



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**MNSRM: QUALIDADE DO ACONSELHAMENTO PRESTADO EM
FARMÁCIAS E PARAFARMÁCIAS**

Trabalho submetido por
Beatriz Escarigo Carvalho
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

novembro de 2016



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**MNSRM: QUALIDADE DO ACONSELHAMENTO PRESTADO EM
FARMÁCIAS E PARAFARMÁCIAS**

Trabalho submetido por
Beatriz Escarigo Carvalho
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Prof^a Doutora Filipa Alves da Costa

novembro de 2016

Dedicatória

Ao meu avô Manuel de quem tenho imensas saudades.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Prof^a Doutora Filipa Alves da Costa por quem sinto uma enorme admiração. Obrigada pelo acompanhamento, atenção e conhecimentos científicos transmitidos durante todo este percurso, fizeram-me crescer e tornar uma profissional mais rigorosa e exigente comigo própria.

Equipa da Farmácia Silveira de Mem Martins, agradeço-vos por todo o conhecimento transmitido e amizade, cada um de vocês tornou-me uma melhor profissional.

À avó e ao avô muito obrigada pelos valores transmitidos e por acreditarem sempre em mim. Ao avô Manuel um especial agradecimento, sei que foi uma fonte de motivação adicional, e mesmo não estando presente fisicamente conseguiu fazer a diferença.

Às minhas amigas emigrantes, Gisela e Andreia, que mesmo longe fizeram questão de transmitir que tudo era possível bastava eu acreditar!

Às melhores amigas de faculdade, Beatriz, Sara e Marta sem dúvida demonstraram ser amigas de verdade, estiveram presentes em todos os momentos deste percurso académico. Beatriz, pelo companheirismo, a tua presença foi sempre assídua nos bons e maus momentos. Sara, por seres a minha conselheira, a amiga que me coloca os pés assentes na terra. A ti Marta, agradeço-te o apoio que foste e és, e os sacrifícios que fizeste em nome da amizade. Quero-vos levar para a vida!

À minha amiga de sempre e para sempre, Célia!

Aos pai e irmã, foram e serão o meu porto seguro! Obrigada por me aturarem todos os dias da minha vida mesmo quando não sou a pessoa mais fácil.

Resumo

Introdução: O consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) tem vindo a aumentar, e com o mesmo surge a necessidade de que seja prestado um melhor aconselhamento nas farmácias e parafarmácias para assegurar o uso responsável do medicamento. Desta forma, torna-se relevante e pertinente avaliar o desempenho dos profissionais de saúde nestes dois locais.

Objetivo: Este estudo pretendeu avaliar a qualidade de dispensa de MNSRM nas farmácias e em parafarmácias.

Metodologia: Recorreu-se a um estudo de carácter observacional, transversal, onde a informação é recolhida por observação oculta. Foram idealizados dois cenários, baseados na solicitação direta da contraceção oral de emergência e de um anti-inflamatório. Foram constituídos dois grupos alvo: as farmácias (n=30) e as parafarmácias (n=30). O desempenho do profissional do saúde foi avaliado através de uma grelha de avaliação, desenvolvida usando como referencial as Boas Práticas de Farmácia (BPF). Os resultados foram analisados com recurso ao *SPSS for Windows* na versão 24.0, utilizando-se o teste T de Student para amostras independentes e o teste de Mann-Whitney, considerando-se um nível de significância de 5%.

Resultados: Para o cenário da contraceção oral de emergência, verificou-se um desempenho significativamente melhor nas farmácias do que nas parafarmácias ($p < 0,05$). No cenário de pedido de um anti-inflamatório, apesar de o valor médio de desempenho ser superior nas farmácias em todas as secções avaliadas, a diferença foi significativa apenas na secção referente ao aconselhamento prestado ($p < 0,05$).

Conclusão: Este estudo sugere que o desempenho nas farmácias é superior do que nas parafarmácias, sendo necessário desenvolver estudos de maiores dimensões para comprovar estes dados. No entanto, as organizações representativas devem assumir um papel mais marcado na implementação de protocolos de aconselhamento que assegurem um desempenho de maior qualidade (acentuando-se as diferenças).

Palavras-chave: cliente-mistério, MNSRM, desempenho, farmácia, contraceção oral de emergência, varfarina, segurança, necessidade, AINE.

Abstract

Introduction: The consumption of non-prescription medicines (NPM) has been increasing, and with it comes the need to guarantee that better counselling are provided in pharmacies and drug stores to ensure the responsible use of medicines. Therefore, it becomes relevant and pertinent to evaluate the performance of health professionals in these two locations.

Goals: This study aims to evaluate the quality of dispense of non-prescription medicines (NPM) in pharmacies and drug stores.

Methodology: It was used an observational study, transversal, where the information is collected through hidden observation. Two scenarios were designed, based on direct request of emergency oral contraception and an anti-inflammatory. Two target groups were set: pharmacies (n=30) and drug stores (n=30). The performance of health professionals was measured through an evaluation grid, developed with base on the Good Practices of Pharmacies. The results were analysed using the version 24.0 of SPSS for *Windows*, using the Student T test for independent samples and the Mann-Whitney test, considering a 5% significance level.

Results: For the emergency oral contraception scenario, it was found a significantly better performance than in the drug stores ($p < 0.05$). In the anti-inflammatory scenario, although the value of average performance is higher in pharmacies, in all sections evaluated, the difference was only significant in the section of provided counselling ($p < 0.05$).

Conclusion: This study suggests that the performance in pharmacies is higher than in drug stores, though it is necessary to develop larger studies to confirm these data. However, the representative organizations must play a more pronounced role in the implementation of counselling protocols that ensure a higher quality of performance (accentuating the differences).

Keywords: mystery client; NPM; performance; pharmacies; emergency oral contraception; warfarin; safety; necessity; NSAID.

Índice

Índice de Gráficos.....	7
Índice de Figuras	9
Índice de Tabelas	11
Lista de Abreviaturas.....	13
Capítulo I – Introdução.....	15
1.1. Medicamentos não sujeitos a receita médica.....	15
1.1.1. Regime jurídico da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica .	15
1.1.2. O mercado	18
1.2. Automedicação	18
1.3. Práticas de responsabilidade social dos Farmacêuticos.....	20
1.3.1. Importância do aconselhamento na dispensa de MNSRM.....	23
1.4. Anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos em automedicação.....	24
1.4.1. Interações da aspirina e dos AINEs com Anticoagulantes orais	26
1.5. Contraceção Oral de Emergência (COE).....	27
1.6. Metodologia Cliente Mistério.....	30
1.6.1. Papel do “cliente mistério” na melhoria do aconselhamento	30
Capítulo II - Objetivos	33
2.1. Objetivo Principal.....	33
2.1.1. Objetivos Secundários	33
2.2. Principais questões para a investigação e respetivas hipóteses	33
Capítulo III – Métodos	35
3.1. Desenho de estudo	35
3.2. População e Amostra	35
3.3. Recolha da informação	35
3.4. Cenários	35
3.5. Grelhas de avaliação (<i>check-lists</i>)	37

3.6. Análise de dados.....	39
3.7. Ética e confidencialidade.....	39
Capítulo IV – Resultados e Discussão.....	41
4.1. Resultados.....	41
4.1.1. Caracterização da amostra	41
4.1.2. Resultados das seções das grelhas cenário Contraceção Oral de Emergência e Pedido de um AINE para uma avó	41
4.1.3. Avaliação do desempenho global intra-grupo	51
4.1.4. Respostas às hipóteses em estudo.....	51
4.2. Discussão	55
4.2.1. Alterações à amostra inicial do estudo	55
4.2.2. A grelha e avaliação das seções.....	55
4.2.3. O aconselhamento prestado em farmácias e em parafarmácias	57
4.2.4. Os MNSRM-EF	59
4.2.5. Limitações do estudo	60
4.2.6. Implicações para a prática	61
4.2.7. Trabalho futuro	62
Capítulo V- Conclusão	65
Referências bibliográficas	67

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da quota de mercado em volume desde 2005 até 2015 das parafarmácias fase às farmácias	18
Gráfico 2 – Resultados da avaliação de desempenho técnico observado na avaliação da situação (secção I da grelha de avaliação) perante o cenário COE	43
Gráfico 3 - Resultados da seleção da terapêutica (secção II da grelha da avaliação) perante o cenário COE.....	45
Gráfico 4 - Resultados da avaliação da informação prestada (secção III da grelha de avaliação) perante o cenário COE	46
Gráfico 5 - Resultados da avaliação de desempenho técnico observado na avaliação da situação (secção I da grelha de avaliação) perante o cenário do pedido de um AINE para uma avó	47
Gráfico 6 - Resultados da seleção da terapêutica (secção II da grelha de avaliação) perante o cenário do pedido de um AINE para uma avó.....	48
Gráfico 7 - Resultados da avaliação da informação prestada (secção III da grelha de avaliação) perante o cenário do pedido de um AINE para uma avó	50

Índice de Figuras

Figura 1 - Fluxograma de aconselhamento na dispensa de contraceção de emergência	29
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 – MNSRM-EF cujo protocolo de dispensa está disponível no Infarmed	16
Tabela 2 – Mnemónicas existentes que auxiliam o aconselhamento farmacêutico	21
Tabela 3 – Identificação da classificação do risco das interações medicamentosas	38
Tabela 4 – Pontuação atribuída ao desempenho global intra-grupo.....	51
Tabela 5 – Pontuação atribuída ao desempenho do profissional de saúde nos dois locais em estudo para o cenário da contraceção oral de emergência.....	52
Tabela 6 – Pontuação atribuída ao desempenho do profissional de saúde nos dois locais em estudo para o cenário do pedido de um AINE para uma avó	53

Lista de Abreviaturas

AINE	Anti-Inflamatório Não Esteróide
BPF	Boas Práticas de Farmácia
COE	Contraceção Oral de Emergência
DCI	Denominação Comum Internacional
DECO	Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
DGS	Direção-Geral da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INR	Razão Normalizada Internacional
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSA	<i>Pharmaceutical Society of Australia</i>

Capítulo I – Introdução

1.1. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Em Portugal os medicamentos são classificados em três categorias, Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF), de acordo com os requisitos legais para a dispensa ao público (Decreto-Lei nº 128/2013, 2013). Assim sendo, MSRM são aqueles que, poderão instituir risco para a saúde do doente, contenham substâncias que careçam de uma monitorização adicional, ou que necessitem ser administrados por via parentérica (Decreto-Lei nº 128/2013, 2013). Os MNSRM possuem um perfil de segurança conhecido e, por isso, são medicamentos cujas indicações terapêuticas aprovadas, são passíveis de automedicação em situações de saúde *minor* (Decreto-Lei nº 128/2013, 2013). Por último os MNSRM-EF, podem ser dispensados sempre que se adequem às indicações terapêuticas estabelecidas, e desde que sejam implementados os protocolos de dispensa estabelecidos pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) (Decreto-Lei nº 128/2013, 2013). Os MNSRM são utilizados na maioria das vezes como terapêutica primária, ou como terapêutica adjuvante de determinada patologia, sendo que estes estão na base da resolução de inúmeros problemas de saúde (Covington, 2006).

