estar atento às necessidades do cliente. |

Tabela 10 - Caracterização da etapa **ADEUS** da metodologia 4Choice4A®

| Componente | Etapa | Critério de qualidade |
|--------------|--|---|
| Interpessoal |  | <ul style="list-style-type: none"> • Renovar disponibilidade • Manter contacto visual |

A aplicação da metodologia para formação em ambiente laboral foi testada numa amostra de conveniência de cinco farmácias (Gomes *et al.*, 2011). Utilizaram-se doentes simulados, de forma oculta, para diagnóstico das necessidades formativas com base num cenário de constipação. Após a visita o doente simulado registou os dados do atendimento de forma anónima numa lista de verificação, informada pela Metodologia 4Choice4A®. A partir dos resultados obtidos concebeu-se uma sessão de formação e treino para a equipa usando a Metodologia 4Choice4A®, com a duração de cerca de duas horas, que incidia sobretudo nos pontos fracos identificados. Após duas semanas, realizou-se uma segunda visita com um cenário distinto de queixas de constipação. Ocorreu melhoria com significado estatístico na avaliação e aconselhamento.

Estes critérios das várias etapas associaram-se posteriormente como questões do questionário ao Painel Delphi (Anexo IX).

1.7.3 - Validade de instrumentos de medida

A importância dos conceitos validade e fiabilidade associada aos métodos de investigação deverá refletir-se como uma preocupação constante por parte de quem investiga, de forma a assegurar o rigor e a qualidade científica dessa mesma investigação, seja na conceção de um estudo, na análise de resultados ou na avaliação da qualidade do estudo.

Servimo-nos por isso de uma sequência de informações que permitam validar as questões aplicáveis na metodologia que seguimos procedendo a dois tipos de validação.

A Validade é uma avaliação da capacidade de um instrumento medir o que se propõe medir. Existem vários tipos de validade, como seja a validade de face, de conteúdo e de critério. O estabelecimento de várias validades aumenta o grau de confiança das pontuações obtidas em escalas ou instrumentos para medir construtos subjetivos, (Streiner & Norman, 2003) como a qualidade do atendimento. Assim, a validade não deve ser considerada em termos da sua presença ou ausência - instrumento válido ou inválido - mas sim atendendo às várias validades estabelecidas, incluindo validade de face e de conteúdo.

A validade de face refere-se às avaliações subjetivas sobre a apresentação e relevância do instrumento: este parece ser relevante, razoável, inequívoco e claro (Bowling, 2003).

A validade de conteúdo é um conceito mais aprofundado do que validade de face. Refere-se a julgamentos sobre o conteúdo dos instrumentos, nomeadamente em que medida parece lógico incluir, de forma completa, as características do construto a medir (Bowling, 2002). Outros autores definiram validade de conteúdo como a avaliação subjetiva mas sistemática da representatividade do conteúdo do instrumento para medir o propósito em questão (Malhotra, 2009).

2. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é contribuir para a validação da Metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM.

Os objetivos específicos são:

- Determinar a validade de face da metodologia 4Choice4A®
- Determinar a validade de conteúdo da metodologia 4Choice4A®.

3. Método

3.1 - Escolha da metodologia

Para determinar a validade de face e conteúdo da metodologia 4Choice4A® considerou-se o recurso a métodos de consenso, uma vez que estas duas formas de validade, que constituem um pré-requisito mínimo para a aceitação de um instrumento de medida, são normalmente avaliadas com base na revisão por painel de especialistas (Streiner & Norman, 2003).

Esta é uma aplicação típica dos métodos de consenso - veja-se por exemplo o emprego da técnica Delphi para obter indicadores de qualidade em saúde (Boulkedid, 2011) - mas estes métodos podem também ser usados para tomar decisões ou chegar a conclusões sobre temas cuja evidência seja insuficiente ou contraditória. Por exemplo, na investigação atual da prática farmacêutica, eles têm sido usados para definir e priorizar os obstáculos ou os facilitadores do papel alargado do farmacêutico, para desenvolver indicadores ou derivar orientações sobre terapêutica medicamentosa (Guerreiro & Samuelst, 2006).

De acordo com Bowling (2003), existem com interesse e relevância, três métodos principais para estabelecer opiniões consensuais: (1) Conferência de Consenso, (2) Técnica de Grupo Nominal e (3) Painel Delphi.

A **Conferência de Consenso** é um método que envolve a organização de uma reunião com painel de peritos de uma determinada área ou painéis de leigos ou misto, reunidos para discutir temas específicos, geralmente com o objetivo de melhorar a compreensão de uma área ou desenvolvimento de um consenso. Exige um facilitador que pode ser um perito na matéria ou que tenha credibilidade junto dos participantes. Este método pode ser economicamente dispendioso e requer um elevado nível de organização, sendo usado habitualmente por organizações governamentais ou sectoriais da saúde.

O **Grupo Nominal** é um método em que se solicita aos participantes que primeiro expressem individualmente o seu ponto de vista sobre a matéria em avaliação (ex: escala de valores). Os resultados são sintetizados e apresentados aos peritos em reunião subsequente onde se discute as avaliações e a suas diferenças. À luz desta discussão é-lhes solicitado que

reavaliem as suas posições, sendo-lhes depois dado conhecimento das posições finais. Este método também exige a figura de um facilitador, havendo exemplos da utilização deste método na clínica médica, no estabelecimento de critérios para intervenções cirúrgicas.

O **método Delphi** é um método que usa questionários postais, com questões abertas e fechadas para obter anonimamente ideias ou posições de um grupo de pessoas, sem necessidade de se organizar uma reunião. Na realidade trata-se de um quase-anônimo, pois os investigadores conhecem a identidade dos participantes.

Boulkedid, (2011) referencia a definição da Técnica Delphi de Adler et al., (1996) como “*um exercício de comunicação em grupo que reúne e sintetiza o conhecimento de um grupo de participantes geograficamente dispersos que nunca se encontram*”. A Figura 4 ilustra as principais etapas deste método.

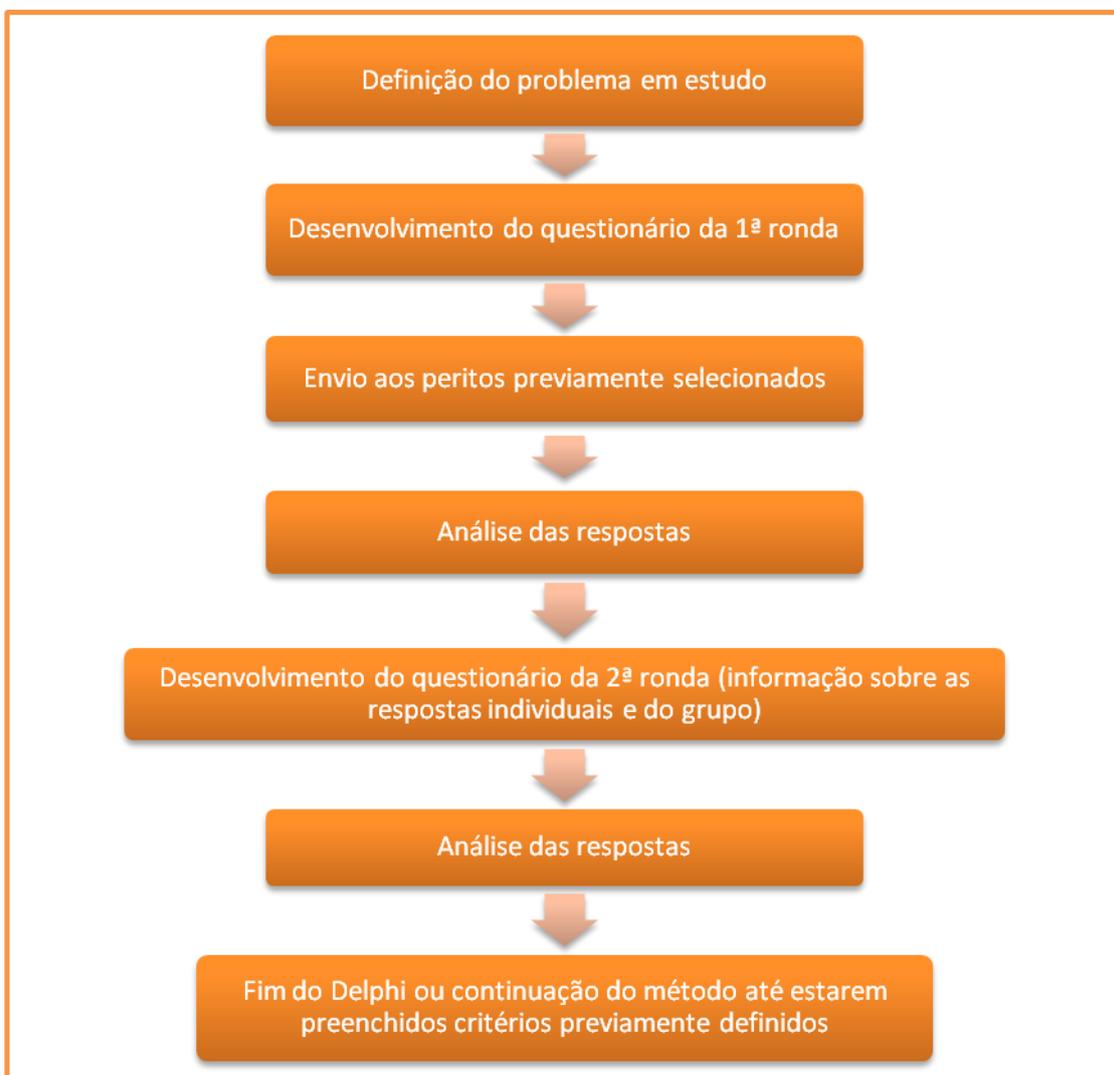


Figura 4 - Principais etapas do método Delphi

Na investigação em Saúde, a Técnica Delphi é utilizada mais frequentemente por duas razões principais: para estabelecer prioridades e para obter consensos.

A premissa principal da Técnica Delphi é atribuída ao facto de a opinião do grupo ser considerada mais válida e mais fiável que a opinião individual (Keeney *et al.*, 2011).

Também, de acordo com o mesmo autor, não havendo linhas de orientação formais e universalmente aceites para o uso do Delphi, este tem evoluído desde a sua criação num conjunto de modificações de que a Tabela II revela alguns exemplos e que comprovam a flexibilidade do método.

Tabela II - Tipos de Delphi e suas características

(Adaptado de: Keeney, S. Hasson, F. McKenna H. - *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Ed. Wiley-Blackwell Press. (2011))

| Tipos de Delphi | Principais características |
|-------------------|--|
| Delphi Clássico | Utiliza uma primeira ronda (normalmente qualitativa) com perguntas abertas para facilitar geração de ideias, suscitar opiniões e obter consenso. Usa 3 ou mais rondas postais. |
| Delphi Modificado | Modificação que normalmente assume a forma de substituir a primeira ronda postal por entrevistas presenciais ou grupo focal. Pode usar menos de 3 rondas postais. |
| Delphi de Decisão | Processo semelhante ao Delphi clássico, mas mais focado na tomada de decisões do que na obtenção de consenso. |
| e-Delphi | Processo semelhante ao Delphi clássico mas administrado por e-mail ou pesquisa online pela web. |
| On line Delphi | Processo semelhante ao Delphi clássico mas os questionários são completados e submetidos online. |

A escolha do método de consenso depende da natureza do projeto. No presente estudo optou-se por utilizar o método Delphi por várias razões. Em primeiro lugar, e conforme já referido, o **método Delphi** tem sido amplamente utilizado para o desenvolvimento de indicadores de qualidade na área da saúde (Boulkedid, R. *et al.*, 2011). Acresce que não se dispunha de recursos para a organização de uma conferência de consenso. Antecipava-se dispersão geográfica dos peritos, o que aliado à dificuldade de agendamento de uma reunião presencial levaria a que não se considerasse a técnica de grupo nominal. Finalmente, mas não menos importante, uma das técnicas do método Delphi é a administração do questionário

por *e-mail/internet*, que possui inúmeras vantagens: simplifica a logística, permite maior rapidez na comunicação entre o investigador e os peritos (diminuindo tempos de resposta e *feedback* de resultados), facilita o envio de lembretes e pedidos de esclarecimento, evita custos de correio, e é mais amigo do ambiente (Keeney, S *et al.*, 2011).

Enquanto no método Delphi clássico a primeira ronda é normalmente qualitativa (serve para gerar as perguntas do questionário), neste estudo foi utilizada uma modificação amplamente descrita, em que as questões (critérios de qualidade) tinham sido previamente derivadas.

3.2 - Amostragem

Composição do painel

Para reforçar a credibilidade e a aceitação do estudo, o painel Delphi deve refletir toda a gama de intervenientes que têm interesse nos resultados obtidos. Além disso, os diferentes intervenientes têm frequentemente pontos de vista muito diferentes sobre a qualidade do atendimento, o que enriquece os resultados do Método Delphi. (Boulkedid, R. *et al.*, 2011). A questão de saber se um painel deve ser unidisciplinar ou multidisciplinar vai depender, em parte, da natureza da questão de pesquisa (Cantrill, 1996).

No planeamento desta investigação, não se considerou relevante o recrutamento de uma amostra alargada e representativa da população, que melhor fundamentasse uma generalização, tendo-se antes preferido, como é habitual, uma seleção limitada de peritos bem informados sobre a matéria em estudo, numa abordagem não-probabilística (i.e. não baseada em procedimentos de amostragem aleatória).

Optou-se assim por um painel heterogéneo - *farmacêuticos, médicos, doentes, académicos, associações do sector, psicólogos ligados à área da comunicação* - de forma a representar as várias interfaces da automedicação (*farmácia comunitária, medicina geral e familiar, doentes, consumidores, indústria farmacêutica, distribuição farmacêutica, comunicação e informação, qualidade, organizações sectoriais e conhecimento científico*).

Definição de Perito

Como perito considerou-se um indivíduo com opinião formada e informada sobre a Qualidade no atendimento em MNSRM e que pode ser afetado pelo resultado desse atendimento.

De acordo com Cantrill *et al.*, (1996) aceita-se que um perito é “Qualquer individuo com conhecimento e experiência relevante sobre determinado assunto, incluindo doentes e cuidadores”.

Outras definições de “perito” apresentam ideias comuns: “especialistas na área”, “conhecimento sobre assunto específico”, “indivíduos informados”, etc.

Os mesmos autores indicam que na identificação de peritos se têm utilizado abordagens que incluem a seleção com base em credenciais profissionais ou *status* profissional, convite a grupos disciplinares relevantes para nomear os seus próprios peritos, ou ambas, como foi o caso do nosso estudo (exemplos da Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos, Associação Nacional de Farmácias, DECO, Plataforma Saúde + Diálogo, entre outros).

Seguindo esta orientação, para a seleção de peritos neste estudo considerou-se um conjunto de critérios expressos no *Anexo II*, como por exemplo, conhecimento e experiência na área a ser investigada e profissionais de saúde com mais de 5 anos de experiência profissional em farmácia comunitária.

Procurou-se deste modo o contributo de todos aqueles que, de alguma forma podiam ter intervenção, participação ou opinião formada pelo estudo ou pela prática, tendo em consideração os critérios referidos.

Procedimento para recrutamento de Peritos

Identificou-se um conjunto de 40 peritos, previamente selecionados de acordo com os perfis acima referidos e identificados numa Proposta inicial de Lista de Participantes (*Anexo VI*).

Foi então enviado por *e-mail* o convite aos 40 potenciais peritos. Para melhor compreensão e enquadramento da participação como perito neste estudo, anexou-se uma carta de apresentação (*Anexo III*), um Formulário de Participação (*Anexo IV*) - a devolver digitalizado ou/e um Folheto informativo (*Anexo V*).

Dimensão do painel Delphi

Não havendo nenhuma orientação acerca do número de participantes necessários para constituir uma amostra representativa, a literatura apresenta uma variação considerável no tamanho de um painel Delphi.

Keeney (2011) refere que essa variação vai de menos de 15 participantes (Turoff, 1970; Malone *et al.*, 2005) até milhares (Drennan *et al.*, 2007). Vários autores sugerem diferentes intervalos mínimos e máximos para um painel Delphi, e é aceite como regra geral “quanto maior melhor”, embora haja pouca evidência sobre o efeito do número de participantes na fiabilidade e validade do processo de consenso.

Outros autores referem que painéis com mais de 30 participantes raramente se associam a melhoria de resultados, porém, grandes painéis podem ser difíceis de gerir e podem apresentar altas taxas de erosão.

Ao questionar o tamanho de um Painel Delphi, Novakowski (2009) refere Turoff (2006) que assume ser mais relevante questionar a variedade ou tipos de peritos necessários para assegurar que todas as perspetivas sejam avaliadas, o que por sua vez vai indicar o âmbito do Delphi e o tamanho do painel.

Seguindo este princípio, identificaram-se dez interfaces às quais se associaram os 40 peritos, conforme seleção acima referida. Destes, houve impedimentos e indisponibilidade de tempo em 10 dos selecionados, tendo o convite para integrar o painel sido aceite por 30 peritos e simultaneamente formalizada a sua participação com o envio do Formulário de Participação (*Anexo IV*) assinado.

Considerou-se o número de 30 peritos adequado por assegurar um compromisso entre a fiabilidade e a operacionalidade e com uma distribuição seletiva pelas diferentes interfaces envolvidas, de modo a que cada uma pudesse contribuir com vários representantes, conforme descrito na Tabela 12.

Tabela 12 - Interfaces / Tipos de peritos

| Interfaces | Nº de Peritos | Tipos de peritos |
|----------------------------|---------------|--|
| Conhecimento científico | 6 | Docentes Universitários; CEFAR; CIM |
| Indústria farmacêutica | 4 | Farmacêuticos |
| Distribuição farmacêutica | 2 | Farmacêuticos |
| Farmácia comunitária | 6 | Farmacêuticos |
| Medicina geral e familiar | 4 | Médicos de Família |
| Associação de doentes | 1 | Plataforma Saúde em Diálogo |
| Associação de consumidores | 2 | DECO; Associação Port. de Direito do Consumo |
| Organizações sectoriais | 3 | ANF; OF; OM |
| Qualidade | 1 | Farmacêutico |
| Comunicação e informação | 2 | Psicólogos |

3.3 - Recolha de dados

3.3.1 - Questionário da Ronda I

Quer para o método Delphi tradicional quer para este e-Delphi, cada ronda consiste no preenchimento de um questionário estruturado com o objetivo de alcançar um consenso. O questionário da Ronda I, apresentado no *Anexo IX*, incluía 34 questões. Estas tiveram como suporte o conjunto de 32 critérios de qualidade, que constituem a metodologia 4Choice4A®, e duas questões sobre a sua relevância e exaustividade. Neste questionário, também foi disponibilizada uma descrição mais pormenorizada da metodologia 4Choice4A®, que se pretendia avaliar em relação a cada um dos seus critérios de qualidade, identificando e sistematizando os 4A, ou seja as etapas do Acolhimento, da Avaliação, da Seleção e até ao Adeus, cada um com a sua cor correspondente (ver a sequência das Tabelas 4 a 7).

Cada uma das 32 questões inquiriu o perito sobre a relevância de cada um dos 32 critérios para medir a qualidade do atendimento em MNSRM.

Além destes 32 questões (Q1 a Q32) associadas aos critérios de qualidade acima referidos, incluiu-se também 2 questões (Q33 e Q34) para medir a opinião dos peritos quanto à relevância e exaustividade da metodologia 4Choice4A® no global (*Anexo IX*).

Para responder, os peritos dispunham de uma escala Likert de sete pontos, de 1 (Totalmente Irrelevante) a 7 (Totalmente Relevante), correspondendo o valor central à incerteza (Figura 5).

| Qual a relevância deste critério para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Não Respondo | Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comentários: | | | | | | | |

Figura 5 - Escala Likert do questionário Delphi

Embora não fosse obrigatório comentar cada uma das questões, foi considerado útil para o estudo conhecer as razões que levaram o Perito a discordar dos critérios apresentados, assim como sugestões para os tornar mais claros ou completos, adicionando elementos ou rephraseando a sua redação. Para este fim, foram disponibilizados espaços para “comentários” associados a cada critério analisado e no fim do questionário disponibilizado espaço para sugestão de Critérios de Qualidade adicionais, baseado nos conhecimentos e experiência dos diversos Peritos (Anexo IX).

O **questionário da primeira ronda** foi submetido a um **ensaio piloto** por um painel de seis farmacêuticos comunitários, em ambiente virtual (*e-mail*), selecionados pela experiência e conhecimento na área da farmacoterapia de não prescrição. Para além do questionário foi também solicitado que preenchessem a folha de Avaliação dos Materiais (Anexo VIII). Este ensaio originou alterações várias no questionário, nomeadamente a introdução da opção “Não respondo” (Figura 5) caso o perito considerasse que a questão estava fora da sua área de perícia. Desta forma seria possível destringir as não respostas por este motivo das restantes respostas em branco.

Relativamente à Avaliação de materiais (Anexo VIII) conclui-se que:

- A técnica Delphi foi explicada de forma clara (apenas 1 perito referencia falta de clareza).

- O conceito de metodologia 4Choice 4A para atendimento em MNSRM foi apresentado de forma clara (apenas 1 perito sugere diferenciar AM de Indicação Farmacêutica).
- As instruções para preenchimento do questionário estavam claras (um Perito sugere reduzir a introdução e centrar no modo de preencher).
- Foi fácil utilizar a escala numérica para resposta (Concordância de todos os peritos).
- O tempo para responder ao questionário variou de 10m a 2h30.
- O nº de pausas durante o questionário foi de 0 a 3.
- Todos os peritos responderam às perguntas sequencialmente.
- O questionário foi considerado “amigável”, i.e., fácil de ler, compreender e responder no entanto um perito sugere a sua simplificação e a introdução do explicar se as respostas têm como referencia a prática pessoal, o método proposto ou algum referencial.
- Houve sugestões para melhoria do questionário referidas no próprio questionário, para introduzir mais algumas variáveis nos critérios de avaliação e para simplificar.
- Todos os peritos responderiam a um segundo questionário se lhes fosse pedido.

Esta validação preliminar (ensaio piloto) decorreu entre Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 e após análise pela equipa de investigação resultaram alterações ao questionário:

- A inserção de mais uma questão (nº 34) relativa à exaustividade da metodologia.
- A subdivisão inicial das alíneas da questão 13 evolui para questões individualizadas.
- Foi incluída a opção “não respondo” nas 34 questões do questionário.
- Melhorou-se a formatação do questionário.
- Houve reformulação dos documentos informativos a entregar aos peritos.

Definição de consenso

A questão metodológica mais sensível com o método Delphi é a definição de consenso entre os peritos, entendendo-se consenso como “*uma condição de homogeneidade ou consistência de opinião entre os peritos*” (Graham et al., 2003).

Keeney (2011) refere não haver uma definição universal de consenso, podendo este ser estabelecido de várias formas, como sejam:

- Utilizar medidas de tendência central (por exemplo, pontuação mediana superior a um limite previamente definido);
- Definir uma proporção mínima de peritos que pontuam zonas da escala de resposta correspondentes a concordância;
- Medir a estabilidade das respostas entre rondas sucessivas.

Quando se utiliza a concordância por uma proporção de peritos o nível percentual é arbitrário; Keeney (2011) identificou estudos que referem valores de 100% a 51%.

Para este estudo, estabeleceu-se que existiria consenso positivo quando 75% ou mais dos elementos do painel Delphi pontuassem 6 ou 7 cada critério. Existiria consenso negativo quando 75% ou mais dos elementos do painel Delphi pontuassem 1 ou 2. A ausência e cumprimento de uma destas condições indicam inexistência de consenso.

Crítérios para completar a avaliação do método Delphi

Existe pouca evidência científica sobre o número ideal de rondas; por norma o número recomendado de rondas é de dois ou três (Boulkedid, R. *et al.*, 2011). Parar o processo cedo demais pode levar a resultados inválidos ou não significativos, mas um número elevado de rondas pode causar fadiga dos peritos com elevadas taxas de abandono.

Neste estudo foi previamente definida a realização de duas rondas, pois antevia-se que fosse suficiente para formar consenso e minimizava-se a erosão da amostra.

3.3.2 - Questionário da Ronda 2

Construção do questionário da Ronda 2 com os resultados da Ronda 1

Após o envio dos questionários da Ronda 1 aos 30 peritos em 16-01-2014, foram recebidas 28 respostas, havendo 2 peritos (um farmacêutico comunitário e um perito de uma organização sectorial) que após envio de lembretes e posteriores contactos telefónicos acabaram por não enviar resposta. Considerou-se assim as respostas de 28 peritos até ao fim de Janeiro de 2014 para análise de resultados e a partir daqui construir o questionário da Ronda 2.

Informação dos resultados da Ronda I aos Peritos

Após análise dos resultados das avaliações da Ronda I, foi enviado um questionário personalizado para cada perito, com informação sobre a pontuação mediana, máxima e mínima de cada item, bem como a pontuação que o perito atribuiu a cada item na primeira ronda, assinalada a **verde** na escala de resposta (Figura 6).

Os itens aos quais os peritos não responderam na primeira ronda, por considerar estarem fora da sua área de perícia ou por outra razão, não foram incluídos.

Adicionalmente foi apresentado junto de cada questão um resumo dos comentários feitos pelos peritos na primeira ronda. Estes comentários, bem como eventuais observações que foram transmitidas na segunda ronda, foram utilizados para rever a redação dos itens aprovados por consenso.

À luz da informação fornecida (respostas do grupo e a sua própria resposta) foi pedido a cada perito que refletisse sobre cada critério, podendo, se assim o entendesse, reavaliar e alterar a sua pontuação. Se mantivesse a pontuação deveria assinalar o ponto da escala previamente selecionado. Foi também solicitado aos peritos que não deixassem respostas em branco, consideradas inconclusivas nesta fase do estudo.

| Q7 2ªA - ASAS - Componente Técnica - AVALIAÇÃO | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Exame Subjetivo (INDICO) D: • Duração da queixa. | | | | | | | |
| Qual a relevância deste critério para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | | |
| Não Respondo | Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | | X |
| Pontuação mediana: 7 | | Pontuação mínima: 4 | | Pontuação máxima: 7 | | | |
| Comentários da primeira ronda: | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Ao separar a Duração da “queixa”, deve aqui ser contemplada a Evolução. P.e., é diferente uma tosse que é sempre não produtiva daquela que começou por ser não produtiva e passou a produtiva• A indicação de duração está associada a atitude comportamental, pelo excesso ou inibição• Respondo indeciso entre 6 e 7. Talvez 7 seja mais justo. Há queixas cuja duração remetem prontamente para o médico. Mas há situações em doenças benignas que não tornam tão transcendente esta relevância | | | | | | | |
| Comentários da segunda ronda: | | | | | | | |
| Altero a minha apreciação para 7, é totalmente relevante apurar-se a duração da queixa. Em todas as circunstâncias, o farmacêutico deverá questionar há quanto tempo e com que grau de intensidade se está a manifestar o nível de sintomas. É um dado crucial para o aconselhamento. | | | | | | | |

Figura 6 - Exemplo de item da Ronda 2, com informação personalizada

A segunda ronda foi enviada a 19 de Março de 2014. Solicitou-se resposta até 31 de Março. Foi enviado um lembrete aos não respondentes a 28 de Março.

A facilidade de se poder recorrer à informação e atualização via *e-mail* (envio de lembretes e resposta a pedidos de esclarecimento) veio confirmar algumas das vantagens do e-Delphi referidas na literatura nomeadamente, maior rapidez na comunicação entre investigador e peritos, diminuir tempos de resposta e *feedback* de resultados e ausência de custos de correio.