1.1.1. Regime jurídico da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica

De acordo com a legislação vigente em Portugal, desde 2005 os MNSRM podem ser adquiridos para além das farmácias em locais autorizados para o efeito (Decreto-Lei nº 134/2005, 2005). Na farmácia comunitária as equipas podem ser constituídas por farmacêuticos, pelo menos 2, técnicos de farmácia e pessoal devidamente habilitado, sendo ainda recomendado que a equipa seja constituída maioritariamente por farmacêuticos (Decreto-Lei nº 307/2007, 2007). Nos locais de dispensa de MNSRM, deve encontrar-se um responsável técnico, farmacêutico ou técnico de farmácia, que poderá ser responsável por 5 locais de dispensa de MNSRM, que não possuam uma distância superior a 50km entre eles, para que o responsável se possa deslocar em situações de dispensa que ponham em causa a segurança dos MNSRM (Portaria nº

827/2005, 2005). Desta forma, a dispensa destes medicamentos só poderá ser realizada por farmacêuticos, ou por técnicos, ou sob a supervisão de um dos anteriores (Decreto-Lei nº 134/2005, 2005).

Desde 2013, existe uma lista de quinze Denominações Comuns Internacionais (DCI) classificadas como MNSRM-EF, que se encontra acompanhada por protocolos que definem as condições a observar para uma dispensa que promova o uso responsável do medicamento (Infarmed, 2016a).

Tabela 1 – MNSRM-EF cujo protocolo de dispensa está disponível no Infarmed (Infarmed, 2016a)

DCI	Classificação farmacoterapêutica
Ácido fusídico	Antibacterianos
Ácido Salicílico + Fluorouracilo	Antimetabolitos
Amorolfina	Antifúngicos
Brometo de butilescopolamina + Paracetamol	Antiespasmódicos
Cianocobalamina	Antianémicos
Floroglucinol + Simeticone	Antiespasmódico
Fluticasona	Glucocorticóides
Hidrocortisona	Glucocorticóides
Ibuprofeno 400mg	Derivados do ácido propiónico
Lidocaína + Prilocaína	Anestésicos locais e antipruriginosos
Macrogol e outras associações	Laxantes osmóticos
Pancreatina	Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos
Paracetamol + Codeína + Buclizina	Medicamentos usados na enxaqueca
Picetoprofeno	Anti-inflamatórios não esteroides para uso tópico
Ulipristal	Anticoncepcionais

Desta forma, os consumidores conseguem adquirir estes medicamentos com o mesmo grau de acessibilidade, mas com a vantagem de serem dispensados na farmácia com o aconselhamento do farmacêutico, de forma detalhada de acordo com o seguimento de protocolos específicos que contribuem para assegurar o uso responsável do medicamento (Decreto-Lei nº 128/2013, 2013). Este grupo de medicamentos (MNSRM-EF) existe em vários países da União Europeia, na Suécia, Noruega, Itália, República Checa. Nestes países, observa-se que a lista de medicamentos presentes nesta categoria relativamente à de Portugal é maior (Gonçalves, Marcelo, Vilão, Silva, & Martins, 2016). De acordo com um artigo recente, os autores que fizeram esta análise consideraram que em Portugal seriam elegíveis para a venda exclusiva em farmácia 58 DCIs. O argumento usado é fundamentalmente a experiência que os restantes países têm com os mesmos, tendo sido esta benéfica para os utentes, uma vez que, estes têm acesso aos MNSRM sob a supervisão de um farmacêutico que contribui para a segurança na sua utilização (Gonçalves et al., 2016).

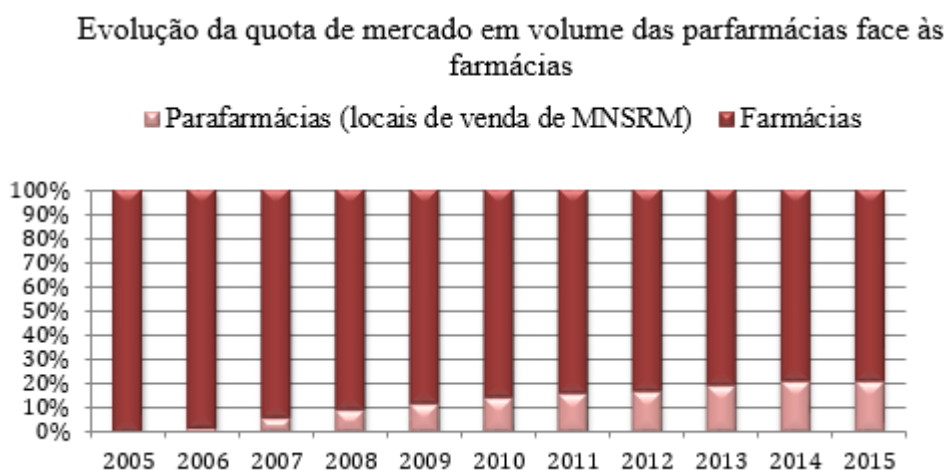
O alargamento dos locais de venda de MNSRM de uma forma geral, pretendeu trazer alguns benefícios para os consumidores, na medida em que, a alteração regulamentar conduziu a um aumento de postos de venda destes produtos, uma conseqüente redução do preço dos mesmos, e assim um aumento do acesso ao consumidor (Decreto-Lei nº 134/2005, 2005). No entanto, existem riscos subjacentes à sua utilização, tais como, o risco de mau “autodiagnóstico” por parte do consumidor, não sendo nessas situações o medicamento indicado para a sua situação patológica presente (Hughes, McElnay, & Fleming, 2001). Por outro lado, existem os riscos associados a uma utilização incorreta do medicamento, no que diz respeito à dosagem e ao tempo de duração do tratamento (Hughes, 2001). E ainda a incapacidade de detetar interações medicamentosas, que poderão induzir perigo, particularmente nas populações mais idosas, frequentemente polimedicados (Hughes, 2001).

A utilização de MNSRM de forma autónoma está limitada, de acordo com a legislação vigente, a 66 situações, as quais se encontram agrupadas por sistemas, designadamente, o digestivo, respiratório, cutâneo, nervoso, muscular, geral, ocular, ginecológico e vascular (Despacho nº 17690/2007, 2007).

1.1.2. O mercado

Ao longo do tempo, os locais de venda de MNSRM fora das farmácias têm vindo a aumentar gradualmente. Em 2010, existiam 915 locais, passando a 1015 desde 2014 (Apifarma, 2014). A maioria destes locais são espaços de saúde que são detidos por grandes superfícies, que no total detêm cerca de 77% do mercado de MNSRM (Infarmed, 2011). A entidade que representa maiores valores de venda de MNSRM fora das farmácias, é a PHARMACONTINENTE, Saúde e Higiene, S.A, detendo em 2015, 45% do mercado (Infarmed, 2016b).

Gráfico 1 - Evolução da quota de mercado em volume desde 2005 até 2015 das parafarmácias face às farmácias (Infarmed, 2016b)



As farmácias constituem aproximadamente mais do dobro destes locais, cerca de 2882 (PORDATA, 2016), apresentando uma maior representatividade (Gráfico 1), 79% a nível de volume de vendas no ano 2015. Contudo, como se pode visualizar no gráfico 1, é de notar o aumento gradual que os espaços autorizados para a venda de MNSRM têm atingido, sendo que, a percentagem de quota de mercado no ano de 2015 foi de 21% em volume (Infarmed, 2016b). Relativamente ao grupo farmacoterapêutico de MNSRM mais vendido em volume, são os analgésicos e antipiréticos (Apifarma, 2014).

1.2. Automedicação

A automedicação através dos MNSRM é o método mais usado perante um problema de saúde (Wertheimer & Serradell, 2008). Na Europa com o envelhecimento da população e as dificuldades económicas iminentes, surge a necessidade de haver uma utilização

mais eficiente dos recursos de saúde (European Commission, 2013). Deste modo, o autocuidado surge para que a população tenha uma maior perceção sobre a sua saúde e bem-estar, permitindo a automedicação aquando a necessidade de prevenção ou tratamento de doenças que não carecem de consulta médica (WHO, 1998; European Commission, 2013). Desta forma, para que os utentes consigam alcançar de forma adequada o autocuidado devem ser consciencializados pelos profissionais de saúde (Coelho & Costa, 2014).

Em Portugal a automedicação é definida como a utilização de MNSRM com o intuito de aliviar e tratar problemas de saúde *minor*, com o auxílio ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde, visto que, existe necessidade desta prática ser realizada de forma responsável (Despacho nº 17690/2007, 2007). Assim sendo, a automedicação responsável implica, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que “tenha sido comprovada a segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos utilizados. Os medicamentos utilizados são os indicados para condições que são reconhecidas pelo próprio e para algumas condições crónicas ou recorrentes após um diagnóstico médico inicial” (WHO, 1998).

Relativamente ao consumo de MNSRM, um estudo a cerca de 300 utentes portugueses concluí que 78% consumia regularmente estes medicamentos (Fernandes, Palma, Frazão, & Monteiro 2009). Há alguns fatores que influenciam o consumo destes medicamentos e consequentemente a automedicação, nomeadamente, o nível de escolaridade, profissão, o carácter público ou privado do serviço procurado perante um problema de saúde grave, se o público ou o privado, o tempo de espera para obter apoio qualificado, publicidade feita ao medicamento e reconhecimento dos sintomas (Martins et al., 2002; Wertheimer & Serradell, 2008). Com o aumento do nível de escolaridade, a automedicação aumenta, verificando-se que os utentes com menor nível educacional tendem a procurar mais aconselhamento (Melo et al., 2006). No que diz respeito à faixa etária, os jovens e jovens adultos são mais propensos à automedicação, ao contrário dos adultos a partir dos 50 anos de idade (Martins et al., 2002). No entanto, o grupo considerado com maior risco de interações medicamentosas é o dos idosos, uma vez que, estes são frequentemente polimedicados, podendo a sua medicação crónica interagir com os MNSRM (Stegemann et al., 2010). Outro fator que influencia a automedicação é o tempo decorrido desde a última consulta médica, sendo que, um utente que se encontra há mais de 6 meses sem observação médica está mais

predisposto a usar MNSRM, do que aquele que há menos de uma semana realizou uma consulta médica (Melo et al., 2006). Em zonas rurais, a farmácia e o farmacêutico têm maior influência na medicação do utente, particularmente no aconselhamento de MNSRM, e por isso a publicidade que é feita a estes medicamentos não é o principal determinante para a toma dos mesmos, mas sim o profissional de saúde (Melo et al., 2006).

Estes medicamentos após a sua dispensa, frequentemente não são monitorizados, podendo a doença ter uma evolução oposta à pretendida. Tal pode ocorrer por diversos motivos, nomeadamente por interações medicamentosas, ou simplesmente porque o medicamento não gerou benefício visto não ser adequado à patologia, por esta não ser a que o utente supunha, ou por poder estar num estado de evolução mais avançado que pensado (Bond & Hannaford, 2003). Desta forma cabe aos responsáveis pela dispensa destes medicamentos, confirmar o “autodiagnóstico” praticado pelo utente e conseqüentemente realizar uma adequada seleção da terapêutica, alertando para as reações adversas, e as conseqüências do abuso que alguns destes medicamentos acarretam, para que o utente se sinta esclarecido e seja consciente na toma destes medicamentos (Major & Vincze, 2010).

1.3. Práticas de responsabilidade social dos Farmacêuticos

No que diz respeito aos MNSRM os farmacêuticos têm uma responsabilidade acrescida, isto porque, para além de se certificarem da qualidade dos medicamentos dispensados, necessitam também de selecionar o medicamento e/ou designar medidas não farmacológicas para a resolução ou alívio do problema *minor* (Ordem dos Farmacêuticos, 2001).