Duração do Delphi

Este estudo decorreu entre Janeiro e Março de 2014, na forma de dois questionários eletrónicos, como parte de um painel e-Delphi (Ver Cronograma de Atividades - Anexo I).

3.4 - Análise dos dados

Os dados foram inseridos numa base de dados em Excel e posteriormente transferidos para a aplicação informática SPSS versão 21. A exatidão dos dados foi verificada por um segundo operador, de forma independente. Realizou-se uma estatística descritiva dos dados com o auxílio do SPSS. As não respostas foram excluídas da análise.

4. Resultados

4.1- Taxa de resposta

Conforme já referido aceitaram participar no estudo 30 peritos. Completaram a primeira ronda 28 peritos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 93%. A segunda ronda foi completada pela totalidade dos peritos, não se tendo verificado qualquer erosão da amostra.

4.2 - Características sociodemográficas dos peritos

A maioria dos peritos que completou a segunda ronda era do sexo feminino (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição do Painel de peritos pelo género

| SEXO | n | % |
|-----------|----|-------|
| Feminino | 16 | 57,14 |
| Masculino | 12 | 42,86 |

O painel apresentou uma média de idade de 52 anos, com uma idade máxima de 73 e mínima de 34 anos.

As Habilitações literárias do Painel de peritos estão descritas na Tabela 14, sendo mais preponderante a Licenciatura.

Tabela 14 - Distribuição do Painel de peritos pelas Habilitações literárias

| HABILITAÇÕES LITERÁRIAS | n | % |
|-------------------------|----|-------|
| Licenciatura | 11 | 39,29 |
| Pós-Graduação | 3 | 10,71 |
| Mestrado | 8 | 28,57 |
| Doutoramento | 5 | 17,86 |

4.3 - Análise dos itens do questionário

A figura seguinte, (Figura 7) oferece uma panorâmica dos resultados do painel Delphi.

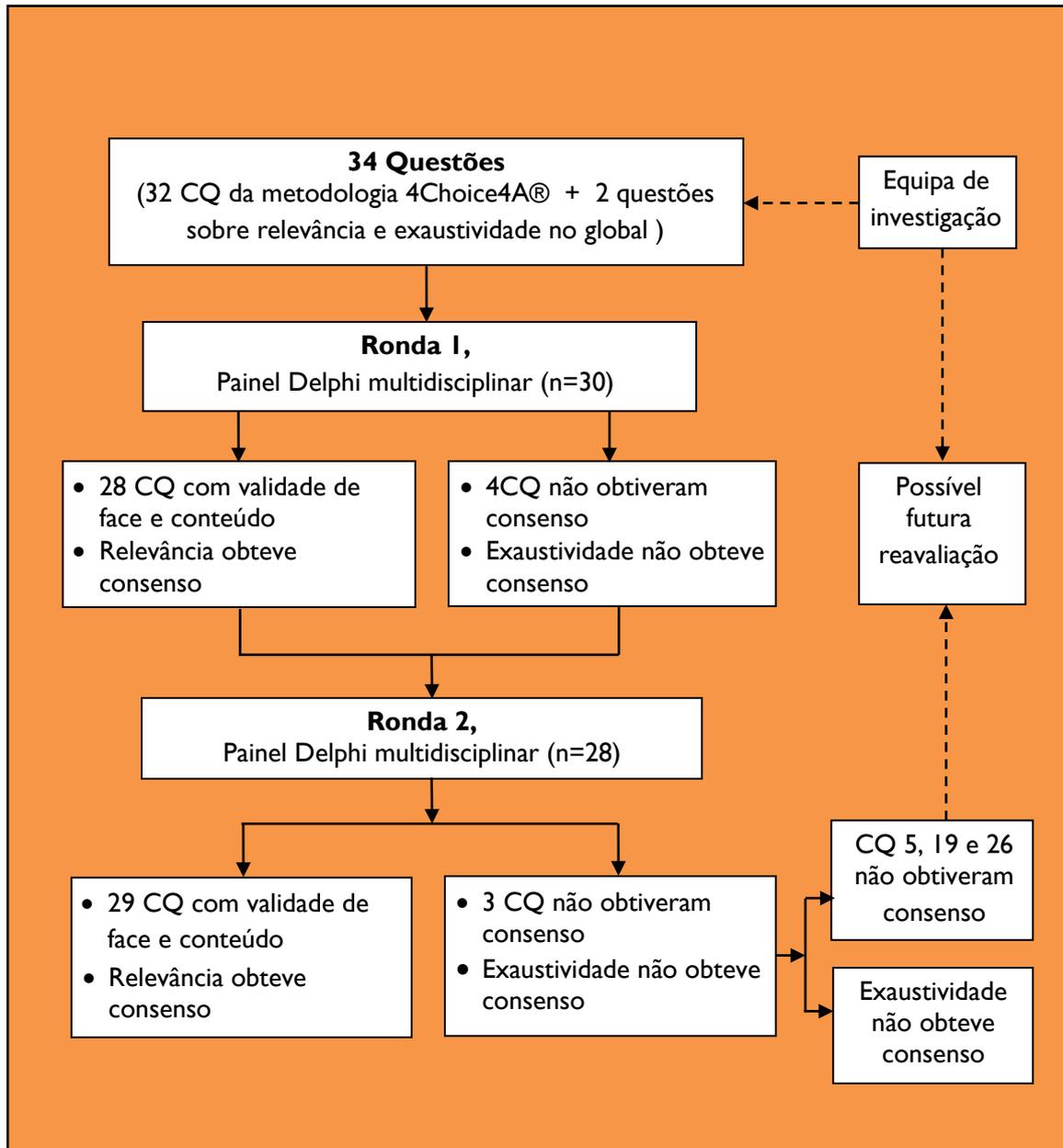


Figura 7 - Resultados da validação dos critérios de qualidade da metodologia 4Choice4A®, sua relevância e exaustividade

Ronda I

Na primeira ronda, das 32 questões (Q1 a Q32) associadas aos critérios de qualidade da metodologia 4Choice4A®, 28 atingiram o nível pré-definido de consenso. Os critérios 5, 11, 19 e 26 não obtiveram consenso, conforme descrito na Tabela 15.

Tabela 15 - Resultados da avaliação dos peritos aos critérios de qualidade da Metodologia 4Choice 4A® - Ronda I

| Metodologia 4Choice 4A® | | Não respostas | Média | Mediana | Mínimo | Máximo | % Peritos a pontuar 6 ou 7 | |
|-------------------------|-------|---------------|-------|---------|--------|--------|----------------------------|-------|
| 4A | Q / n | | | | | | | |
| 1ºA | Q1 | 28 | 2 | 6.57 | 7.00 | 5 | 7 | 92.9 |
| | Q2 | 28 | 2 | 6.57 | 7.00 | 4 | 7 | 92.9 |
| | Q3 | 28 | 2 | 6.32 | 7.00 | 4 | 7 | 81.9 |
| | Q4 | 28 | 2 | 6.18 | 6.50 | 2 | 7 | 82.1 |
| 2ºA | Q5 | 27 | 3 | 5.89 | 7.00 | 2 | 7 | 66.7 |
| | Q6 | 28 | 2 | 6.93 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 |
| | Q7 | 28 | 2 | 6.61 | 7.00 | 4 | 7 | 92.8 |
| | Q8 | 28 | 2 | 6.61 | 7.00 | 5 | 7 | 92.9 |
| | Q9 | 28 | 2 | 6.64 | 7.00 | 4 | 7 | 92.9 |
| | Q10 | 28 | 2 | 6.43 | 6.50 | 5 | 7 | 92.9 |
| | Q11 | 28 | 2 | 6.21 | 6.50 | 5 | 7 | 71.4 |
| | Q12 | 28 | 2 | 6.71 | 7.00 | 5 | 7 | 89.2 |
| | Q13 | 27 | 3 | 6.30 | 6.00 | 4 | 7 | 85.1 |
| | Q14 | 28 | 2 | 6.68 | 7.00 | 5 | 7 | 89.3 |
| | Q15 | 28 | 2 | 6.54 | 7.00 | 5 | 7 | 92.8 |
| | Q16 | 28 | 2 | 6.18 | 6.50 | 3 | 7 | 75.0 |
| | Q17 | 28 | 2 | 6.39 | 7.00 | 5 | 7 | 85.7 |
| | Q18 | 28 | 2 | 6.71 | 7.00 | 5 | 7 | 92.9 |
| | Q19 | 26 | 4 | 5.92 | 7.00 | 1 | 7 | 73.1 |
| | Q20 | 28 | 2 | 6.50 | 7.00 | 5 | 7 | 92.8 |
| | Q21 | 28 | 2 | 6.93 | 7.00 | 6 | 7 | 100.0 |
| | Q22 | 28 | 2 | 6.79 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 |
| | Q23 | 28 | 2 | 6.21 | 7.00 | 3 | 7 | 78.6 |
| | Q24 | 28 | 2 | 6.18 | 6.00 | 3 | 7 | 82.2 |
| Q25 | 28 | 2 | 6.75 | 7.00 | 5 | 7 | 96.5 | |
| Q26 | 28 | 2 | 5.79 | 6.00 | 3 | 7 | 67.9 | |
| 3ºA | Q27 | 28 | 2 | 6.07 | 6.00 | 2 | 7 | 89.3 |
| | Q28 | 28 | 2 | 6.36 | 7.00 | 5 | 7 | 78.5 |
| | Q29 | 28 | 2 | 6.50 | 7.00 | 4 | 7 | 89.3 |
| | Q30 | 28 | 2 | 6.18 | 6.00 | 4 | 7 | 78.6 |
| 4ºA | Q31 | 28 | 2 | 6.32 | 7.00 | 3 | 7 | 75.0 |
| | Q32 | 28 | 2 | 6.00 | 6.00 | 3 | 7 | 75.0 |

No global verificou-se elevada concordância com os critérios propostos; 32 critérios obtiveram uma mediana de 7. Somente 10 critérios tiveram uma pontuação mínima correspondente a irrelevante.

Das duas questões finais, a Q33 relativa à relevância da Metodologia para medir a qualidade do atendimento em MNSRM, atingiu o nível pré-definido de consenso; a Q34 relativa à exaustividade da Metodologia para medir a qualidade do atendimento em MNSRM, não obteve consenso por parte do Painel Delphi, uma vez que só obteve 44,4% a pontuarem com 6 ou 7 (Tabela 16).

Tabela 16 - Resultados da avaliação dos peritos à Relevância e Exaustividade da Metodologia 4Choice 4A® - na **Ronda 1**

| Metodologia 4Choice 4A® | | | Não respostas | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | % Peritos a pontuar 6 ou 7 |
|-------------------------|-------|----|---------------|-------|---------|--------|--------|----------------------------|
| 4A | Q / n | | | | | | | |
| Relevância | Q33 | 28 | 2 | 6.32 | 6.00 | 4 | 7 | 89.3 |
| Exaustividade | Q34 | 27 | 3 | 5.00 | 5.00 | 1 | 7 | 44.4 |

Ronda 2

A segunda ronda registou variações nas opiniões dos peritos, expressas em:

- 4 Questões que reduziram a percentagem de peritos a pontuarem 6 e 7 (assinaladas a amarelo na tabela 10);
- 12 Questões onde essa percentagem permaneceu inalterada;
- 16 Questões que aumentaram a percentagem de peritos a pontuarem 6 e 7 (assinaladas a azul na tabela 10).

Da ronda 1 para a ronda 2 registou-se a alteração do critério 11 que evolui de 71,4 % para 75 %, passando a ser um critério validado.

Dos 32 critérios de qualidade da metodologia 4Choice4A® em avaliação, 29 obtiveram consenso quanto à sua relevância para medir a qualidade do atendimento em MNSRM. Os critérios referentes à *identificação do cliente, dispensa de medicamentos classificados como não*

sujeitos a receita médica e seguimento não obtiveram consenso (critérios 5,19 e 26, respetivamente), assinalados a vermelho na Tabela 17.

Tabela 17 - Resultados da avaliação dos peritos aos critérios de qualidade da Metodologia 4Choice 4A® - na **Ronda2**

| Metodologia 4Choice 4A® | | Não resposta | Média | Mediana | Mínimo | Máximo | % Peritos a pontuar 6 ou 7 | | |
|-------------------------|-------|--------------|-------|---------|--------|--------|----------------------------|-------|---|
| 4A | Q / n | | | | | | | | |
| 1ºA | Q1 | 28 | 2 | 6.54 | 7.00 | 5 | 7 | 89.3 | < |
| | Q2 | 28 | 2 | 6.57 | 7.00 | 4 | 7 | 92.9 | = |
| | Q3 | 28 | 2 | 6.36 | 7.00 | 5 | 7 | 82.2 | > |
| | Q4 | 28 | 2 | 6.04 | 6.00 | 2 | 7 | 75.0 | < |
| 2ºA | Q5 | 28 | 2 | 6.00 | 7.00 | 0 | 7 | 67.8 | > |
| | Q6 | 28 | 2 | 6.93 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 | = |
| | Q7 | 28 | 2 | 6.75 | 7.00 | 5 | 7 | 92.8 | = |
| | Q8 | 28 | 2 | 6.61 | 7.00 | 5 | 7 | 92.9 | = |
| | Q9 | 28 | 2 | 6.71 | 7.00 | 4 | 7 | 96.5 | > |
| | Q10 | 28 | 2 | 6.43 | 6.50 | 5 | 7 | 92.9 | = |
| | Q11 | 28 | 2 | 6.25 | 6.50 | 5 | 7 | 75.0 | > |
| | Q12 | 28 | 2 | 6.79 | 7.00 | 5 | 7 | 92.8 | > |
| | Q13 | 28 | 2 | 6.11 | 6.50 | 0 | 7 | 82.1 | < |
| | Q14 | 28 | 2 | 6.75 | 7.00 | 5 | 7 | 96.5 | > |
| | Q15 | 28 | 2 | 6.68 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 | > |
| | Q16 | 28 | 2 | 6.43 | 7.00 | 5 | 7 | 85.7 | > |
| | Q17 | 28 | 2 | 6.61 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 | > |
| | Q18 | 28 | 2 | 6.71 | 7.00 | 5 | 7 | 92.9 | = |
| | Q19 | 28 | 2 | 5.46 | 6.00 | 0 | 7 | 64.3 | < |
| | Q20 | 28 | 2 | 6.61 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 | > |
| | Q21 | 28 | 2 | 7.00 | 7.00 | 7 | 7 | 100.0 | = |
| | Q22 | 28 | 2 | 6.79 | 7.00 | 5 | 7 | 96.4 | = |
| | Q23 | 28 | 2 | 6.29 | 6.50 | 3 | 7 | 85.7 | > |
| | Q24 | 28 | 2 | 6.25 | 6.00 | 5 | 7 | 85.7 | > |
| Q25 | 28 | 2 | 6.71 | 7.00 | 6 | 7 | 100.0 | > | |
| Q26 | 28 | 2 | 5.82 | 6.00 | 4 | 7 | 67.9 | = | |
| 3ºA | Q27 | 28 | 2 | 6.07 | 6.00 | 2 | 7 | 89.3 | = |
| | Q28 | 28 | 2 | 6.43 | 7.00 | 5 | 7 | 82.1 | > |
| | Q29 | 28 | 2 | 6.57 | 7.00 | 4 | 7 | 92.9 | > |
| | Q30 | 28 | 2 | 6.14 | 6.00 | 4 | 7 | 78.6 | = |
| 4ºA | Q31 | 28 | 2 | 6.43 | 7.00 | 4 | 7 | 82.2 | > |
| | Q32 | 28 | 2 | 5.79 | 6.00 | 1 | 7 | 75.0 | = |

As duas questões finais, embora com ligeiras variações mantiveram os resultados da Ronda 1 (Tabela 18). Verificou-se assim que a questão sobre a exaustividade global da metodologia esteve longe de atingir consenso no Painel.