As Boas Práticas de Farmácia (BPF), destinam-se a ser um instrumento para que a intervenção do farmacêutico seja mais apropriada. Em relação à indicação farmacêutica, foi criada uma norma de forma a orientar o profissional no aconselhamento, primeiramente este deverá fazer uma entrevista ao utente (avaliação da situação) para recolher informação correta, tal como, identificar o utente, questionar sobre os seus sintomas e duração, outras patologias e medicação que o utente faz (Ordem dos farmacêuticos, 2001). De seguida o profissional após a recolha da informação e identificação do problema do utente deverá fazer a sua intervenção, que envolve uma

adequada seleção da terapêutica e respetivo aconselhamento, disponibilizando a informação necessária ao utente (Ordem dos Farmacêuticos, 2001). Para que a avaliação da situação, seja o mais exaustiva possível, foram criadas mnemónicas para assegurar que toda a informação relevante é obtida (Tabela 2). Sendo a mais utilizada a mnemónica WWHAM, existem diversos estudos que avaliam o desempenho dos profissionais de saúde presentes nas farmácias, recorrendo à verificação de esta mnemónica ser utilizada (Watson, Bond, Grimshaw, & Johnston, 2006; Watson, Cleland, & Bond, 2009). Constatou-se com os resultados dos mesmos que há questões que os profissionais das farmácias realizam mais frequentemente, independentemente do cenário, como é o caso da questão, “Quem é o doente?”, “Quais são os sintomas?” e “Qual a medicação que faz?” (Watson et al., 2006, 2009).

De forma a estimular a comunicação entre o farmacêutico e o utente para que seja criado um aconselhamento diferencial e efetivo foram criadas outras mnemónicas tais como, ENCORE, ASMETHOD, SIT DOWN SIR (Azzopardi, 2000).

Tabela 2 – Mnemónicas existentes que auxiliam o aconselhamento farmacêutico (Azzopardi, 2000)

Mnemónicas	Significado
ENCORE	E - “Explore” (Explorar) N - “No medication” (Sem medicamento) C - “Care” (Cuide) O - “Observe” (Observe) R - “Refer” (Refere) E - “Explain” (Explicar)
SIT DOWN SIR	S - “Site or location?” (Sítio ou localização?) I - “Intensity or severity?” (Intensidade ou gravidade?) T - “Type or nature?” (Tipo ou natureza?) D - “Duration?” (Duração?) O - “Onset?” (Começo?) W - “With other symptoms?” (Com outros sintomas?) N - “Annoyed or aggravated?” (Irritado ou agravado?) S - “Spread or radiation?” (Alastrado ou radiação?) I - “Incidence or frequency pattern?” (Incidência ou padrão de frequência?) R - “Relieved by?” (Alívio?)

WWHAM	<p>W -“Who is the patient?” (Quem é o doente?), W - “What are the symptoms” (Quais são os sintomas?) H - “How long have the symptoms been presente” (Há quanto tempo apresenta os sintomas?) A - “Action taken?” (O que fez?) M - “Medication being taken” (Qual a medicação que toma?)”</p>
ASMETHOD	<p>A - “Age, appearance” (Idade, aparência) S - “Self or someone else?” (O próprio ou outra pessoa?) M - “Medication taken?” (Medicação tomada?) E - “Extra medicines taken to treat current symptoms?” (Medicação tomada para tratamento dos sintomas?) T - “Time symptom has been noticed?” (Tempo que os sintomas existem?) H - “History of the condition?” (História clínica?) O - “Other accompanying symptoms?” (Outros sintomas?) D - “Danger symptoms?(Sintomas perigosos?)”</p>

Como se pode constatar pela análise da anterior tabela, a mnemónica WWHAM é a mais simples, sendo talvez essa uma das razões que leva a que continue a ser a mais utilizada na avaliação do desempenho.

Em Portugal, foram criados protocolos pela Ordem dos Farmacêuticos (OF) que seguem as normas das BPF, em relação ao aconselhamento da febre e da contraceção de emergência (Ordem dos Farmacêuticos, 2006; 2011). Mais recentemente, o Infarmed criou adicionalmente protocolos para todas as DCIs disponíveis como MNSRM-EF, promovendo assim uma avaliação mais exaustiva neste subgrupo de medicamentos para que sejam dispensados de forma correta (Infarmed, 2016a). Todos estes protocolos prevêm a avaliação das contra-indicações e interações medicamentosas dos medicamentos em causa, o que é de elevada relevância, uma vez que, são informações que apoiam o farmacêutico na seleção da terapêutica (Cavaco & Pereira, 2012). Por outro lado este tipo de informação pode ser considerado uma das lacunas nos protocolos

propostos pelo grupo Holon, os quais comparados com os protocolos da OF se podem considerar bastante simplificados. Ainda que se pense que a ideia será direcioná-los mais para a prática diária, pode também considera-se que esta simplificação pode colocar em causa a existência de informações pertinentes relativamente à terapêutica a selecionar (Cavaco & Pereira, 2012).

1.3.1. Importância do aconselhamento na dispensa de MNSRM

Hoje em dia, com o aumento da automedicação torna-se mais impreterível para o profissional de saúde, interagir e fazer a sua intervenção no que diz respeito à dispensa destes medicamentos, sendo que, esta consiste na seleção da terapêutica mais adequada e na conseqüente transmissão de informação (Coelho & Costa, 2014). O aconselhamento preconiza dar informação ao utente sobre o medicamento e modo de atuação do mesmo, contra-indicações, efeitos adversas e monitorização a realizar (Puspitasari, Aslani, & Krass, 2009).

Tem sido sugerido que os MNSRM requerem a mesma atenção que aqueles que são dispensados com receita médica, visto possuírem também contra-indicações, preverem reações adversas e poderem estar envolvidos em interações medicamentosas (Bond & Hannaford, 2003).

No que diz respeito aos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e analgésicos, encontra-se descrito que a maioria dos consumidores não está esclarecida sobre os reações adversas subjacentes a estes medicamentos (Schmitt et al., 2011). Num estudo realizado a 134 dos utentes entrevistados a fazer anticoagulante oral, 62 possuíam um potencial risco de interação medicamentosa com AINEs, visto que se automedicavam sem o conhecimento do risco acrescido que estes medicamentos remetem com a toma de medicação anticoagulante (Indermitte, Reber, Beutler, Bruppacher, & Hersberger, 2007).

Em relação à contraceção de emergência, tem-se vindo a verificar que a utilização de protocolos e listas de verificação com o intuito de uma melhor avaliação do utente, permite que haja uma maior recolha de informação e conseqüentemente uma melhor avaliação e correta seleção (Schneider, Gudka, Fleischer, & Clifford, 2013). Num aconselhamento de alguns minutos, o profissional de saúde consegue informar e aconselhar a utente, prolongando o conhecimento desta no que diz respeito à

contração de emergência, aumentando assim a probabilidade de a toma deste ser efetiva (Ragland et al., 2011).

Apesar da venda dos MNSRM ser mais facilitada, uma vez que, não é necessária uma receita médica, a maioria dos utentes priorizam os farmacêuticos e médicos como a principal fonte de informação e aconselhamento (Calamusa et al., 2012). Um estudo a nível nacional a 1345 inqueridos demonstra que mais de 90% dos portugueses estão satisfeitos com as farmácias portuguesas, isto porque, referem que os profissionais demonstram competências técnicas, são simpáticos, têm facilidade em transmitir informação sobre medicamentos e saúde e a linguagem utilizada é de fácil compreensão (DECO, 2016). No entanto, este estudo aborda a satisfação dos utentes de uma forma geral, não especificando os serviços de aconselhamento farmacêuticos prestados, por outro lado um estudo realizado na Coreia do Sul pretendeu analisar os níveis de satisfação de utentes e farmacêuticos nos serviços de aconselhamento, sendo que, de 252 utentes inqueridos apenas 34% se encontrava satisfeito, a maioria encontrava-se insatisfeito pelo tempo limitado que o farmacêutico disponibilizava ao aconselhamento. Sob o ponto de vista dos farmacêuticos (620 inqueridos) apenas 47% estava satisfeito com o aconselhamento que é praticado, desta forma os utentes e farmacêuticos apoiavam a necessidade de implementação de normas direcionadas para o aconselhamento de medicamentos de forma a melhorar o mesmo (Yang, Kim, Choi, & Chang, 2016). No entanto, existe a indispensabilidade do farmacêutico encontrar-se satisfeito com o seu trabalho diário, dado existir uma relação bidireccional com o aconselhamento prestado pelos farmacêuticos, ou seja, farmacêuticos satisfeitos com o seu trabalho proporcionam melhores aconselhamentos (Urbonas & Kubilienė, 2016).

1.4. Anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos em automedicação

Os AINEs inibem a ciclo-oxigenase (COX) de forma reversível, sendo esta constituída pela COX-1 e a COX-2, a primeira é fisiológica e está presente em diversos tecidos, a segunda é estimulada sendo responsável pela síntese das prostaglandinas inflamatórias (inflamação) (Bennett et al., 2005). Desta forma, com a inibição da COX-2 os AINEs conseguem aliviar estados patológicos inflamatórios, existindo contudo risco cardiovascular associado (Bennett et al., 2005). Por sua vez, através da inibição da COX-1, os AINEs são responsáveis por efeitos colaterais, tais como gastrite erosiva e hemorragias do trato gastrointestinal (Bennett et al., 2005). Devido aos riscos

associados à toma de AINEs, deve-se ter em conta o perfil de risco do utente, no que diz respeito ao risco de hemorragias gastrointestinais e eventos cardiovasculares. Visto que, em eventos de elevado risco de efeitos gastrointestinais, o AINE clássico (não seletivos, inibem a COX-1 e a COX-2) deve ser acompanhado de um protetor gástrico. Em doentes com isquemia cardíaca, doença arterial periférica e doença cerebrovascular estabelecida, os inibidores seletivos da COX-2 (subgrupo de AINEs, que atuam inibindo seletivamente a COX-2) estão contra-indicados, e em indivíduos com perfis de risco cardiovascular elevado, considera-se que o AINE mais seguro é o naproxeno (Bennett et al., 2005; Direção-Geral da Saúde, 2013).

O ibuprofeno pertence igualmente à classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) sendo que quando numa dosagem de 200mg, 50mg/g ou 20mg/ml a sua dispensa não necessita de prescrição médica (Infarmed, 2016c). Em comprimidos e numa dose de 200mg existe no mercado o Brufen[®], Dolomate[®], Kifen[®], Ozonol[®], já em gel, 50mg/ml, o Ozonol[®] e o Frenidor[®], em suspensão oral, 20mg/ml, o Ib-u-ron[®] (Infarmed, 2016c). A dose máxima diária recomendada em Portugal, depende da patologia, no caso de artrose, a recomendação é de 3200mg/dia, em situações de dor a dose não deverá ascender 1200mg/dia (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Relativamente ao ácido acetilsalicílico, é um analgésico e antipirético, e consoante a sua dosagem possui também propriedades antiagregantes plaquetária (Infarmed, 2008, 2012). Ao contrário dos AINEs o ácido acetilsalicílico, inibe de forma irreversível a COX (Li et al., 2014). Contudo, inibe de forma mais potente a COX-1 do que a COX-2, e por isso, ao inibir a COX-1 inibe o Tromboxano-A2 que previne a agregação plaquetária (Fendrick, Pan, & Johnson, 2008). Desta forma é usado em baixas dosagens para prevenção de acidentes cardiovasculares (Fendrick et al., 2008). Quando utilizado em doses mais elevadas (300-500mg) pretende-se usufruir do seu efeito anti-inflamatório, classificando-se como MNSRM, estando disponível em forma isolada ou em associações, é o designado, AAS[®], Aspirina[®], Aspirina Microactive[®], Cetilace[®], Migraspirina[®], Afebryl[®], Gripetral[®] (Infarmed, 2016c).