Tabela 18 - Resultados da avaliação dos peritos à Relevância e Exaustividade da Metodologia 4Choice 4A® - Ronda 2

| Metodologia 4Choice 4A® | | | Não Resposta | Media | Mediana | Mínimo | Máximo | % Peritos a pontuar 6 e 7 | |
|-------------------------|-------|----|--------------|-------|---------|--------|--------|---------------------------|---|
| 4A | Q / n | | | | | | | | |
| Relevância | Q33 | 28 | 2 | 6.25 | 6.00 | 4 | 7 | 82.1 | < |
| Exaustividade | Q34 | 28 | 2 | 5.21 | 5.00 | 1 | 7 | 46.4 | > |

Comentários às questões entre as rondas 1 e 2

Em ambas as rondas a totalidade das 34 questões foram comentadas pelos peritos (Tabela 19). Em adição ao extenso número de comentários verificou-se um grande envolvimento dos peritos; na primeira ronda 18 efetuaram comentários e o mesmo ocorreu na segunda ronda. No total das duas rondas, 23 dos 28 peritos respondentes efetuaram comentários às questões.

Tabela 19 - Número de comentários às questões

| | Nº total de comentários | Nº de comentários por questão | | Média de comentários por questão |
|---------|-------------------------|-------------------------------|--------|----------------------------------|
| | | Mínimo | Máximo | |
| Ronda 1 | 166 | 2 | 9 | 4,88 |
| Ronda 2 | 228 | 3 | 11 | 6,58 |

A Tabela 20 indica as questões mais comentadas e apresentam-se o nº de comentários

Tabela 20 - Questões mais comentadas

| Questões | Ronda 1 | Ronda 2 |
|------------------|---------|---------|
| Q1; Q4 | 9 | - |
| Q23 | 8 | - |
| Q5; Q26; Q27 | 7 | - |
| Q3; Q33 | - | 11 |
| Q1 | - | 10 |
| Q4; Q7; Q13; Q34 | - | 9 |

No que respeita ao conteúdo, a análise indica que todos os comentários encerravam apoio aos critérios, justificação da pontuação atribuída ou aspetos a ter em atenção. Nenhum perito sugeriu alterações à redação dos itens.

Analisando os critérios de qualidade da metodologia para os quais não se atingiu consenso, os comentários que lhes foram associados revelaram-se úteis para conhecer as razões pelas quais três critérios e a questão sobre a exaustividade não obtiveram consenso (Tabela 21).

Tabela 21 - Comentários referentes aos critérios que não obtiveram consenso

| |
|--|
| Critério 5 (Identificar o doente, se aplicável), |
| “Identificação” carece mais desenvolvimento (nome, idade, género, estado fisiopatológico, antecedentes pessoais e/ou familiares...). |
| Importância na rastreabilidade do acto farmacêutico, identificando mais do que um atributo (ex: nome, morada, número de utente, ou BI). |
| A importância de identificar o perfil do destinatário da medicação, com o seu consentimento. |
| Ressaltar as intervenções nas situações em que o cliente não é o doente. |
| Confiança e boa adesão terapêutica só com dispensa ao doente genuinamente personalizada. |
| Critério 19 (Os medicamentos aconselhados são MNSRM) |
| Questionar a relevância de não aconselhar MSRSM quando a dispensa de MNSRM tem enquadramento legal, sendo uma área regulamentada e fiscalizada. |
| Escolha preferencial de monofármacos, podendo também ser outros produtos de saúde, suplementos, que não medicamentos, que podem ser co-adjuvantes da terapêutica. |
| A seleção deve ser feita de acordo com os sintomas. |
| Critério 26 (Encorajar o cliente a reportar os resultados do tratamento) |
| Muito variável consoante o caso, o doente, a realidade da farmácia. |
| Implica haver uma sistemática para utilizar essa informação. |
| Apenas relevante para avaliação da qualidade do aconselhamento. |
| Dificuldade na obtenção deste compromisso. |
| Questão 34 (No seu global qual a exaustividade da metodologia para medir a qualidade do atendimento em MNSRM) |
| A metodologia pode ser demasiado exaustiva, podendo dificultar a sua implementação. |
| Impacto económico do tempo despendido pela metodologia vs rentabilidade de MNSRM. |
| A utilização sistemática desta metodologia tornar-se-á um hábito e o cliente passará a saber que este serviço está disponível em todas as farmácias. Nessa altura o tempo despendido deixará de ser uma variável determinante para a adesão do cliente a este tipo de abordagem. |

Relativamente aos critérios de qualidade da metodologia para os quais se atingiu consenso e depois de filtrar interpretações neutras e comentários de carácter opinativo de apoio ou reforço, agrupamos e realçamos as mais relevantes (Tabela 22).

Tabela 22 - Comentários mais relevantes das duas rondas

| |
|--|
| Q4 - Oferecer atendimento em gabinete privado, se aplicável |
| Dimensão muito importante. |
| Por questões de privacidade e atenção. |
| Deve ser feito em privado tanto quanto possível. |
| Algoritmo que identifique situações mandatórias para consulta privada. |
| Ter em conta a vontade do utente. |
| Não é realista em função do custo/minuto da Farmácia. |
| Q11 - Verificar aparência, sinais ou parâmetros, se aplicável |
| Relevante, mas variável e com grande aleatoriedade. |
| Q12 - Recomendar consulta médica, se aplicável |
| Considero este critério parte da intervenção e não da avaliação. |
| É do resultado da avaliação que surge esta intervenção. |
| Encaminhamento ao médico é essencial, após avaliar a sua aplicabilidade. |
| Q13 - Qual a relevância de estabelecer Critérios Gerais de Referência ao Médico? |
| Critérios plasmados num protocolo geral de indicação farmacêutica. |
| Deviam ser institucionais (não variar de acordo com Metodologias). |
| Critérios gerais e específicos, para cada situação em particular. |
| Esta atividade deve reger-se por protocolos específicos. |
| Q17 - Suspeita de iatrogenia medicamentosa |
| Com MNSRM o farmacêutico pode gerir a situação se não for uma emergência médica. |
| Deve aqui ser salvaguardado “desde que adequado e na posologia correta”. |
| Q18 - Adequar a terapêutica à situação apresentada |
| Com o “mínimo de ativos possíveis”. |
| Critério de seleção farmacêutica objetivo e rigoroso. |
| Q20 - Informar sobre a ação do medicamento (para que serve). |
| Distinguir entre primeira toma e seguintes (mais informação na primeira). |
| Deve ser entendida pelo cliente e não provocar falta de adesão à terapêutica. |
| Q21 - Informar sobre a posologia |
| A duração do tratamento e a posologia devem estar inseridas numa só questão. |
| Também como tomar. Correta administração (com alimentos, em jejum, com água). |
| Duração e posologia são indissociáveis. Não tornar a metodologia exaustiva. |
| Q27 - Com pedido direto de medicamento manifestar disponibilidade para ajudar o cliente. |
| Sem contrariar, adequar o inquérito para uma confirmação da adequação do pedido. |
| Confirmar auto-diagnóstico e inexistência de contra-indicações ou interações impeditivas. |
| Q30 - Manifestar disponibilidade para prestar mais informação |
| Informação prestada deve ser qb. Evitar paternalismo. Observar comunicação não verbal. |
| Q32 - Renovar disponibilidade, perguntando “posso ajudar em mais alguma coisa” ou similar |
| Pode ser redundante e a redundância poderá “estragar” a boa impressão global. |
| Q33 - Relevância global da Metodologia para medir a qualidade do atendimento em MNSRM |
| Ajustes de sequência Q31 e 32. |
| Critério de fecho mais específico, como um cumprimento de despedida. |
| Metodologia e sistematização extremamente útil. |
| Clarificar critérios que enquadrem situações de recusa de dispensa. |

Nas duas rondas, 13 peritos utilizaram o espaço disponibilizado no fim do questionário para sugerir Critérios adicionais para o atendimento de qualidade em MNSRM. Alguns destes critérios incidiam sobre aspetos já contemplados na Metodologia, mas que podem ser tornados mais explícitos. Por exemplo, “Informar sobre aspetos de conservação correta do medicamento, quando necessário” está incluído no critério 24 (Prestar informação complementar), assim como a “Entrega de material informativo, quando aplicável”.

Face à falta de consenso sobre a exaustividade da metodologia, havendo indícios de que alguns peritos a consideram demasiado exaustiva, optou-se por não derivar critérios adicionais com base em sugestões, como “Na etapa “Avaliação” – além de critérios de referência ao médico, usar critérios de referência dentro da própria farmácia (técnico de farmácia para farmacêutico, ou de serviço de nível I (balcão) para consulta farmacêutica (mais exaustiva)”, ou “Avaliação dos níveis de literacia do consumidor/utente para adequação do sistema de comunicação ao estadio de conhecimento e desenvolvimento do utente”.

5. Discussão

Este trabalho foi realizado com o objetivo de determinar a validade de face e conteúdo da Metodologia 4Choice 4A®, contribuindo para a sua validação.

Obteve-se consenso sobre a relevância de 29 dos 32 critérios de qualidade, sem sugestões para torná-los mais exaustivos ou alterar a sua redação. Dos comentários do painel de peritos relativamente à relevância global da Metodologia 4Choice 4A® sublinha-se o conjunto das opiniões positivas, concordantes relativamente ao interesse, à utilidade da metodologia e ao aporte que a sistematização das etapas do processo de atendimento pode proporcionar.

Interpretação dos resultados

As opiniões da questão 33 que mereceram reflexão por transmitirem oportunidades de melhoria, sublinharam necessidades de ajustes de sequência na ordem das questões (ex: entre Q31 e 32), de estabelecer um critério de fecho mais específico, como um cumprimento de despedida.

Na ronda 1 registaram-se 166 comentários às questões/critérios do questionário e na ronda 2 registaram-se 228, pelo que se admite a hipótese de a partilha dos comentários individuais dos peritos da ronda 1 poder, de alguma forma, ter estimulado a participação do painel na ronda 2.

Dos critérios de qualidade da Metodologia 4Choice 4A®, agrupados pelos seus 4 A, os critérios de qualidade associados ao 1º, 3º e 4º A foram todos validados pelo painel de peritos. Os critérios de qualidade que não obtiveram consenso, concentraram-se no 2º A – ASAS, mais concretamente nas questões 5, 19 e 26.

O critério 5, inserida na subetapa “Avaliação”, dizia respeito a “Identificar o doente, se aplicável”. Tal como referiu um dos peritos a finalidade deste critério é “Ressalvar as intervenções nas situações em que o cliente não é o doente”. Contudo, este critério pode

ter sido percecionado por outros peritos como uma caracterização do doente *lato sensu*: “A questão da “identificação” necessita ser mais desenvolvida. Além do nome e/ou a idade deve compreender o género, o estado fisiopatológico, os antecedentes pessoais e/ou familiares... “, que está prevista noutras critérios da Metodologia. Assim, a revisão deste critério pode assumir a seguinte forma “Identificar o doente (género e idade), caso o mesmo não seja o cliente”.

Subjacente à falta de consenso para o critério **19** - “os medicamentos aconselhados são MNSRM” - na subetapa “Seleção”, parece estar a perceção de que “outros produtos de saúde, suplementos, que não medicamentos, que podem ser co-adjuvantes da terapêutica.”. Embora a finalidade deste critério seja aferir se a terapêutica aconselhada está no arsenal de medicamentos a utilizar em automedicação assistida - os não sujeitos a receita médica - o comentário deste perito ilustra o seu carácter algo redutor face à existência de outras opções. Por outro lado coloca-se a questão se deve ser considerado de qualidade um atendimento em que são selecionados e aconselhados medicamentos sujeitos a receita médica.

O terceiro critério que não obteve consenso foi o **26** - “encorajar o cliente a reportar os resultados do tratamento”, inserido na subetapa “Seguimento”. De acordo com os comentários dos peritos é “*Muito variável consoante o caso, o doente, a realidade da farmácia.*” e “*Apenas relevante para avaliação da qualidade do aconselhamento.*”, ou seja, da eficácia do tratamento proposto. Considerando também a crítica sobre a excessiva exaustividade da metodologia é de ponderar a exclusão deste critério.

A questão **34** referia-se à avaliação da exaustividade da metodologia no seu global. Os comentários de alguns peritos indicam que esta questão parece ter sido pontuada tendo em mente não a exaustividade, mas aspetos relativos à implementação: “Impacto económico do tempo despendido pela metodologia vs rentabilidade estimada com a dispensa de MNSRM”. Se assim for a pontuação obtida não indica falta de exaustividade, podendo pelo contrário refletir o que é percecionado como exaustividade excessiva.

Alguns comentários dos peritos dizem respeito à implementação da Metodologia, nomeadamente à possibilidade da sua aplicação aumentar o tempo de atendimento

excessivamente, levando em conta a remuneração média da farmácia nestes atendimentos. Estas duas questões serão discutidas em separado.

Qualquer atendimento que almeje a qualidade em automedicação assistida requer sem dúvida, mais tempo do que uma mera transação comercial, sem qualquer intervenção profissional: “*Demora mais tempo a explicar aos pacientes o que deveria ser feito e a realizar uma negociação do que a de simplesmente satisfazer o seu pedido de forma acrítica*” (Sousa, J. 2006).

Atente-se então às recomendações da literatura sobre a **duração do atendimento**. A Pan American Health Association (1997) recomenda um mínimo de **3 minutos** para o aconselhamento farmacêutico; Yongtae, *et al.*, (2002) estudaram a correlação entre o tempo necessário para o aconselhamento farmacêutico aos doentes e as características do serviço prestado. Uma consulta com o doente para monitorizar os efeitos adversos, a duplicação da medicação, ou a adesão à terapêutica levou em média cerca de 3 minutos. Problemas relacionados com a adequação da terapêutica ou interações medicamentosas, necessitaram respetivamente de mais 1,8 minutos e 0,5 minutos. O encaminhamento de doentes ao médico de família ou outros profissionais de saúde, necessitou de 2,5 minutos adicionais; embora estas orientações não especifiquem o atendimento em MNSRM, mas sim doentes em consulta externa, elas constituem um referencial útil para discussão. No estudo de Sclar *et al.* (1996), as consultas a 745 consumidores norte-americanos que pretendiam adquirir MNSRM, duraram em média **4,6 minutos**; estas permitiram evitar potenciais reações adversas ou duplicação da terapêutica a 7,1% dos participantes. No estudo de Mesquita *et al.* (2013) avaliou-se por cliente mistério o atendimento de MNSRM em 25 farmácias comunitárias do Brasil, nos cenários de cefaleia persistente e diarreia infantil com febre, tendo os Farmacêuticos despendido, em média, **1,5 minutos** no aconselhamento (desde a receção pelo farmacêutico até à saída da farmácia). Este estudo mostrou que o aconselhamento dos farmacêuticos na avaliação do doente era insuficiente, indicando a necessidade de uma melhoria substancial da prática profissional.

Em Portugal, o estudo de Gouveia e Machado (2008) registou um total de 5,9 milhões de atos/ano relativamente ao aconselhamento em MNSRM, aos quais se associou um tempo de 435 mil horas/ano. Este rácio permite assim inferir que, em farmácia cada aconselhamento em MNSRM consumiu em média **4,42 minutos**.

Não se dispõem de dados sobre a duração dos atendimentos em MNSRM aplicando a Metodologia 4Choice 4A® em ambiente real. Contudo, videogravações de atendimentos simulados com situações de pirose, para suporte à formação com esta Metodologia, indicam durações de cerca de **4 minutos e meio**. Assim, a aplicação da Metodologia não parece aumentar o tempo de atendimento, em relação ao tempo médio estimado nas farmácias portuguesas. Impõem-se contudo cautelas nesta comparação, uma vez que os dados sobre a duração média do atendimento em MNSRM em Portugal são estimados, não correspondendo a medições da realidade das farmácias, e os dados sobre atendimento com a Metodologia resultam de simulação e versam apenas uma situação passível de automedicação. Considera-se ainda assim pertinente alvitrar que a metodologia 4Choice4A® poderá agilizar o atendimento, ao invés de aumentar a sua duração, através da sistematização proporcionada pelas várias etapas e do estabelecimento de critérios de referenciação gerais, evitando questões inconsequentes, desadequadas, recorrentes ou fora de contexto. Esta é uma matéria que merece futura investigação.

Atente-se agora na **remuneração do atendimento em MNSRM**, outra das matérias invocadas nos comentários.

Em 2008, Gouveia e Machado apresentaram um estudo sobre a Valorização dos Atos Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias, avaliando o volume e o valor económico destes serviços à população, até então desconhecidos em Portugal. Para tal foram realizados inquéritos às Farmácias para conhecer os tipos de atos farmacêuticos não pagos, sua frequência, quem os realizou e tempo despendido, bem como inquéritos aos utentes das farmácias, para medir a valorização dada pela população aos principais atos farmacêuticos não pagos (aconselhamento).

Tal como já referido os resultados indicavam que para os MNSRM se registaram um total de 5,9 milhões de atos /ano, aos quais se associou um tempo de 435 mil horas/ano (4,42 minutos/ato). Os custos do trabalho associado ao aconselhamento em MNSRM foram de 8,4 milhões/ano.

A ANF, baseada na estrutura de custos da Farmácia média em Portugal (dados de 2011 da Central de Balanços do Banco de Portugal relativo ao sector farmacêutico) e neste estudo, atualizado com dados de 2011 por Pita Barros *et al*, e conjugando estes dados com o

número de horas de abertura e número de colaboradores de uma farmácia média, definiu pela primeira vez em Portugal o custo médio horário de uma Farmácia, apresentando uma estimativa de um custo total de 0,53 €/minuto da Farmácia.

Considerando que:

- Um MNSRM com um preço médio de 5€, ao qual se aplique uma margem de 30%, resulta em remuneração do acto de dispensa desse MNSRM de 1,50€;
- Um atendimento em dispensa de MNSRM de 3 minutos, significa um custo de 0,53€ x 3 = 1,59€ para a Farmácia;
- Um atendimento em gabinete ou que por aplicação da metodologia demore 5 minutos, traduz-se num custo para a Farmácia de 2,65€.

Verifica-se que a margem libertada pela maioria dos MNSRM não permite tempos de atendimento superiores a 3 minutos, uma vez que qualquer atendimento com maior duração apresenta um custo superior à remuneração da farmácia.

Assim o modelo de financiamento do atendimento em MNSRM pode inviabilizar um serviço de qualidade, penalizando com redução de rentabilidade ou prejuízo.

Paluck (1998), definiu as características primárias de cuidados de qualidade: acessibilidade, aceitabilidade e qualidade técnica. A acessibilidade refere-se à capacidade dos doentes alcançarem os serviços disponíveis, a aceitabilidade ao grau em que os cuidados de saúde satisfazem os doentes; finalmente, a qualidade técnica refere-se à extensão em que o prestador coordena o julgamento, a capacidade e a tecnologia disponível para melhorar a saúde do doente. As recentes alterações legislativas do sector do MNSRM, tiveram como objetivo essencial, o aumento da acessibilidade ao MNSRM, resultando de facto e pela facilidade da sua aplicação, na proliferação de mais locais de venda e logo maior acessibilidade ao MNSRM. Contudo, não houve também o cuidado de promover a Aceitabilidade e a Qualidade Técnica, naturalmente mais complexas de regulamentar, caminhando-se hoje para a sua degradação se não houver a necessária valorização e reconhecimento deste serviço prestado pelos farmacêuticos. Um novo modelo de remuneração deste e doutros atos farmacêuticos em Portugal deve pois ser repensado, de forma a impedir que a ausência de viabilidade económica venha a gerar má qualidade assistencial. Considera-se que deve ser este o caminho a seguir, adequando o tempo de

atendimento às necessidades reais do doente, ao invés de o determinar condicionado pela pressão de perda económica do “tempo rentável”.

Um caminho a seguir pode ser um sistema retributivo que não inclua apenas uma percentagem sobre a venda mas também uma taxa profissional, que pode inclusivamente ser suportada pelos consumidores. No estudo de Gouveia e Machado (2008) verificou-se que os utentes estavam dispostos a pagar por aconselhamento básico o valor de 3,55 euros e por aconselhamento aprofundado o valor de 6,31 euros.

Esta predisposição para pagar por uma intervenção profissional no âmbito dos medicamentos encontra eco na literatura internacional. Hong *et al.* (2005), realizaram um estudo em farmácias comunitárias dos EUA para inquirir acerca da disponibilidade dos doentes em pagar serviços de aconselhamento farmacêutico para o uso adequado de MNSRM, identificando a percentagem de doentes dispostos a pagar por esses serviços e quanto estão dispostos a pagar por eles. Foram realizados 262 questionários auto-administrados que evidenciaram que 51% dos inquiridos predispunham-se a pagar cerca de cinco dólares por uma consulta de 5 minutos. Este resultado em relação a resultados anteriores (20% em 1994-1995) representa um aumento para mais do dobro de doentes agora dispostos a pagar por estes serviços farmacêuticos, sugerindo a clara valorização que os consumidores atribuem ao aconselhamento farmacêutico em MNSRM.

Limitações do estudo e considerações metodológicas

Um dos aspetos mais importantes a ter em consideração quando se usa o método Delphi é que este não produz respostas certas, erradas ou definitivas, mas sim a opinião válida de especialistas (Keeney, S *et al.* 2011). Isto significa que o consenso alcançado sobre os critérios de qualidade não são necessariamente a resposta definitiva mas sim a consensual entre os peritos.

A validade e fiabilidade do método Delphi é reflexo de vários aspetos metodológicos, como a adequada seleção dos peritos, a composição homogénea ou heterogénea do painel e o seu tamanho. Embora não existam orientações universais sobre estes aspetos no presente

estudo fundamentaram-se estas decisões com base na literatura, com vista a maximizar a validade e fiabilidade do estudo.

Em painéis Delphi, o julgamento de peritos de diversas disciplinas é diferente. Por exemplo, Cantril (1996) relevou a importância da mistura disciplinar do painel poder afetar o conteúdo das decisões tomadas e o nível de consenso associada a cada um. Referem os autores do estudo de Scott e Black (1991) com dois painéis de especialistas (um de cirurgiões e outro uma mistura de especialistas competentes) para desenvolver indicações adequadas para colecistectomia. Os dois painéis não atingiram consenso entre um terço e metade das indicações. Sem surpresa, o painel cirúrgico indicava mais frequentemente colecistectomia que o painel misto. Conclui a autora que *“A questão de saber se um painel deve ser unidisciplinar ou multidisciplinar vai depender, em parte, da natureza da questão de pesquisa”*.

Neste trabalho de tese, optou-se por não se proceder a análise de subgrupos, pois o painel era constituído por dez subgrupos, alguns dos quais com número muito pequeno de peritos (como sejam os dois psicólogos ou o representante da Qualidade).

Na aplicação da metodologia do painel de Delphi é habitual ocorrer erosão da amostra, ou seja, desistência dos peritos, fruto, entre outros fatores, do carácter iterativo deste método. Por exemplo, nos 80 artigos incluídos na revisão sistemática de Boulkedid *et al.*, (2011) a taxa de resposta média foi de 90% na primeira ronda e 88% na última ronda. No presente estudo obtiveram-se as taxas de resposta superiores - 93% na Ronda 1 e 100% na Ronda 2; no global a erosão foi mínima.

6. Conclusões

No global obteve-se uma elevada concordância com os critérios da metodologia 4Choice4A®, sendo que a maioria apresentou validade de face e conteúdo para medir a qualidade no atendimento em MNSRM. Apenas três critérios não foram validados, por não atingirem consenso positivo conforme previamente definido. Estes critérios poderão ser alvo de eventual reavaliação futura.

Não foram apontadas sugestões para tornar os critérios mais completos, embora subsistam dúvidas sobre a exaustividade global da Metodologia, nomeadamente se parece ser excessiva ou, se pelo contrário, faltam características do que se propõe medir. Esta é uma matéria que também poderá ser alvo de futura reavaliação.

Os comentários dos peritos permitiram refletir sobre a definição de alguns critérios de qualidade, potenciando a sua validade de face e conteúdo.

Uma vez que a validade de face e conteúdo constituem um pré-requisito mínimo para a aceitação de um instrumento de medida, estão dados os primeiros passos para a utilização da Metodologia na prática farmacêutica. A exequibilidade e a aceitabilidade da utilização da metodologia 4Choice4A®, bem como a consolidação da sua validação (através, por exemplo, da aferição da fiabilidade) impõem-se como áreas de ulterior investigação.

7. Bibliografia

- ADLER M, & ZIGLIO E. (1996) in: BOULKEDID, R. *et al.* - Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. PLoS ONE. Vol. 6, nº6: e20476 (2011).
- ANDRADE, S.; *et al.* - The effect of an Rx-to-OTC switch on medication prescribing patterns and utilization of physician services: the case of H2-receptor antagonists. *Medical care*. Vol. 37 (1999).
- APhA - *Handbook of Nonprescription Drugs*. 12ª Ed. ISBN 0-917330-97-8 (2000).
- APhA - *The Pharmacist's Role in Self-Care*. OTC Advisor. Monograph I, (2009).
- BARROS P. *et al.* - A economia da farmácia e o acesso ao medicamento. In: Workshop - A economia da farmácia e o acesso ao medicamento. Nova School of Business & Economics e Associação Nacional das Farmácias (2012).
- BENRIMOJ, S. *et al.* - Monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian Community Pharmacies: results of a national programme. *Quality & safety in health care*, 16(5) 354–8, (2007).
- BISSEL, P. *et al.* - Appropriateness measurement: application to advice-giving in community pharmacies. *Social Science & Medicine*. Vol. 51, nº3 (2000).
- BLENKINSOPP, A. & BRADLEY C. - Over the Counter Drugs: Patients, society and the increase in selfmedication. *BMJ*. Vol 312. 629-632 (1996).
- BOWLING, Ann - *Research methods in Health: Investigating health and health services*. 2nd edition. Philadelphia. Open University Press. ISBN 0 335 20643 3 (2003).