1.4.1. Interações da aspirina e dos AINEs com Anticoagulantes orais

Existem diversos fatores que poderão influenciar a ação farmacológica dos anticoagulantes orais, designadamente, a varfarina (Choi et al., 2010). A varfarina, é um anticoagulante oral, pertencente ao grupo farmacoterapêutico classificado como antivitamínicos K (Infarmed, 2016d). Os AINEs têm um papel significativo neste anticoagulante oral, isto porque aumentam as suas concentrações séricas, podendo induzir hemorragias (Choi et al., 2010). Dentro do grupo dos anti-inflamatórios não esteroides, o meloxicam, por exemplo, contribui de forma mais significativa para o aumento das concentrações de varfarina (Choi et al., 2010). Contudo todos os AINEs possuem este efeito, sendo que, as interações medicamentosas que ocorrem entre AINEs e a varfarina são consideradas como potencialmente graves (Toivo, Mikkola, Laine, & Airaksinen, 2015).

Em utentes que têm uma maior predisposição para a hemorragia gástrica com a toma de AINEs, o paracetamol (Bennett et al., 2005) cujo grupo farmacoterapêutico são os analgésicos e antipiréticos (Infarmed, 2014a), é o medicamento mais indicado como alternativa ao uso de AINEs, sobretudo quando o efeito que se pretende é essencialmente analgésico, não justificando tão pouco a seleção de fármacos com propriedades anti-inflamatórias. Em utentes que necessitem de tomar dosagens baixas de ácido acetilsalicílico, os inibidores da bomba de prótons podem ser indicados para o uso simultâneo, para uma conseqüente diminuição do risco de hemorragias gástricas (Lai et al., 2002). Quando as situações descritas anteriormente não são adequadas, os inibidores da COX-2 podem ser alternativas, devendo como em qualquer outra situação, avaliar-se cuidadosamente a relação benefício-risco, com particular atenção ao risco cardiovascular associado a este grupo farmacoterapêutico (Bennett et al., 2005).

O ácido acetilsalicílico e os AINEs aumentam o INR (Razão Normalizada Internacional) ou seja, aumentam a anticoagulação, e por isso, maior risco de hemorragias (Caldeira, Costa, Barra, Pinto, & Ferreira, 2015; Delaney, Opatrny, Brophy, & Suissa, 2007)

Constata-se que a alternativa mais segura é a substituição do AINE e da aspirina pelo paracetamol, isto porque, este não possui atividade antiplaquetária e capacidade de induzir a hemorragia gastrointestinal. No entanto, constatou-se que em doses superiores

a 2g/dia este medicamento interfere com o anticoagulante oral provocando uma sinergia com o mesmo, aumentando os níveis do INR de alguns doentes, estáveis até ao momento da toma (Gebauer, Hansen, Henschke, & Gallus, 2003). Este dado é considerado relevante na avaliação deste tipo de cenário, considerando-se que a dispensa seria segura desde que recomendada a utilização em doses comercializadas como MNSRM (500 mg) e com a recomendação de não atingir os 2 g diários.

1.5. Contraceção Oral de Emergência (COE)

A contraceção oral de emergência (COE) é utilizada como um método minimizador do risco de uma gravidez indesejada após um ato sexual desprotegido (Ragland et al., 2011).

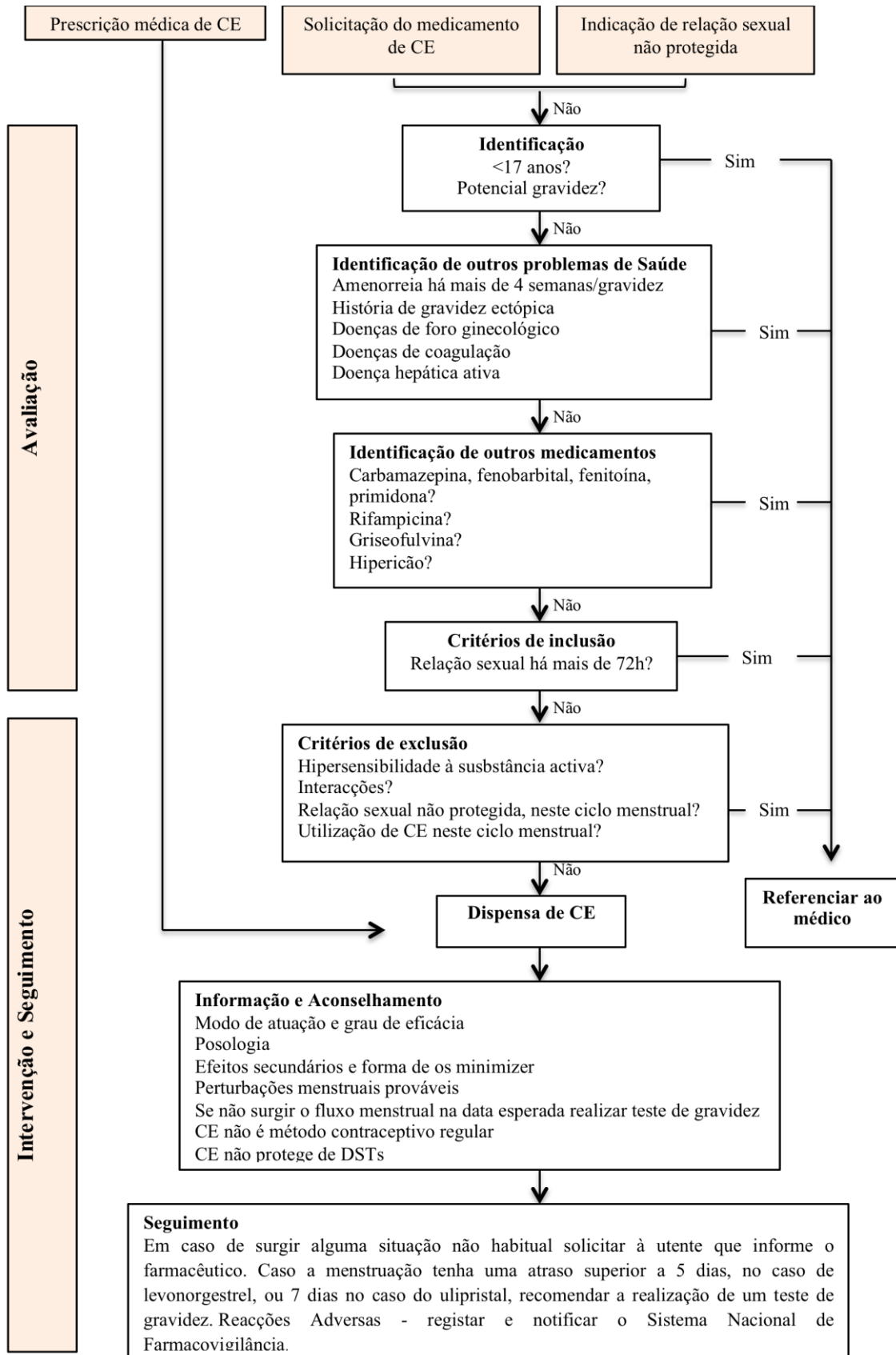
Em Portugal existem 3 pílulas contraceptivas com indicação aprovada para contraceção de emergência, a Postinor® e Norlevo®, ambas contendo levonorgestrel como substância ativa, e classificadas como MNSRM (Infarmed, 2016c) e a ellaOne®, composta por acetato de ulipristal e classificada como MNSRM-EF (Ordem dos Farmacêuticos, 2011; Infarmed, 2016e). Relativamente à eficácia da contraceção de emergência, o acetato de ulipristal pode ser usado até 120 h (5 dias) após a relação sexual desprotegida, ao passo que, o levonorgestrel tem eficácia descrita apenas nas primeiras 72 h (European Medicines Agency, 2014). Adicionalmente, a eficácia do levonorgestrel, vai diminuindo com o tempo que sucede a relação sexual, sendo a eficácia descrita de 85% entre as 24 h e as 48 h, passando a 58% após as 48 h (Infarmed, 2014b).

O uso da contraceção de emergência pode ser considerado um indicador proximal de um uso incorreto ou ausente de contraceção regular (Sander, Raymond, & Weaver, 2009). Um estudo nacional revela que o principal motivo da utilização de COE é a falha da contraceção habitual, em que a idade média dos utilizadores rondava os 26 anos (Fontes, Guerreiro, Costa, & Miranda, 2010). Contudo, é necessário existir uma especial atenção para os casos das jovens adolescentes, isto porque, com o fácil acesso à contraceção de emergência, existe o risco eminente de esta tornar-se uma forma de contraceção habitual (Harper, 2005).

No estudo de Hobbs et al. (2011), verifica-se que a maioria das mulheres tem dificuldade relativamente ao modo de utilização deste medicamento (Hobbs et al.,

2011). Desta forma no aconselhamento da contraceção oral de emergência, é necessária uma avaliação cuidada dos motivos que motivaram o pedido por parte da utente, a adequação do “autodiagnóstico” como medida de avaliação da necessidade e também da efectividade esperada, e ainda a segurança desta automedicação (Ordem dos Farmacêuticos, 2011). Deste modo existem protocolos de aconselhamento que permitem de forma sistemática recordar o farmacêutico sobre as perguntas chave a fazer à utente para despiste de situações que desaconselham ou dispensam o recurso à COE (critérios de inclusão e exclusão), requerendo até eventualmente encaminhamento para o médico. Este mecanismo sistemático é apresentado sob a forma de um fluxograma para facilitar a consulta na prática farmacêutica (Figura 1) (Ordem dos Farmacêuticos, 2011). No que diz respeito, aos critérios de inclusão, estes pretendem verificar se a utente teve a relação sexual há menos de 120 h, bem como se este ato sexual foi desprotegido ou houve falha do método contraceutivo utilizado, e em que fase do ciclo menstrual a utente se encontra (Ordem dos Farmacêuticos, 2011). Já em relação aos critérios de exclusão, tendem a verificar se a utente não se encontra grávida, e se não for o caso, se esta toma alguma medicação que possa conduzir a interação medicamentosa com a contraceção de emergência, ou se poderá haver possibilidade de reação adversa já conhecida (Ordem dos Farmacêuticos, 2011).

Figura 1 - Fluxograma de aconselhamento na dispensa de contraceção de emergência (Ordem dos Farmacêuticos, 2011)



Mediante a confirmação da necessidade de contraceção de emergência é imperativo o aconselhamento e seguimento, devendo este ser feito sob a forma escrita, como complemento da forma oral, assegurando exaustividade da informação, bem como a possibilidade de consulta posterior (Major & Vincze, 2010). O aconselhamento destina-se a informar o utente sobre a posologia, efeitos secundários, eficácia da contraceção de emergência, assim como, alertar para o facto de este não proteger contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), e não dever ser utilizado como um método de contraceção habitual (Ordem dos Farmacêuticos, 2011)..

1.6. Metodologia Cliente Mistério

1.6.1. Papel do “cliente mistério” na melhoria do aconselhamento

As visitas cliente mistério são utilizadas como um método observacional que pretende avaliar a forma como determinado serviço é prestado aos clientes, permitindo assim a auto-avaliação nas empresas, ou a comparação destas com a concorrência (Morrison, Colman, & Preston, 1997). Esta metodologia começou a ser empregue na área de marketing e negócios em pequenas e grandes empresas, tais como, *McDonald's*, *Hard Rock Cafe*, *Disney* (Finn & Kayande, 1999), sendo mais tarde, na década de 70, aplicada na área da saúde, concretamente na medicina, tendo desde a década de 80 começado a ser utilizadas nas farmácias (Werner & Benrimoj, 2008).

As metodologias usadas para avaliar o aconselhamento em farmácias consistem principalmente em, questionários aos utentes das farmácias, inquéritos de autoavaliação aos profissionais e visitas de cliente mistério (Puspitasari et al., 2009). Este último método de avaliação tem sido muito utilizado em alguns estudos, visto que permite reduzir diversos vieses associados aos outros tipos de avaliação. Por exemplo, não incorre no viés de desejabilidade social, tradicionalmente associado à avaliação por questionário, nem tão pouco no efeito de Hawthorne, o qual está frequentemente presente nas avaliações por observação aberta. Assim, os resultados podem ser considerados mais fiáveis, correspondendo com maior proximidade à realidade praticada diariamente nos locais em estudo (Puspitasari et al., 2009). O cliente mistério é um indivíduo cuja identidade é desconhecida, treinado para simular cenários nos locais definidos (Neto, 2003) e estes cenários são abordados num ambiente real dado que o profissional não possui conhecimento que está a ser avaliado, minimizando assim

o referido efeito de Hawthorne, que resulta da alteração do comportamento pelo facto de se ter conhecimento de estar a ser alvo de avaliação (McCarney et al., 2007; Neto, 2003).

Apesar de existirem alguns estudos que utilizam esta metodologia no que diz respeito o aconselhamento praticado nas farmácias, estes designam-se na maioria como uma fonte de avaliação de desempenho das farmácias, não revelando uma tendência educacional para os profissionais que estão a ser avaliados, uma vez que, os resultados não são apresentados aos mesmos (Xu, Neto, & Moles, 2012). Contudo, existem também estudos que utilizaram este método adotando uma perspectiva educativa, sendo apresentado *feedback* aos profissionais de saúde alvo de avaliação (Xu et al., 2012). Na Austrália, as normas desenvolvidas pela *Pharmaceutical Society of Australia* (PSA) para o aconselhamento de MNSRM são avaliadas por um programa de melhoria contínua, desenvolvido pela Universidade de Sydney, que recorre à observação oculta (Benrimoj, Werner, Raffaele, & Roberts, 2008) Neste programa constata-se que uma das grandes vantagens desta metodologia é o facto de poder ser um método de melhoria contínua, visto que, após a visita é possível dar um *feedback* imediato sobre a avaliação que foi realizada ao profissional (Neto, Benrimoj, Kavanagh, & Boakes, 2000; Benrimoj et al., 2008) o que faz com que este melhore o aconselhamento que presta aos utentes, na medida em que toma conhecimento de quais foram os parâmetros menos positivos e procura melhorá-los (Berger, Eickhoff, & Schulz, 2005; Watson et al., 2009). Para além do *feedback* imediato como forma educativa, em diferentes fases do desenvolvimento do programa, recorreu-se também a programas de treino direcionados para a consolidação de conhecimento. A metodologia de cliente mistério foi também utilizada para avaliar o impacto dos referidos programas de treino sobre o desempenho dos profissionais de saúde na dispensa de MNSRM (Benrimoj, Werner, Raffaele, Roberts, & Costa, 2007; Sigrist, Benrimoj, & Hersberger, 2002).

A nível nacional existem estudos da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), cujo método utilizado é o cliente mistério mas, os resultados são publicados com o intuito de dar a conhecer ao consumidor, não tendo uma perspectiva didática ou de promoção profissional, mas sim com objetivos políticos (DECO, 2010; DECO, 2011). Em 2010, o estudo que foi realizado teve como finalidade avaliar o aconselhamento prestado nas farmácias e centros de saúde, no que diz respeito à contração de emergência, com base nas orientações da Direção Geral da Saúde (DGS)

e nas normas de intervenção farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos. Entre 78 farmácias analisadas, considerou-se que 61 chumbaram, uma vez que não realizaram as questões necessárias e conseqüentemente não prestaram a informação devida (DECO, 2010). O estudo publicado em 2011 corrobora os resultados do estudo anterior, visto que não foi concedido aos utentes informação relevante segundo as normas e orientações existentes, de forma esclarecedora (DECO, 2011).

Apesar das grandes vantagens inerentes a este método, existem parâmetros que têm que ser melhorados em estudos futuros, tais como, o facto das visitas cliente mistério utilizarem a memória do cliente como forma de avaliação dos profissionais e, por outro lado, a forma como os cenários são apresentados pelo cliente mistério nas suas visitas (Berger et al., 2005; Werner & Benrimoj, 2008). No que diz respeito à memorização do aconselhamento, esta poderá por em risco a conseqüente avaliação do aconselhamento, porque a memória do cliente mistério não é infalível, podendo assim existir omissões de informação ou alterações das mesmas (Werner & Benrimoj, 2008). Desta forma alguns estudos têm realizado estas visitas com recurso ao gravador áudio, de forma a validar a posterior avaliação do aconselhamento (Benrimoj et al., 2007; Neto et al., 2000), considerando-se que este recurso é útil para manter a informação recolhida íntegra (Werner & Benrimoj, 2008). Em relação aos cenários apresentados pelo cliente mistério, existe uma diferença inerente à forma como estes são expostos, isto porque aquando a solicitação de um medicamento específico ao profissional de saúde este tem uma tendência de depreender que o utente já conhece o medicamento e sabe utilizá-lo e não necessita de aconselhamento sobre o mesmo, contrariamente ao que sucede quando o utente expõe os seus sintomas, havendo tendência para neste caso o profissional compreender que o aconselhamento é necessário disponibilizando então mais informação (Berger et al., 2005; Horvat, Koder, & Kos, 2012).

Capítulo II - Objetivos

2.1. Objetivo Principal

Este estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade do desempenho na dispensa de MNSRM em farmácia e em parafarmácia, definindo-se qualidade como a que cumpre com o referencial vigente em Portugal, isto é, as Boas Práticas de Farmácia (Ordem dos Farmacêuticos, 2001).

2.1.1. Objetivos Secundários

Os objetivos secundários deste estudo foram:

- 1) Avaliar a qualidade e exaustividade da avaliação da situação feita pelo profissional que contacta com o público;
- 2) Avaliar a qualidade da decisão terapêutica no que diz respeito à efetividade, segurança e necessidade;
- 3) Avaliar a transmissão de informação no momento da dispensa terapêutica.

2.2. Principais questões para a investigação e respetivas hipóteses

Questão 1: O desempenho em Farmácias é melhor do que em Parafarmácias?

H1 = O desempenho é melhor em farmácias do que em parafarmácias.

H0 = O desempenho não é melhor em farmácias do que em parafarmácias

Questão 1.1: Na avaliação das capacidades técnicas de avaliação da situação (secção I), os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias?

H1 = Na avaliação das capacidades técnicas de avaliação os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias.

H0 = Na avaliação das capacidades técnicas de avaliação os técnicos das farmácias não são melhores do que os das parafarmácias.

Questão 1.2: Na seleção da terapêutica (secção II), os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias?

H1 = Na seleção da terapêutica os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias.

H0 = Na seleção da terapêutica os técnicos das farmácias não são melhores do que os das parafarmácias.

Questão 1.3: A transmissão de informação (secção III), é feita de forma mais exaustiva pelos os técnicos das farmácias comparativamente aos das parafarmácias?

H1 = A informação é transmitida de forma mais exaustiva nas farmácias do que nas parafarmácias.

H0 = A informação não é transmitida de forma mais exaustiva nas farmácias do que nas parafarmácias.

Capítulo III – Métodos

3.1. Desenho de estudo

Este estudo é observacional, transversal, a informação é recolhida através de observação oculta. Foram realizadas visitas cliente mistério a dois grupos, farmácias (n=30) e a parafarmácias (n=30), sendo que em cada um deles foram executados dois cenários distintos, cenário da contraceção oral de emergência e cenário do pedido de um AINE para uma avó, com o intuito de recolher a informação para a consequente avaliação do desempenho no aconselhamento de MNSRM através de uma grelha de avaliação (*checklist*).

3.2. População e Amostra

A amostra em estudo foram os locais onde se encontram disponíveis os MNSRM. A amostra é constituída por 60 locais, distribuídos entre dois grupos. Fez-se uma extração aleatória da base de dados do Infarmed (Infarmed, 2016f), dos locais que integram o concelho de Sintra. Adicionalmente foram extraídos dois locais para testar os cenários, a grelha de avaliação e a capacidade do investigador atuar no modelo de observação oculta, o qual inclui a capacidade de desempenhar um papel não sendo descoberto, e a memorização da informação recolhida.

3.3. Recolha da informação

Os dados foram recolhidos por observação simples, sendo registados apenas após o cliente mistério ter saído do local visitado no momento em que já não estava visível. Não houve qualquer gravação da interação, sendo todos os pontos de avaliação memorizados pelo cliente mistério. As visitas realizam-se por um único cliente mistério, isto para que os dados recolhidos sejam interpretados com o mesmo rigor.

3.4. Cenários

Foram elaborados dois cenários distintos mas com o mesmo objetivo, a avaliação do aconselhamento prestado pelo profissional de saúde.

O cenário I é baseado na contraceção oral de emergência (*vide* anexo I), sendo que, o cliente mistério era uma jovem de 23 anos, que se dirige à farmácia e solicita a

contraceção oral de emergência, uma vez que, teve uma relação sexual desprotegida no dia anterior (há menos de 24h). Refere, se questionada que neste ciclo menstrual falhou a toma da sua pílula, Microgeste[®], no 26^o dia, recordando-se que o comprimido que não tomou era de cor branca, e apesar de não ter tomado na hora e no dia indicado, no dia seguinte tomou o comprimido. Contudo, encontra-se preocupada por não querer ficar grávida, por diversos motivos, um deles é ser estudante e não possuir a estabilidade que acha necessária para ficar grávida. Deste modo, quer evitar uma possível gravidez. Neste cenário é desejável que o profissional de saúde identifique que a jovem não é elegível para a toma do medicamento, isto porque, o esquecimento de um comprimido de cor branca não tem consequências na segurança da pílula contracetiva, visto que, estes comprimidos de cor branca são designados de placebo, não contendo portanto substância ativa (Infarmed, 2014c). Desta forma, a jovem continua protegida dado que os comprimidos com substância ativa foram tomados de forma adequada. No entanto, é de notar que não foi utilizado nenhum método para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis. A escolha deste cenário deve-se ao fato da existência de um protocolo e de uma norma vigente em Portugal para a dispensa deste medicamento, sendo que, é importante perceber se este influenciou de forma positiva o aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde, desde o lançamento do mesmo (Ordem dos Farmacêuticos, 2001; 2011).