- BOULKEDID, R. *et al.* - Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. PLoS ONE. Vol. 6, nº6: 20476 (2011).
- CARRASCO-GARRIDO, P. *et al.* - Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. Vol. 17 (2008).
- CANTRILL, J. *et al.* - The Delphi and nominal group techniques in health services. *The International journal of pharmacy practice* (1996).
- CEFAR - Farmácias vs Mass Market – MNSRM 2013 vs 2012. ANF Online (2014).
- CIAV - Centro de Informação Antivenenos (CIAV) / Instituto Nacional de Emergência Médica. Acedido a 6 de Junho de 2014. Disponível na Internet: (<http://www.inem.pt/stats>).
- COMMISSION EUROPEANNE - L'automédication en Europe - Position commune des CP, UEMO, UEMS, GPUE, AESGP, (1997).
- CONSUMER HEALTH - US, Euromonitor International: country Market Insight, (2011). In: *The Value of OTC Medicine to the United States*. Consumer Healthcare Products Association, (2012).
- CRUZ, P. - *Dicionário de Farmácia*. 1ª Ed. Ordem dos Farmacêuticos, (2009).
- DECO Proteste - Pílula do dia seguinte. *Revista Teste Saúde*. nº46 9-13, (2004).
- DECO Proteste - Pílula do dia seguinte. *Revista Teste Saúde*. nº46 9-13, (2004).
- DECO Proteste - Cápsulas para emagrecer. *Revista Teste Saúde*. nº84 34-35, (2010).
- DECO Proteste - Pílula do dia seguinte. *Revista Teste Saúde*. nº88 10-14, (2011).
- Decreto-Lei nº2/83, de 8 de Janeiro. *Diário da República - I Série nº6*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

- Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro. Diário da República, nº33/91 - I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 209/94, de 6 de Agosto. Diário da República, nº181/94 - I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Diário da República, nº167/06 - 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº128/2013, de 5 de Setembro - Diário da República, nº 171/13 - 1.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- DONABEDIAN, A. - The quality of care. How can it be assessed? "JAMA, Sept 23/30 Vol. 260, No. 12, 1743–1748 (1988).
- DRENNAN, J. *et al.* (2007) In: KEENEY, S; HASSON, F.; MCKENNA, H. - *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. 1ª Ed. Wiley-Blackwell Press, (2011).
- EICKHOFF, C. *et al.* - A Nature and frequency of drug-related problems in self-medication in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. Vol. 21, 254–260 (2012).
- FERRAZ, S. *et al.* - Comportamento de uma amostra da população urbana de Juiz de Fora – MG perante a automedicação. *HU Revista, Juiz de Fora*, Vol. 34, nº 3, 185-190 (2008).
- FIGUEIREDO, S. & GUERREIRO, M. - Abertura e funcionamento de um local de venda de MNSRM. In: Guerreiro, M.; Fernandes, A.A. *Deontologia e Legislação*. Lidel edit.. (2013).
- FIP – Statement of principle - *The Professional Role of the Pharmacist*, (1996).
- FIP-WSMI. *Joint Statement. Responsible Self-medication*, (1999).

- GOLAFSHANI, N. (2003) - Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. Vol. 8. N° 4. December, 597-607 (2003).
- GOMES, M. *et al.* - Influência da formação no atendimento em medicamentos não sujeitos a receita médica. *Revista Portuguesa de Farmácia*. LII (Supl 5) 119 (2011).
- GOUVEIA, M. & MACHADO, F. - Valorização dos Actos Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias. In: Congresso Nacional das Farmácias, n.º 9, Lisboa. *Farmácias Portuguesas - Uma nova era para a saúde em Portugal*. Lisboa: ANF, (2008).
- GPFO (Grupo Profissional de Farmácia de Oficina da OF) e BPF (Grupo das Boas Práticas de Farmácia). - *Cuidados Farmacêuticos em Automedicação*. Lisboa: OF, (2002).
- GPFO (Grupo Profissional de Farmácia de Oficina da OF) e Grupo Consultivo para elaboração de Protocolos de Indicação Farmacêutica. – *Protocolo da Febre*. Lisboa: OF, (2002).
- GRAHAM, B. - Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol., n°56, 1150-1156 (2003).
- GUERREIRO, M. SAMUELS, T. - Consensus methods can help to form opinions in pharmacy research. *Pharmacy in practice* (2006).
- GURWITZ, J. *et al.* - The effect of an Rx-to-OTC switch on medication prescribing patterns and utilization of physician services: the case of vaginal antifungal products. *Health services research*. Vol. 30, (1995).
- HANSEN, E. - *The role of self-care in medical treatment*. Stocolm: Ed.MacMilan Press, (1984).

- HASSALI, M. *et al.* - Self-medication practices among adult population attending community pharmacies in Malaysia: an exploratory study. *International Journal of Clinical Pharmacy*. nº33, (2011).
- HAWTON, K.; *et al.*- Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ*. Vol.403, (2012).
- HONG, S *et al.* - Patient valuation of pharmacist services for self care with OTC medications. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. Vol. 30, nº 3 (2005).
- HUGHES, *et al.* - Benefits and Risks of Self Medication. *Drug safety: an international journal of medical toxicology and drug experience*. Vol. 24, (2001).
- INFARMED - Despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho. *Diário da República*, 2.ª série, nº 154, de 10 de Agosto de 2007.
- INFARMED - *Estatística do medicamento*, (2011).
- INFARMED - *Saiba mais sobre Automedicação*, ed.29, 29-11, (2010).
- INFARMED - *Venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias (MNSRM) - Janeiro – Dezembro 2013*. Gabinete de Estudos e Projetos do INFARMED I.P. (31 de janeiro de 2014).
- KEENEY, S *et al.*- *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. 1ª Ed. Wiley-Blackwell Press, (2011).
- LOPES, N. - *Automedicação: Algumas reflexões sociológicas*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº37, 141-165, (2001).
- MALHOTRA, N. K. - *Marketing Research. An Applied Orientation*. 6ª Ed. Prentice Hall, (2009).

- MALONE, D. *et al.* (2005). In: KEENEY, S; HASSON, F.; MCKENNA, H. - *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. 1ª Ed. Wiley-Blackwell Press, (2011).
- MARTINS A. *et al.* - Prevalência da automedicação na população urbana. Relatório final. CEFAR, (2002).
- MARTINS, D. *et al.* - Prevalência da automedicação na região de Bragança: A perspetiva do consumidor e do farmacêutico. *Egitania Scientia*. Nº8 , 199-215, (2011).
- MELO, M. *et al.* - Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharmacy World and Science*, 28 (1), 19-25, (2006),
- MESQUITA, A. *et al.* - Assessment of pharmacist's recommendation of non-prescription medicines in Brazil: a simulated patient study. *International journal of clinical pharmacy*. Vol 35. 647-655, (2013).
- NP EN ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade, Fundamentos e vocabulário.
- OF, ANF e GFUE - Boas Práticas de Farmácia. Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias, Grupo Farmacêutico da União Europeia, 2ª Edição, (2001).
- ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - *Glossário Farmacêutico Português*. 2ª edição. Lisboa, (2003).
- OPAS - Pan American Health Organization (1997). In: MESQUITA, A. *et al.* - Assessment of pharmacist's recommendation of non-prescription medicines in Brazil: a simulated patient study. *International journal of clinical pharmacy*. Vol 35., 653 (2013).
- PALUCK, E. - Pharmacist-client communication: A study of quality and client satisfaction. Tese de Doutoramento, B.S.P., University of British Columbia, Canadá, (1998).
- PAPAKOSTA, M.; *et al.* - Investigating factors of self-care orientation and self-medication use in a Greek rural area. *Rural and Remote Health*. Vol. 14, (2014).

- PEIXOTO, J - Automedicação no Adulto. Monografia para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, (2008).
- PGEU – *Annual Report*, (2011).
- PGEU / AESGP - *Charter of Collaboration*, (2012).
- RODALE Inc. (2007) in: WERTHEIMER A.; SERRADELL, J. - A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharmacy World & Science: PWS*, (2008).
- RUTTER, P. - *Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment*. Churchill Livingstone, (2008).
- SCLAR, D. *et al.* - Pharmacy consultation and over-the-counter medication purchasing outcomes. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Vol.21, 177-184, (1996).
- SCOTT, E. & BLACK, N. (1991) In: CANTRILL, J.; SIBBALD, B.; BUETOW, S. - The Delphi and nominal group techniques in health services. *The International journal of pharmacy practice*, (1996).
- SILVA, D. (2005) In: Faria, C. - A qualidade no serviço farmacêutico: Desenvolvimento do instrumento PHARMPERF. Tese de Mestrado em Gestão Comercial. Faculdade de Economia Universidade do Porto, (2009).
- SOARES, M. - *Medicamentos não Prescritos: Aconselhamento Farmacêutico*. 2ªed. ANF, ISBN 972-98579-8-9, (2002).
- SOUSA, J. - Quanto tempo é tempo bastante? *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 549-553 (2006).
- STREINER, D. & NORMAN, G - *Health Measurements Scales: a practical guide to their development and use*. 3rd edition. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0 19 852847 7, (2003).

- TUROFF, M. - The design of a policy Delphi (1970). In: KEENEY, S; HASSON, F.; MCKENNA, H. - *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. 1^a Ed. Wiley-Blackwell Press, (2011).
- TUROFF, M. - Personal communication (2006). In: NOWAKOWSKY, N.; WELLAR, B. – Using the Delphi technique in normative planning research: methodological design considerations. *Environment and planning A*. vol. 40, 1490-1491, (2008).
- WARD, P. *et al.* - Criteria for assessing the appropriateness of patient counseling in community pharmacies. *Annals pharmacother*, 34(2), 170–5, (2000).
- WERTHEIMER A. & SERRADELL, J. - A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharmacy World & Science: PWS*, (2008).
- WILLIAMS, K. *et al.* - Non-prescription medicines and Australian community pharmacy interventions: rates and clinical significance. *The International journal of pharmacy practice*. Vol. 19, (2011).
- WHO (World Health Organization) - Declaration of Alma-Ata, (1978).
- WHO (1988a) - Guidelines for developing national drug policies. (1988).
- WHO (1988b) - Self-medication in Europe - Report on a study of the role of Non-prescription Medicines, (1988).
- WHO - Fourth report of the WHO The role of the pharmacist in self-care e self-medication, Technical Report Series, No. 542, (1998).
- WHO - Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication, (2000).
- WHO/FIP – Developing Pharmacy practice, (2006).

- WOUNDENBERG, F. - An evaluation of Delphi. *Technological Forecasting and Social Change*. Vol.40 131-150, (1991).
- WSMI - *Declaration on Self-Care and Self-Medication*, (2006).
- WSMI - *The story of self-care and self-medication - 40 years of progress*, (2010).
- YONGTAE, O. *et al.* - Pharmacist time requirements for counseling in an outpatient pharmacy. *Am J Health – Syst Pharm*. Vol.59, 2346-2355, (2002).
- YOON, S. & SCHAFFER, S. - Herbal, prescribed, and over-the-counter drug use in older women: prevalence of drug interactions. *Geriatric nursing*, (2006).

Anexos

ANEXO I



Cronograma

| Tarefas | Investigador responsável | 2013 | 2014 | | | | | | | | | | | | Ponto de situação | | |
|--|--------------------------|-------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|--|--|
| | | Meses | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | S | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | S | | | |
| Realização do protocolo de investigação | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recrutamento de Peritos | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação e envio da documentação para a 1ª ronda | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha e tratamento das respostas da 1ª ronda | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação e envio da documentação para a 2ª ronda | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha e tratamento das respostas da 2ª ronda | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise dos resultados obtidos | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega da Tese | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Defesa da Tese | Pedro Cruz | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO II



CrITÉrios para seleÇão de Peritos

Para maior representatividade de toda a envolvente na temática da dispensa de MNSRM, e para melhor contribuição para a validação da Metodologia 4Choice4A's®, procurou-se o contributo de todos aqueles que, de alguma forma poderão ter intervenção, participação ou opinião formada pelo estudo ou pela prática.

Assim, para seleccionar peritos para este Painel Delphi, consideraram-se os seguintes critérios:

- Acessibilidade a computador e a internet.
 - Disponibilidade de tempo para dedicar ao estudo Delphi
 - Capacidade e vontade de participar e contribuir para o estudo
 - Boa capacidade de comunicação escrita;
-
- Conhecimento e experiência na área a ser investigada
 - Participantes chave (instituições representantes de doentes; associações profissionais; acadmicos com ligação  prática profissional; psicólogos ligados à área da comunicação)
 - Profissionais de saúde com mais de 5 anos de experiência profissional em farmácia comunitária
 - Profissionais de saúde com níveis de educação pós-graduada e experiência em formação

ANEXO III



Carta de Apresentação

Caros Colegas/Exm^{os} Srs/Sr^{as}

Assunto: Convite para participação em painel de peritos – Painel Delphi

Pedro Cruz (Mestrando em Farmacologia Aplicada, na FFUC), com as orientadoras Margarida Caramona e Mara Guerreiro, vêm formalmente convidar V.Ex^a a integrar e participar no painel de peritos constituído por Farmacêuticos, Médicos, Académicos, e intervenientes chave, tais como associações da área da saúde e utilizadores do serviço, com o objetivo de contribuir para a validação da Metodologia 4Choice4A's® para atendimento em MNSRM.

Em Portugal, um inquérito a utentes de farmácias comunitárias urbanas (*Martins et al.*, 2002) revelou uma prevalência da automedicação (AM) de 26,2%. A nível mundial (*Wertheimer e Serradell*, 2008), revelaram que a AM com recurso a MNSRM é a forma mais prevalente de cuidados de saúde, sendo estimado que anualmente, mais de 92% dos consumidores utilizam, no mínimo, um MNSRM, e que 55% utilizaram mais do que um.