O cenário II (*vide* anexo II) centra-se no pedido da Aspirina[®] para uma avó (com 75 anos) que se encontra com dores de cabeça, e que ainda não tomou nenhum medicamento para o tratamento dos sintomas em causa. Quando questionada, a neta (cliente mistério), refere que a avó faz medicação antitrombótica, nomeadamente, Varfine[®]. A avó não costuma ter dores de cabeça, e por isso, nunca tomou nenhum medicamento para reduzir este efeito, sendo que, o pedido da Aspirina[®], se deve ao fato de ter ouvido que era o mais indicado nestas situações. É importante que o profissional de saúde detete a potencial interação medicamentosa, entre a medicação crónica (Varfine[®]) e o medicamento solicitado (Aspirina[®]) e sugira outra medicação, mais segura e que possa ser utilizada para o alívio da sintomatologia da avó da utente. A escolha deste cenário, teve como intenção perceber se os profissionais de saúde estão direcionados para as possíveis interações medicamentosas existentes entre a medicação que os utentes fazem de forma crónica e a que solicitam que seja dispensada, para uma situação sintomatológica que se designa de pouco comum no seu quotidiano, visto que

são sintomas que têm de forma pontual. Neste cenário, selecionou-se esta interação pelo facto de ser muito comum e assumir-se que de alguma forma os profissionais de saúde devem estar elucidados para a mesma (Indermitte et al., 2007).

3.5. Grelhas de avaliação (*check-lists*)

Para a realização da grelha de avaliação do cenário da contraceção oral de emergência, foi seguido o fluxograma do manual de apoio da Ordem dos Farmacêuticos (Ordem dos Farmacêuticos, 2011) e o protocolo da contraceção de emergência de venda exclusiva em farmácia (Infarmed, 2016e). Em ambos são esquematizados os critérios que o profissional de saúde deve seguir aquando um aconselhamento de contraceção de emergência.

No que concerne, ao cenário do pedido de um AINE para uma avó, não existe um protocolo para o aconselhamento de medicamento no alívio de dores de cabeça, existindo no entanto um protocolo bastante antigo emitido pela OF referente à febre, e existe mais recentemente um protocolo emitido pelo Infarmed para a dispensa do ibuprofeno 400mg, pelo facto de se classificar como MNSRM-EF. Este medicamento contém como indicações aprovadas, os estados inflamatórios, febre, sintomas de constipação e gripe e também o alívio de cefaleias, sendo por isso, o protocolo adotado como normativo (Infarmed, 2016g; Ordem dos Farmacêuticos, 2006)

As grelhas possuem informação dividida em 3 secções, correspondentes a 3 das 4 fases descritas nas Boas Práticas de Farmácia (BPF) (Ordem dos Farmacêuticos, 2001): 1) avaliação da situação, 2) seleção da terapêutica, e 3) aconselhamento na dispensa. A quarta fase, refere-se à monitorização do doente e avaliação do resultado da intervenção, a qual está fora do âmbito do presente estudo, razão pela qual não foi considerada. As escalas foram ligeiramente adaptadas para cada um dos cenários, prevendo-se por exemplo casos em que o item descrito nas BPF era não aplicável (*vide* anexo I e II). Foi criada uma pontuação para cada secção da grelha, em que quanto mais alto o valor atribuído, melhor o desempenho observado no atendimento.

Na grelha referente ao pedido de um AINE para uma avó, teve-se em conta na secção da avaliação da situação o acrónimo WHAM e a secção da seleção da terapêutica foi realizada de acordo com os dados presentes na plataforma *UpToDate* (UpToDate, 2006) base de informação médica, que permitiu verificar o potencial das interações

medicamentosas e classificar o risco associado a cada medicamento. A interação presente entre a Varfarine® e a Aspirina® é considerada como risco D, tal como a Varfarine® e todos os AINEs, justificando desta forma que fosse desejável identificar a sugestão de medicamento alternativo mais seguro, tendo em conta que os benefícios poderão não equiponderar os riscos. O paracetamol é um medicamento classificado como contendo risco C, pelo que apesar de possuir riscos, estes são minimizados com os benefícios, sendo portanto a alternativa escolhida como a mais segura e a que seria desejável observar no desempenho técnico.

Tabela 3 – Identificação da classificação do risco das interações medicamentosas (UpToDate, 2006)

Classificação do risco	Ação pretendida	Descrição
A	Interação não conhecida	Não existem dados farmacodinâmicas e farmacocinéticos de interação medicamentosa entre os medicamentos indicados.
B	Nenhuma ação necessária	Alguns dados demonstram que existem interações entre os medicamentos indicados, mas não tem relevância clínica.
C	Monitorizar terapêutica	Os dados indicam que os medicamentos interagem de forma significativa. Sendo que os benefícios associados superam os riscos.
D	Considerar modificar terapêutica	Os dados demonstram que os medicamentos interagem entre si de forma significativa. Deve ser realizada uma avaliação clínica específica ao utente, para verificar se os benefícios compensam os riscos.
X	Evitar combinação	Os dados demonstram que os medicamento podem interagir um com o outro. O risco associado ao uso concomitante destes medicamentos supera os benefícios.

3.6. Análise de dados

Os resultados das grelhas foram inseridos no *software Microsoft Excel® 2008 for Mac*, e de seguida exportados para o *SPSS for Windows*, versão 24.0, para análise estatística. A análise contemplou estatística descritiva, recorrendo a tabelas de frequências absolutas e relativas, ou medidas de tendência central e dispersão, de acordo com a natureza das variáveis em estudo, para cada um dos cenários e das subamostras. Seguidamente, recorreu-se a estatística bivariada, a qual se centrou na comparação da pontuação (global e de cada uma das 3 secções) das duas amostras independentes (farmácias e parafarmácias), para cada um dos cenários e comparação intra-amostra para diferentes cenários (COE e AINEs) através do teste T de Student para amostras emparelhadas. Avaliou-se previamente a distribuição da amostra, recorrendo ao teste de Kolmogorov-Smirnov para concluir sobre a adequação da aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos. No cenário I (COE), por possuir distribuição não normal, aplicaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Mann-Whitney e Wilcoxon W. No cenário II (AINE), visto respeitar as duas condições de aplicabilidade (distribuição normal e variâncias homogéneas), aplicaram-se testes paramétricos, nomeadamente o Teste T de Student para amostras independentes. Em ambas as situações considerou-se sempre um nível de significância a 5%.

3.7. Ética e confidencialidade

Sendo um estudo que recorre à metodologia de cliente mistério, em que se pretende retratar a realidade quotidiana, os locais visitados não foram informados do estudo, à semelhança do que foi verificado em estudos nacionais anteriores, recorrendo à mesma metodologia e incidindo sobre cenários idênticos (DECO, 2010, 2011).

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais, no que diz respeito ao profissional que fez o atendimento, e que é avaliado, não se recolhendo sequer informação demográfica ou profissional que permita a sua identificação. Os locais avaliados não foram identificados, sendo apenas referido em quaisquer publicações subsequentes que pertenciam ao concelho de Sintra.

A informação não foi gravada mas sim memorizada e registada pelo investigador após sair do local. Foi atribuído um número sequencial aos locais visitados para seu registo

na base de dados a analisar, sendo a única informação adicional registada a que permite classificar o local como parafarmácia ou farmácia.

Capítulo IV – Resultados e Discussão

4.1. Resultados

4.1.1. Caracterização da amostra

A amostra definida inicialmente era de 30 farmácias e 30 parafarmácias no concelho de Sintra. Contudo, à medida que o trabalho de campo foi avançando, verificou-se que algumas das parafarmácias, particularmente as que não pertencem a grupos de hipermercados, apesar de listadas no *site* do Infarmed, se encontravam fechadas. Este dado impediu que a amostra estimada fosse atingida exclusivamente no concelho de Sintra, optando-se então por alargar a recolha de informação ao concelho de Cascais. Adicionalmente, no cenário da COE apesar da venda deste medicamento estar autorizada nas parafarmácias, visto classificar-se como MNSRM, a maioria destes locais não o possuíam em *stock* e, por isso, a amostra estimada foi impossível de alcançar. Assim, depois de ter visitado 30 locais, foram apenas avaliadas 11 parafarmácias, tendo sido excluídas da análise todas as que não efetuaram a dispensa pelo facto de não estar disponível em *stock*. Em relação ao cenário do pedido de um AINE para uma avó, não houve quaisquer alterações ao planeado inicialmente.

4.1.2. Resultados das seções das grelhas cenário Contraceção Oral de Emergência e Pedido de um AINE para uma avó

Como referido na metodologia, a análise ao desempenho dos técnicos no aconselhamento, foi realizado por observação do cumprimento das normas preconizadas pelas BPF. Assim, para cada um dos 2 cenários, criou-se uma pontuação global para o desempenho, sendo igualmente analisadas as pontuações para cada uma das 3 fases: avaliação da situação, seleção da terapêutica e aconselhamento. As pontuações obtidas serão apresentadas seguidamente, primeiro para o cenário I, referente à COE, e depois para o cenário II, referente ao AINE.

4.1.2.1. Desempenho observado perante um pedido direto de COE

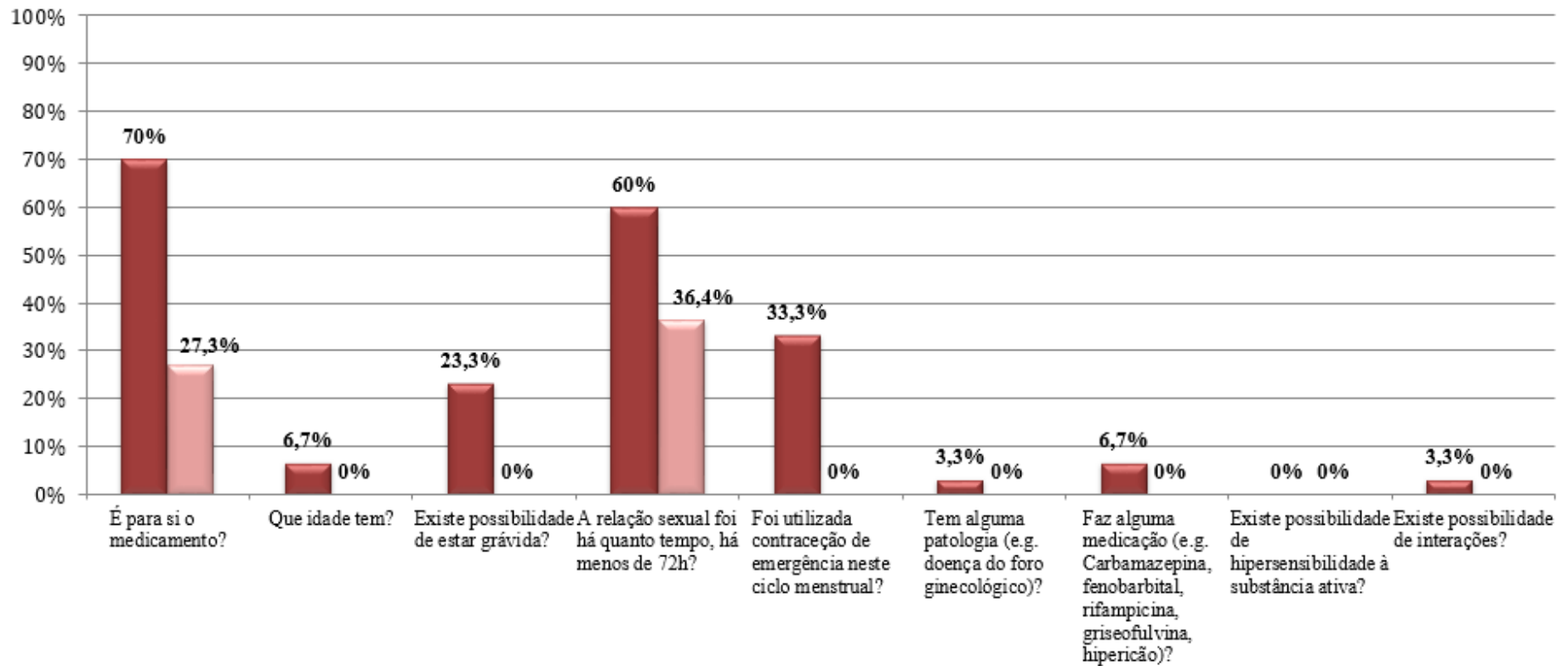
A avaliação da situação foi pontuada de acordo com uma escala de 9 pontos, em que a observação da questão colocada correspondia à atribuição de 1 ponto, podendo assim a pontuação global para esta secção variar entre 0 e 9.