Usar medicamentos, sem consulta prévia ao médico ou sem o aconselhamento farmacêutico, deve ser consciencializado pelos doentes como uma ação suscetível de gerar riscos (*Hughes, Mcelnay, Fleming*, 2001), tais como: erros de avaliação (autodiagnóstico), risco de mascarar sintomas, erros na toma de MNSRM (dose excessiva, duração prolongada), polimedicação, risco de interações e reações secundárias.

A intervenção do farmacêutico na automedicação pode contribuir para melhorar o uso racional do medicamento e para minorar os riscos desta prática (*Williams; et al.*, 2010). Contudo, a literatura nacional e internacional sobre o desempenho do farmacêutico e das farmácias na automedicação indica haver necessidade de melhoria. As avaliações da revista DECO Proteste ((2004) *Pílula do dia seguinte - Teste Saúde*, **46**, pp. 9-13; (2010) *Cápsulas para emagrecer - Teste Saúde*, **84**; (2011) *Pílula do dia seguinte - Teste Saúde*, **88**, pp. 10-14), vêm evidenciar oportunidades de melhoria na área do MNSRM.

Surge assim a necessidade de sistematizar e normalizar o atendimento farmacêutico em automedicação, tentando nivelá-lo pelo melhor grau da Boa Prática Profissional.

A Metodologia 4Choice4A's® surge como resultado do esforço de investigação e desenvolvimento de uma empresa de formação e consultoria na área da saúde. Esta metodologia concatenou critérios documentados na literatura, numa abordagem integrando as duas componentes essenciais de um atendimento de qualidade; a componente inter-pessoal e a componente técnica. Este conjunto de critérios de qualidade pretende ser uma ferramenta para a normalização do atendimento profissional de qualidade, por facilitar um desempenho semelhante aos membros das equipas em contacto com o público. Pode ser aplicada no âmbito da formação e treino do atendimento farmacêutico em MNSRM, bem como para auditoria do desempenho profissional.

Assim, os objetivos deste estudo consistem em:

• **Objetivo geral**

Esta Tese de Mestrado pretende contribuir para a validação da Metodologia 4Choice4A's® para atendimento em MNSRM. A pergunta de investigação que norteia o estudo é: "Será a Metodologia 4Choice4A's® uma ferramenta válida e fiável para medir a qualidade do atendimento em MNSRM na farmácia comunitária?"

• **Objetivos específicos:**

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Determinar a validade de face e conteúdo da metodologia 4Choice4A's®
- Determinar a fiabilidade intra e inter-observadores da Metodologia.

O estudo irá decorrer entre Outubro/2013 e Janeiro/2014 após o recrutamento dos participantes que tal como no seu caso, cumpriram os critérios de inclusão. Se estiver disposto a participar no estudo, ficaríamos muito gratos se puder preencher o formulário de consentimento e devolve-lo no envelope selado e endereçado, a enviar após sua confirmação. A inclusão dos participantes só será assumida após leitura e assinatura do consentimento informado em anexo.

Esta pesquisa será realizada utilizando a técnica Delphi consistindo num mínimo de 3 questionários (rondas) com o objetivo de alcançar consensos. Com a sua permissão, os questionários ser-lhe-ão enviados por correio eletrónico. Após a receção da folha de consentimento em anexo, em breve receberá o primeiro questionário. Instruções simples e específicas serão fornecidas para cada ronda.

O tempo necessário para a conclusão de cada ronda deverá variar entre 15-30 minutos. Não há questões certas ou erradas. Este estudo procura a sua opinião de especialista. Pensamos que irá achar interessante a investigação e os resultados ser-lhe-ão disponibilizados na conclusão deste estudo.

É importante que entenda que a sua participação neste estudo é voluntária. A recusa em participar em nada afetará a sua relação profissional. Adicionalmente, as informações que fornecer serão confidenciais e quando os resultados do estudo forem relatados, não será identificável nas conclusões. O seu nome não será associado a qualquer ronda, sendo alocado a um código único apenas identificável para o investigador. A sua identificação permanecerá anónima para os outros peritos deste painel e somente os investigadores poderão identificar suas respostas específicas. O retorno das rondas Delphi preenchidas implica o seu consentimento.

Na expectativa da vossa melhor colaboração, agradeço em antecipação todo o vosso apoio

Atenciosamente

Pedro Cruz
Farmacêutico
Tel.: 965052751

ANEXO IV



Formulário de participação

Eu, _____, declaro ter sido informado acerca do estudo sobre **Metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM: Um contributo para a sua validação**. O estudo é realizado por Pedro Cruz no âmbito da sua tese de Mestrado em Farmacologia Aplicada, com as orientadoras Margarida Caramona e Mara Pereira Guerreiro. O estudo foi-me explicado por escrito, através de um folheto informativo, estando o investigador disponível para responder a qualquer dúvida que eu tenha (Contacto telefónico direto – Pedro Cruz – 965 052 751).

Concordo no âmbito deste estudo, em pronunciar-me sobre a relevância e exaustividade um conjunto de critérios de qualidade para atendimento em MNSRM, (**Metodologia 4Choice4A®**), apresentados num questionário. Fui informado(a) que será utilizada uma técnica Delphi, e como tal devo responder a dois questionários, respeitando os prazos solicitados.

É-me garantido o tratamento confidencial dos dados recolhidos. Na divulgação dos resultados (por exemplo, tese de mestrado) não será revelada a minha identidade ou a organização onde trabalho. A minha participação é voluntária, e posso terminá-la a qualquer instante sem necessidade de me justificar.

Após completar atempadamente ambos os questionários receberei um sumário dos resultados finais.

Declaro que li e compreendi esta informação e que aceito em participar neste Painel Delphi.

Data:

Assinatura do participante

ANEXO V



Folha de informação para participantes Delphi

Painel Delphi para validação da Metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM

Está a ser convidado para participar num projeto de investigação. Para ajuda-lo a decidir sobre a sua participação leia as informações seguintes e não hesite contactar o investigador principal em caso de dúvida ou se desejar obter mais informações.

1. Qual o objetivo deste estudo?

Este estudo insere-se numa tese de Mestrado em Farmacologia Aplicada, sob orientação de Margarida Caramona e Mara Pereira Guerreiro. O objectivo deste estudo é determinar a validade de face e conteúdo da metodologia 4Choice4A®, ou seja, determinar a sua relevância e exaustividade como medida da qualidade do atendimento em MNSRM.

2. Porque fui convidado para participar?

Foi escolhido para participar porque foi considerado perito nesta área. Isto pode estar relacionado com vários critérios, como sejam os seus conhecimentos e perícia no que respeita ao medicamento ou em comunicação em saúde, ou a sua experiência e conhecimento especializado enquanto farmacêutico comunitário, investigador da prática farmacêutica, consumidor, ou outro interveniente chave.

3. Tenho de participar?

Não há qualquer obrigação. A sua decisão de participar deve ser voluntária e inteiramente livre. Se decidir participar e depois quiser desistir, pode fazê-lo em qualquer altura, sem necessidade de se justificar.

4. O que exige a participação no estudo?

Se concordar em participar neste estudo ser-lhe-á pedido, em primeira instância, para preencher um formulário de participação e devolvê-lo por correio eletrónico.

ANEXO V



Folha de informação para participantes Delphi

Posteriormente ser-lhe-á pedido que responda a dois questionários eletrónicos, como parte de um painel Delphi. Esta é uma técnica frequentemente usada para tomar decisões por consenso.

No primeiro questionário (ou ronda) será pedido que pontue a relevância dos critérios de qualidade e, se entender necessário, sugira alterações ou adições. Cada participante receberá depois um segundo questionário, com informação sobre as respostas do grupo e a sua própria resposta. Nesta fase é pedido aos participantes que reflectam sobre cada critério à luz da opinião do grupo, e reavaliem a classificação atribuída, mudando de opinião se o desejarem.

Serão fornecidas instruções para cada questionário. O envio dos questionários irá decorrer entre dezembro 2013 e janeiro 2014.

Estimamos que cada ronda não lhe tome mais de 45 m. Cada questionário deve ser preenchido no prazo de 10 dias após a sua receção.

5. Os questionários são anónimos?

A anonimidade absoluta não pode ser garantida, uma vez que existe necessidade de, na segunda ronda, preparar questionários personalizados para cada um dos peritos. Cada participante será alocado a um código único, que constará no questionário e será apenas do conhecimento dos investigadores responsáveis pelo tratamento dos dados. Os peritos do painel não têm conhecimento da identidade dos restantes participantes.

6. A minha participação neste estudo será mantida confidencial?

Se consentir em fazer parte deste painel, o seu nome não será revelado em nenhum relatório ou publicações decorrentes deste estudo. Os investigadores obrigam-se a guardar sigilo sobre os dados e a protegê-los de acesso indevido.

7. E se alguma coisa corre mal?

Não se antevê qualquer risco decorrente da participação no estudo. No entanto, terá o contacto direto do investigador principal, caso tenha queixas ou dificuldades com qualquer aspeto do estudo.

8. Quais são os benefícios de participar no estudo?

Não existem benefícios individuais diretos. No entanto cremos que vai achar interessante o processo e os resultados da segunda ronda ser-lhe-ão disponibilizados.

9. Como posso saber mais sobre a Metodologia 4Choice4A®?

Será disponibilizado uma descrição mais pormenorizada da metodologia 4Choice4A® juntamente com o questionário da primeira ronda.

ANEXO V



Folha de informação para participantes Delphi

Se desejar mais informações sobre este estudo pode contatar:

Pedro José Soares Cruz

Tm: 965 052 741

pedrosoarescruz@gmail.com

Morada: Rua da Laurinda, 99 3080-378 Buarcos – Figueira da Foz

Obrigado pelo tempo tomado ao ler esta informação

* A Metodologia 4Choice4A® surge do esforço de investigação e desenvolvimento de uma empresa de formação e consultoria na área da saúde, a 4Choice Health Consultancy. Pedro Cruz e Mara Pereira Guerreiro são sócios da empresa e participaram no desenvolvimento e pré-teste da Metodologia 4Choice4A®.

Anexo VI



Proposta de Lista de Participantes do Painei Delphi

Metodologia 4Choice4A's® para atendimento em MNSRM: Um contributo para a sua validação

| Nome | Código | Função | Local | e-mail | Contacto | Morada |
|------|--------|---------------------------|-------|--------|----------|--------|
| | P01 | Conhecimento científico | | | | |
| | P02 | Conhecimento científico | | | | |
| | P03 | Conhecimento científico | | | | |
| | P04 | Conhecimento científico | | | | |
| | P05 | Conhecimento científico | | | | |
| | P06 | Conhecimento científico | | | | |
| | P07 | Indústria Farmacêutica | | | | |
| | P08 | Indústria Farmacêutica | | | | |
| | P09 | Indústria Farmacêutica | | | | |
| | P10 | Indústria Farmacêutica | | | | |
| | P11 | Indústria Farmacêutica | | | | |
| | P12 | Distribuição Farmacêutica | | | | |
| | P13 | Distribuição Farmacêutica | | | | |
| | P14 | Farmacêutico Comunitária | | | | |
| | P15 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P16 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P17 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P18 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P19 | Farmacêutico /Formador | | | | |
| | P20 | Farmacêutico /Formador | | | | |
| | P21 | Farmacêutico /Formador | | | | |
| | P22 | Médico de Família | | | | |
| | P23 | Médico de Família | | | | |
| | P24 | Médico de Família | | | | |
| | P25 | Médico de Família | | | | |
| | P26 | Médico de Família | | | | |
| | P27 | Doentes | | | | |
| | P28 | Consumidores | | | | |
| | P29 | Consumidores | | | | |
| | P30 | Consumidores | | | | |
| | P31 | Organização Sectorial | | | | |
| | P32 | Organização Sectorial | | | | |
| | P33 | Organização Sectorial | | | | |
| | P34 | Organização Sectorial | | | | |
| | P35 | Organização Sectorial | | | | |
| | P36 | Farm/Auditor da Qualidade | | | | |
| | P37 | Farm/Auditor da Qualidade | | | | |
| | P39 | Psicólogo | | | | |
| | P40 | Psicólogo | | | | |

Anexo VII



Lista de Participantes do Painel Delphi

Metodologia 4Choice4A's® para atendimento em MNSRM: Um contributo para a sua validação

| Nome | Código | Função | Local | e-mail | Contacto | Morada |
|------|--------|---------------------------|-------|--------|----------|--------|
| | P01 | Conhecimento científico | | | | |
| | P02 | Conhecimento científico | | | | |
| | P03 | Conhecimento científico | | | | |
| | P04 | Conhecimento científico | | | | |
| | P05 | Conhecimento científico | | | | |
| | P06 | Conhecimento científico | | | | |
| | P07 | Industria Farmacêutica | | | | |
| | P08 | Industria Farmacêutica | | | | |
| | P09 | Industria Farmacêutica | | | | |
| | P10 | Industria Farmacêutica | | | | |
| | P11 | Distribuição Farmacêutica | | | | |
| | P12 | Farmacêutico Comunitária | | | | |
| | P13 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P14 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P15 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P16 | Farmacêutico Comunitário | | | | |
| | P17 | Farmacêutico /Formador | | | | |
| | P18 | Médico de Família | | | | |
| | P19 | Médico de Família | | | | |
| | P20 | Médico de Família | | | | |
| | P21 | Médico de Família | | | | |
| | P22 | Doentes | | | | |
| | P23 | Consumidores | | | | |
| | P24 | Consumidores | | | | |
| | P25 | Organização Sectorial | | | | |
| | P26 | Organização Sectorial | | | | |
| | P27 | Organização Sectorial | | | | |
| | P28 | Farm/Auditor da Qualidade | | | | |
| | P29 | Psicólogo | | | | |
| | P30 | Psicólogo | | | | |

ANEXO VIII



Avaliação dos materiais (estudo piloto)

Após ler o lembrete e responder ao questionário pedimos-lhe que preencha este formulário de avaliação de forma tão precisa quanto possível.