O gráfico 2 apresenta para cada uma destas 9 questões preconizadas, a sua observação para cada uma das amostras em análise (farmácias e parafarmácias).

Gráfico 2 – Resultados da avaliação de desempenho técnico observado na avaliação da situação (secção I da grelha de avaliação) perante o cenário COE

Cenário I - Contraceção Oral de Emergência
 Avaliação das capacidades técnicas de avaliação da situação (seção I) em Farmácias e Parafarmácias

■ Farmácias (N= 30) ■ Parafarmácias (N= 11)

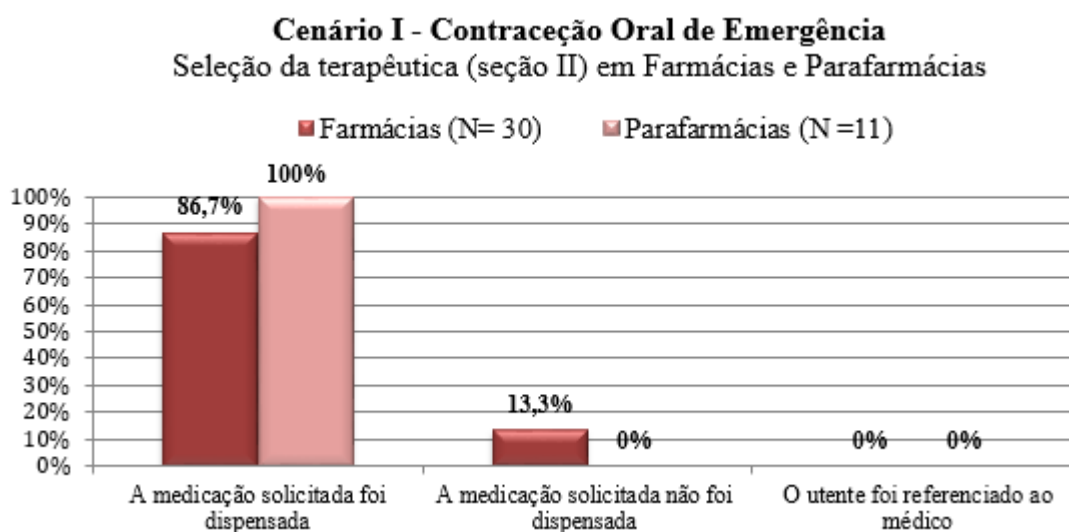


Verifica-se que existem diferenças no desempenho dos técnicos de saúde observadas nas farmácias e nas parafarmácias, parecendo haver uma maior capacidade de avaliação da situação nas farmácias, comprovado pela maior proporção de técnicos que colocaram as questões preconizadas. As farmácias conseguem obter sempre resultados superiores às parafarmácias, em todas as questões direcionadas ao utente nesta secção, exceto na questão acerca da hipersensibilidade à substância ativa, a qual não foi observada em nenhum dos locais. As questões colocadas com maior frequência, independentemente do local visitado, foram as relacionadas com a identificação do utente e com facto da relação sexual ter sido há menos de 72h. Adicionalmente, verificou-se na amostra farmácias, também uma proporção relativamente elevada de técnicos a colocarem as questões, sobre o uso de COE no ciclo menstrual e sobre a possibilidade de uma gravidez. É de notar que nas parafarmácias há uma maior necessidade de melhoria, isto porque, 7/9 das perguntas não foram colocadas ao utente em nenhuma parafarmácia, como foi verificado posteriormente com o valor médio de 1,09 ($\sigma= 0,97$) inferior ao das farmácias, 3,10 ($\sigma= 2,49$) (Tabela 5).

A avaliação da seleção da terapêutica foi pontuada de acordo com uma escala de 6 pontos, em que caso a medicação solicitada não fosse dispensada correspondia à atribuição de 5 pontos, e caso o utente não fosse referenciado ao médico era atribuído 1 ponto, podendo assim a pontuação global para esta secção variar entre 0 e 6.

O gráfico 3 apresenta para cada uma das 3 possíveis seleções preconizadas, a sua observação para cada uma das amostras em análise (farmácias e parafarmácias).

Gráfico 3 - Resultados da seleção da terapêutica (secção II da grelha da avaliação) perante o cenário COE



Verificou-se que apenas 13,3% dos técnicos das farmácias tiveram o desempenho esperado, não dispensando a medicação solicitada. Perante este cenário desanimador, verifica-se no entanto, que no caso das parafarmácias, a situação foi bastante mais gravosa, não tendo sido observado nenhum local em que o desempenho fosse o esperado. Nenhum utente foi referenciado para o médico, o que seria de esperar, tendo em consideração que a seleção da terapêutica era possível apenas com os conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde e com a intervenção dos mesmos. No entanto, pode verificar-se com os resultados obtidos que de uma forma geral ambos os locais em estudo não desempenham uma correta seleção da terapêutica, tendo por isso, considerado erradamente a utente como elegível para o recurso à contraceção oral de emergência.

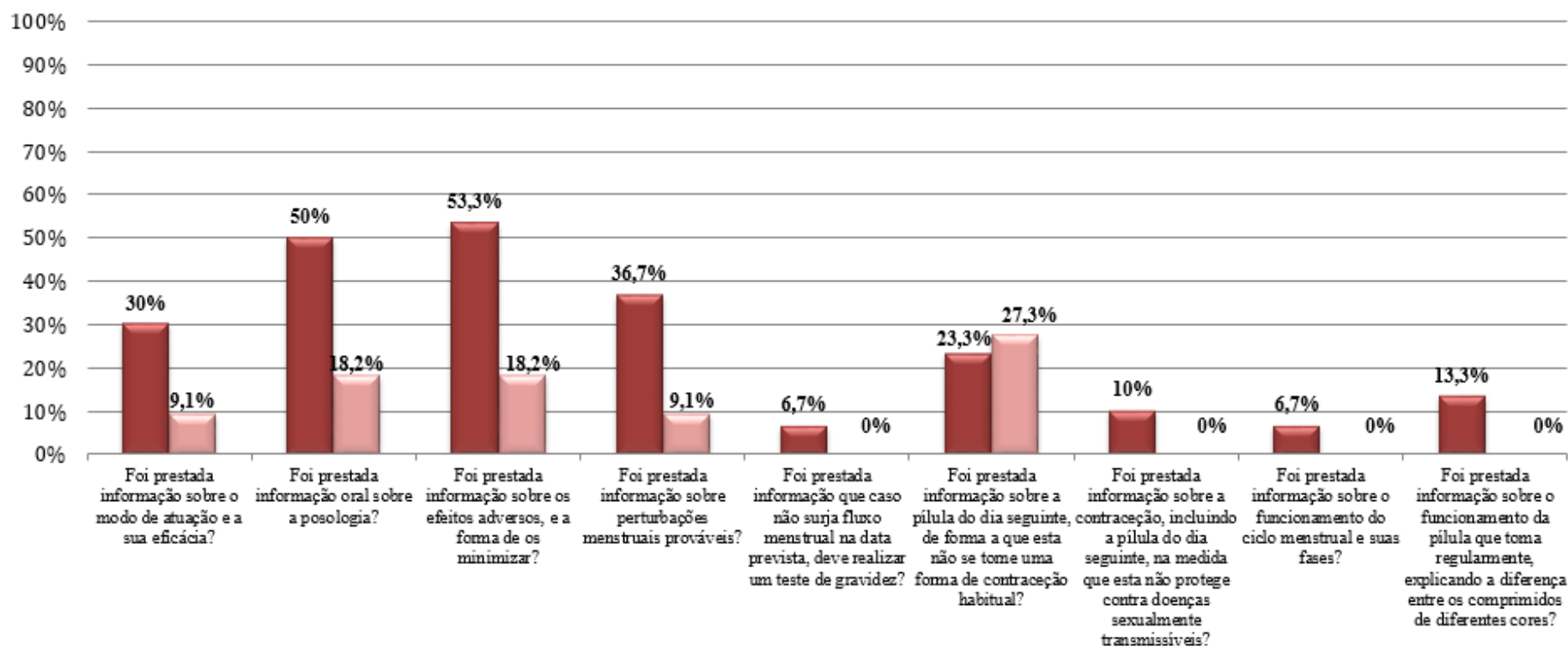
A avaliação da informação prestada pelos técnicos foi pontuada de acordo com uma escala de 9 pontos, em que a observação da informação cedida correspondia à atribuição de 1 ponto, podendo assim a pontuação global para esta secção variar entre 0 e 9.

O gráfico 4 apresenta para cada uma destas 9 informações preconizadas, a sua observação para cada uma das amostras em análise (farmácias e parafarmácias).

Gráfico 4 - Resultados da avaliação da informação prestada (secção III da grelha de avaliação) perante o cenário COE

Cenário I - Contraceção Oral de Emergência
Avaliação da informação prestada (secção III) em Farmácias e Parafarmácias

■ Farmácias (N=30) ■ Parafarmácias (N= 11)



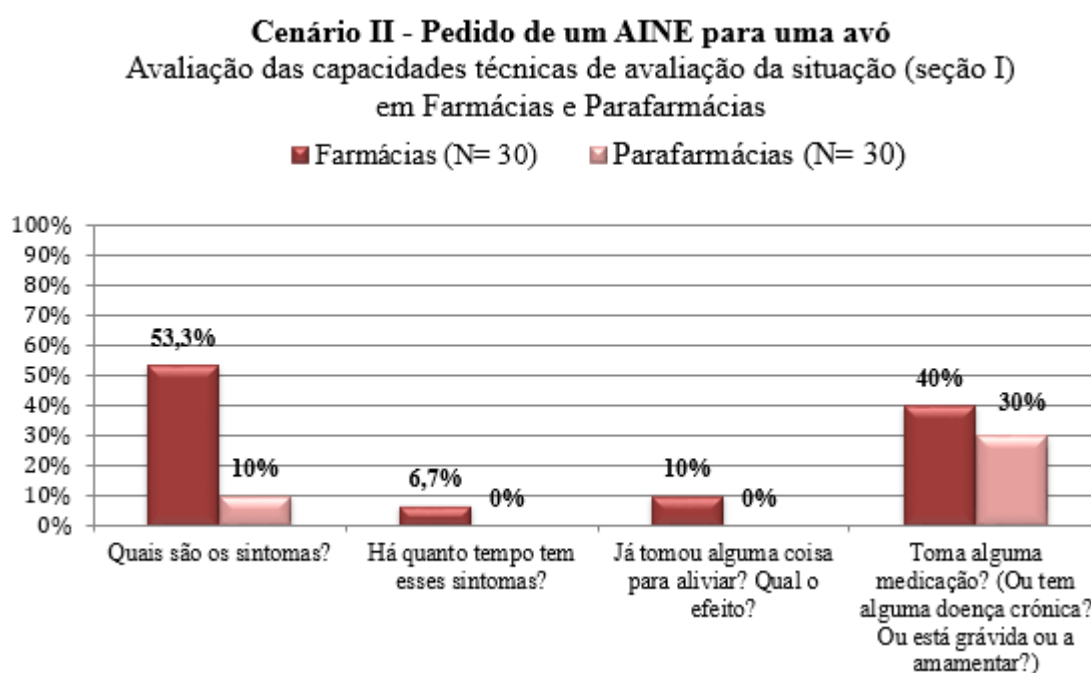
Relativamente aos resultados da informação prestada pelos técnicos observou-se diferenças entre farmácias e parafarmácias, sendo que se verificou uma maior proporção de técnicos que nas farmácias colocaram as questões descritas nas BPF, exceto no item da informação prestada sobre a contraceção oral de emergência de forma a que esta não se torne uma forma de contraceção habitual. No entanto, houve 4 destes 9 itens informativos que em nenhuma das parafarmácias visitadas foi observada. Constatou-se por outro lado que independentemente do local visitado, os 3 itens informativos mais frequentemente transmitidos à utente foram os referentes aos efeitos adversos, à posologia do medicamento, e às perturbações menstruais prováveis.