1 - Lembrete

1.1 – A técnica Delphi foi explicada de forma clara no lembrete? (em caso negativo por favor especifique o que achou confuso)

2 - Questionário

2.1 – O conceito de metodologia 4Choice 4A para atendimento em MNSRM foi apresentado de forma clara? (em caso negativo por favor especifique o que achou confuso)

2.2 – As instruções para preenchimento do questionário estavam claras? (em caso negativo por favor especifique o que achou confuso)

2.3 – Foi fácil utilizar a escala numérica para resposta? (em caso negativo por favor especifique a dificuldade que encontrou)

2.4 – Quanto tempo levou a responder ao questionário?

2.5 – Quantas pausas fez quando respondeu ao questionário?

2.6 – Respondeu às perguntas sequencialmente ou pela sua própria ordem?

2.7 – Considera o questionário "amigável", i.e., fácil de ler, compreender e responder? (em caso negativo por favor especifique porquê)

2.8 – Tem sugestões para melhoria do questionário?

2.9 – Se lhe pedissem responderia a um segundo questionário?

Obrigada pelo seu tempo ☺



**Metodologia 4Choice4A® para atendimento em Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM):
Um contributo para a sua validação**

CONFIDENCIAL

Ronda do Delphi:

0 1

Código do Perito:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Este questionário é constituído por três partes:

- I. Instruções para preenchimento;
- II. Avaliação da relevância e exaustividade da metodologia;
- III. Dados pessoais.

I – Instruções para preenchimento do questionário

O objetivo deste questionário é contribuir para validar a metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM.

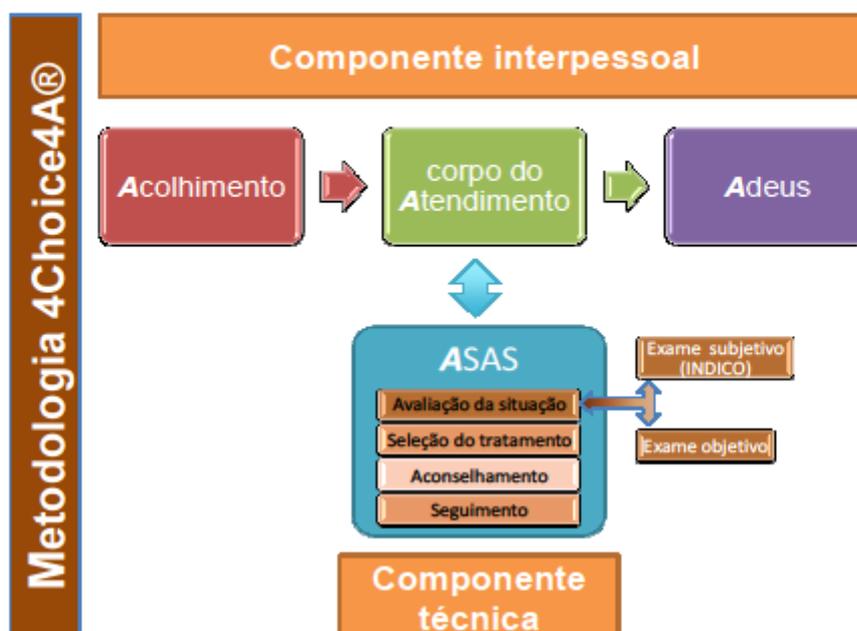
Esta pretende ser uma ferramenta para medir a qualidade do atendimento em MNSRM, contribuindo para a sua normalização e melhoria contínua. É constituída por um conjunto de critérios, definidos a partir da literatura nacional e internacional sobre dispensa de MNSRM e comunicação em saúde, organizados de forma inovadora.

Foram incluídos na metodologia apenas critérios factuais e exequíveis de medir (ou seja, passíveis de recolha de dados) na utilização que se antecipa para a metodologia: autoauditoria, auditoria interpares e auditoria oculta.

A Metodologia integra as duas componentes essenciais de um atendimento de qualidade, a **componente interpessoal** e a **componente técnica**, conforme esquematizado seguidamente:

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal



Adicionalmente, a metodologia está organizada em etapas, subetapas e critérios de qualidade. A **componente interpessoal** integra três etapas: **Acolhimento**, **Atendimento** e **Adeus**. A **componente técnica** está explanada na etapa **ASAS**, que especifica subetapas sequenciais do atendimento técnico: **Avaliação**; **Seleção**; **Aconselhamento** e **Seguimento**.

A etapa "Atendimento" refere-se ao corpo do Atendimento, ou seja, o segmento do atendimento entre a sua abertura ("Acolhimento") e o seu fecho ("Adeus"). Esta etapa diz respeito à componente interpessoal, enquanto a etapa ASAS, situada no mesmo segmento do atendimento, diz respeito à componente técnica.

Um dos critérios da subetapa "Avaliação" é a referenciação ao médico, se aplicável. Os principais critérios de referenciação ao médico foram organizados em dois grupos:

- **Gerais**, i.e., transversais às várias situações passíveis de automedicação¹;
- **Específicos**, i.e., relacionados com cada uma das situações passíveis de automedicação (não apresentados neste questionário).

¹ Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto. Este diploma define automedicação como "a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde."

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

Por favor analise as questões pela ordem apresentada. Pedimos que responda utilizando uma escala de 1 (Totalmente Irrelevante) a 7 (Totalmente Relevante). Caso considere que alguma questão está fora da sua área de perícia, por favor assinale a opção "Não respondo".

Pedimos-lhe que não discuta a sua opinião com outros Colegas, uma vez que é importante que cada questionário reflita os conhecimentos e experiência de um perito individualmente.

Embora não seja obrigatório comentar cada uma das questões é útil para nós conhecer as razões que o(a) levaram a discordar dos critérios apresentados, assim como sugestões para os tornar mais claros ou completos, adicionando elementos ou rephraseando a sua redação. Utilize a secção "comentários" em cada questão para este fim, sendo tão explícito(a) quanto possível.

No fim do questionário dispõe de espaço para sugerir Critérios de Qualidade adicionais, baseado nos seus conhecimentos e experiência. Ficaremos muito gratos por mais esta contribuição.

Em caso de dúvida contacte o investigador principal:
Pedro Cruz • Telefone (96 5052751) • e-mail (pedrosoarescruz@gmail.com).

Ajude-nos a cumprir os prazos impostos pelo protocolo do programa de investigação, devolvendo o questionário preenchido até ao dia 15 de Janeiro via e-mail.

Todos os dados serão mantidos confidenciais e analisados de forma anónima; a cada perito é atribuído um código que é apenas do conhecimento do investigador principal.

Anexo

IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

II – Avaliação da relevância e exaustividade da metodologia

Depois de ler as instruções para preenchimento, analise cada um dos critérios de qualidade a seguir apresentados e assinale com uma cruz na escala de 1 a 7 a pontuação que melhor corresponde à sua opinião. Caso considere que alguma questão está fora da sua área de perícia por favor assinale a opção "Não respondo".

Cada etapa está assinalada com uma cor diferente.

Tabela 1 Abreviaturas

| | |
|------------------------|---|
| 4Choice4A® | Abreviatura que designa uma metodologia de atendimento em MNSRM: 1ªA - A colhimento; 2ªA - ASAS ; 3ªA - A tendimento (corpo do) 4ªA - A deus. |
| 4ChoiceASAS® | Abreviatura que designa as subetapas da componente técnica do atendimento em MNSRM na metodologia 4Choice4A®: A valiação da situação; S eleção; A conselhamento; S equimento |
| Cliente | Recetor do serviço (<i>Glossário Farmacêutico Português, 2010</i>). Pode ou não ser o doente. |
| CIP | Componente Inter-pessoal: Acolhimento; Atendimento; Adeus |
| CT | Componente Técnica: ASAS - A valiação; S eleção; A conselhamento e S equimento. |
| Exame objetivo | Informação relativa ao doente, confirmada pelo profissional de saúde (<i>Glossário Farmacêutico Português, 2010</i>) |
| Exame subjetivo | Informação relativa ao doente, não confirmada pelo profissional de saúde (<i>Glossário Farmacêutico Português, 2010</i>) |
| INDICO | Acrônimo proposto por <i>Correr et. al.</i> ² para o exame subjetivo (I dentificação do paciente/idade; N atureza dos sinais/ e sintomas/severidade; D esdequando/tempo; I niciou algum tratamento; C o-morbilidades e outros medicamentos em uso; O utra informação relevante) |
| MNSRM | Medicamento Não Sujeito a Receita Médica |

² Correr, C., Rotta, I., & Otuki, M. (2012). Dispensação de medicamentos isentos de prescrição. In C. Correr, I. Rotta, & M. Otuki (Eds.), *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

| Q1 1ªA - ACOLHIMENTO - Componente Interpessoal | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Cumprimentar o cliente | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q2 1ªA - ACOLHIMENTO - Componente Interpessoal | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Identificar o motivo da visita, perguntando "em que posso ajudar" ou similar. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q3 1ªA - ACOLHIMENTO - Componente Interpessoal | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Manter contacto visual. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q4 1ªA - ACOLHIMENTO - Componente Interpessoal | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Oferecer atendimento em gabinete privado, se aplicável. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

| Q5 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Exame Subjetivo (INDICO) I: • Identificar o doente, se aplicável. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q6 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Exame Subjetivo (INDICO) N: • Natureza dos sinais e sintomas. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q7 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Exame Subjetivo (INDICO) D: • Duração da queixa. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q8 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Exame Subjetivo (INDICO) I: • Iniciou algum tratamento para a queixa. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Q9 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
| Exame Subjetivo (INDICO) C: • Co-morbilidades e outros medicamentos usados. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Q10 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
| Exame Subjetivo (INDICO) O: • Outra informação relevante. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Q11 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
| Exame Objetivo: • Verificar aparência, sinais ou parâmetros, se aplicável. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Q12 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
| Exame Objetivo: • Recomendar consulta médica, se aplicável. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

| Q13 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • É relevante estabelecer Critérios Gerais de Referenciação ao Médico? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q14 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Critérios Gerais de Referenciação ao Médico: • Situação grave ou com agravamento (a especificar para cada situação passível de automedicação) | | | | | | |
| Este critério geral de referenciação ao médico é relevante? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q15 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Critérios Gerais de Referenciação ao Médico: • Duração prolongada (a especificar para cada situação passível de automedicação) | | | | | | |
| Este critério geral de referenciação ao médico é relevante? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q16 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Critérios Gerais de Referenciação ao Médico: • Falta de efetividade do tratamento já instituído (desde que adequado) | | | | | | |
| Este critério geral de referenciação ao médico é relevante? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

| Q17 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - AVALIAÇÃO | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Crítérios Gerais de Referenciação ao Médico: • Suspeita de iatrogenia medicamentosa. | | | | | | |
| Este critério geral de referenciação ao médico é relevante? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q18 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - SELEÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Adequar a terapêutica à situação apresentada (medicamento(s) direcionados aos sintomas, sem contra-indicações conhecidas, sem interações clinicamente relevantes e respeitando as preferências do cliente.) | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q19 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - SELEÇÃO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Os medicamentos aconselhados são MNSRM | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q20 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - ACONSELHAMENTO | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Informar sobre a ação do medicamento (para que serve). | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

Q21 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - ACONSELHAMENTO

• Informar sobre a posologia (quanto e quando).

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q22 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - ACONSELHAMENTO

• Informar sobre a duração do tratamento.

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q23 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - ACONSELHAMENTO

• Prestar informação escrita sobre posologia e duração nas embalagens.

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q24 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - ACONSELHAMENTO

• Prestar informação complementar (ex. medidas não farmacológicas).

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

| Q25 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - ACONSELHAMENTO | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Informar sobre o que fazer em caso de persistência dos sintomas. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q26 2ªA - ATENDIMENTO - Componente Técnica (ASAS) - SEGUIMENTO | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Encorajar o cliente a reportar os resultados do tratamento. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q27 3ªA - ATENDIMENTO - Componente Interpessoal | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • No caso de pedido direto de um medicamento manifestar disponibilidade para ajudar o cliente. | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

| Q28 3ªA - ATENDIMENTO - Componente Interpessoal | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| • Estar atento às necessidades do cliente (comunicação verbal e não verbal). | | | | | | |
| Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? | | | | | | |
| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comentários: | | | | | | |

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

Q29 3ªA - ATENDIMENTO - Componente Interpessoal

• **Verificar a compreensão da informação prestada.**

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q30 3ªA - ATENDIMENTO - Componente Interpessoal

• **Manifestar disponibilidade para prestar mais informação.**

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q31 4ªA - ADEUS - Componente Interpessoal

• **Manter contacto visual.**

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q32 4ªA - ADEUS - Componente Interpessoal

• **Renovar disponibilidade, perguntando "posso ajudar em mais alguma coisa" ou similar.**

Este item é relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

Q33 Metodologia 4Choice4A

- No seu global considera a Metodologia relevante para medir a qualidade do atendimento em MNSRM? (para atribuir uma pontuação por favor tenha em mente não apenas os conjunto de critérios mas também a forma como estes estão organizados)

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Q34 Metodologia 4Choice4A

- No seu global considera a Metodologia exaustiva para medir a qualidade do atendimento em MNSRM?

| Totalmente Irrelevante | Irrelevante em grande parte | Irrelevante em parte | Não tenho a certeza | Relevante em parte | Relevante em grande parte | Totalmente Relevante |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Comentários:

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

Por favor utilize o espaço abaixo indicado para sugerir Critérios de Qualidade **adicionais** que considere relevantes para o atendimento de qualidade em MNSRM.

Critério de Qualidade

Etapa:

Critério de Qualidade

Etapa:

Critério de Qualidade

Etapa:

Critério de Qualidade

Etapa:

Anexo IX

Este questionário destina-se apenas a uso pessoal

III – Dados pessoais

As perguntas seguintes servem apenas para caracterizar a amostra de peritos e serão tratadas de forma confidencial. Esta informação não será associada à identificação do respondente.

1 - Sexo: Masculino Feminino

2 - Idade:

3 - Habilitações literárias (por favor assinale o grau mais elevado que concluiu):

Licenciatura

Pós-graduação

Mestrado

Doutoramento

Muito obrigada pelo seu tempo ☺