4.1.2.2. Desempenho observado perante um pedido direto de um AINE

A avaliação da situação foi pontuada de acordo com uma escala de 4 pontos, em que a observação da questão colocada correspondia à atribuição de 1 ponto, podendo assim a pontuação global para esta secção variar entre 0 e 4.

O gráfico 5 apresenta para cada uma destas 4 questões preconizadas, a sua observação para cada uma das amostras em análise (farmácias e parafarmácias).

Gráfico 5 - Resultados da avaliação de desempenho técnico observado na avaliação da situação (secção I da grelha de avaliação) perante o cenário do pedido de um AINE para uma avó

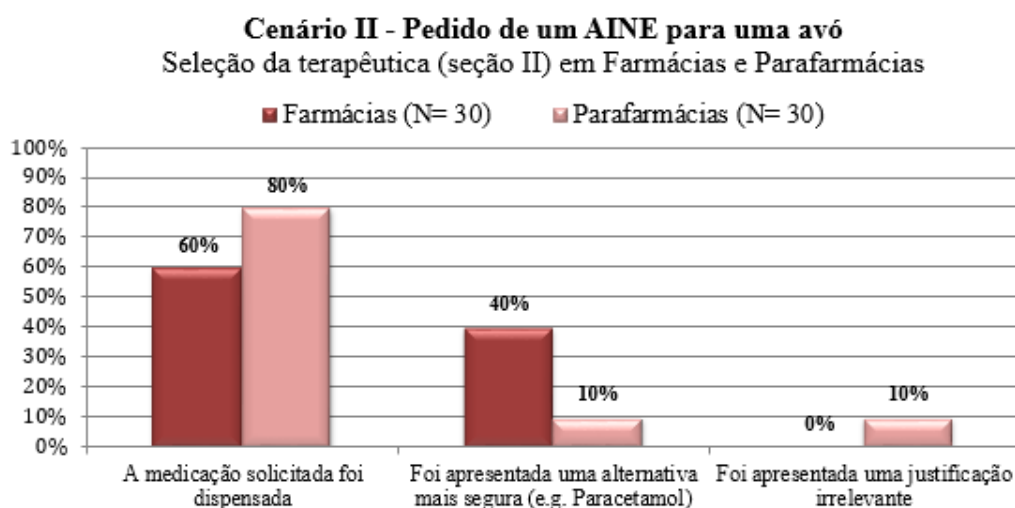


Tal como no cenário da contraceção oral de emergência, nesta secção da avaliação das capacidades técnicas de avaliação da situação os técnicos das farmácias têm sempre um melhor desempenho, ou seja conseguem obter sempre uma percentagem superior em relação aos técnicos das parafarmácias em todas as questões avaliadas nesta secção. A avaliação dos sintomas presentes e o despiste de co morbilidades (ou medicação concomitante) foram os itens de avaliação da situação mais observados, independentemente do local visitado. A avaliação da duração dos sintomas e experiência prévia na toma de qualquer outro medicamento para aliviar a sua sintomatologia, não foi realizada em nenhuma das parafarmácias. Nas farmácias, ainda que com frequência aquém do desejável, estes pontos da avaliação foram igualmente abordados. Estes resultados sugerem ser necessário reforço das competências de avaliação da situação, particularmente destes dois itens, em ambos os locais.

A avaliação da seleção da terapêutica foi pontuada de acordo com uma escala de 9 pontos, em que caso a medicação não fosse dispensada correspondia à atribuição de 3 pontos, por sua vez se fosse apresentada uma alternativa mais segura (e.g. Paracetamol) eram atribuídos 3 pontos e caso fosse apresentada uma justificação pertinente para a não dispensa do AINE eram atribuídos 3 pontos, podendo assim a pontuação global para esta secção variar entre 0 e 9.

O gráfico 6 apresenta para cada uma destas seleções preconizadas, a sua observação para cada uma das amostras em análise (farmácias e parafarmácias).

Gráfico 6 - Resultados da seleção da terapêutica (secção II da grelha de avaliação) perante o cenário do pedido de um AINE para uma avó



No que diz respeito à seleção da terapêutica, apenas 40% dos técnicos das farmácias e 10% dos das parafarmácias não dispensaram o medicamento solicitado e deram uma alternativa mais segura, o que era o desejado. No entanto, houve ainda 10% dos técnicos das parafarmácias que apesar de não terem dispensado o analgésico solicitado, apresentaram uma justificação correta mas considerada irrelevante para o cenário em causa como “A Aspirina[®] é um medicamento que não é indicado para idosos”, ou classificada como irracional ou incompreensível como o exemplo “A Aspirina[®] tem muitos riscos associados aconselho outro medicamento como o Brufen[®]”. Neste último caso, se a razão de desaconselhar a Aspirina[®] fosse a idade, considerando os critérios de Beers, a alternativa fornecida não faria qualquer diferença visto tratar-se igualmente de um AINE não seletivo da COX-2 e considerado igualmente inadequado nos idosos, de acordo com esta mesma fonte (AGS, 2015). Estes dados são igualmente alarmantes, visto verificar-se que em mais de metade das situações houve dispensa de um medicamento potencialmente pouco seguro para uma idosa hipocoagulada, sendo premente investir na formação e competência dos técnicos quer das farmácias, quer das parafarmácias.

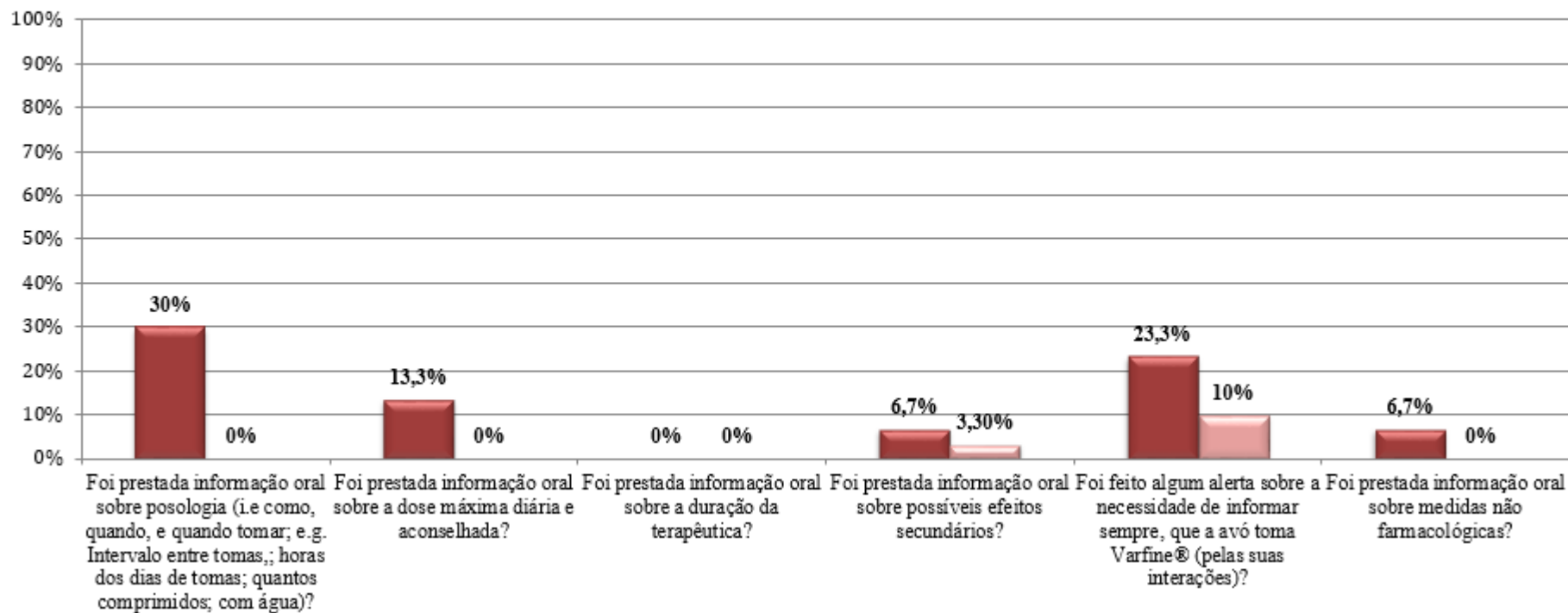
A avaliação da informação prestada foi pontuada de acordo com uma escala de 6 pontos, em que a observação da informação cedida correspondia à atribuição de 1 ponto, podendo assim a pontuação global para esta secção variar entre 0 e 6.

O gráfico 7 apresenta para cada uma destas 6 informações preconizadas, a sua observação para cada uma das amostras em análise (farmácias e parafarmácias).

Gráfico 7 - Resultados da avaliação da informação prestada (secção III da grelha de avaliação) perante o cenário do pedido de um AINE para uma avó

Cenário II - Pedido de um AINE para uma avó
 Avaliação da informação prestada (secção III) em Farmácias e Parafarmácias

■ Farmácias (N= 30) ■ Parafarmácias (N= 30)



Já no que diz respeito aos resultados da informação prestada, os técnicos das farmácias obtiveram melhores resultados, particularmente no que respeita à transmissão de informação referente à posologia e necessidade de informar técnico de saúde sobre a toma de varfarina. Ainda assim, é de notar que em nenhum dos locais houve transmissão de informação sobre a duração da terapêutica, comportamento este que poderá induzir a incorrer-se em situações de uso irresponsável dos medicamentos, nomeadamente em exposições demasiado prolongadas e com efeitos cumulativos desnecessários. Estes resultados de uma forma geral sugerem que devem ser reforçadas as competências de aconselhamento e de transmissão de informação essencial ao uso responsável do medicamento dos técnicos das farmácias e das parafarmácias. Ainda que haja um maior caminho a percorrer pelos técnicos das parafarmácias, consideram-se os valores observados pelos técnicos das farmácias também indicadores de uma prática aquém do desejável, visto que o item mais frequentemente observado, foi apenas transmitido em 30% das situações.

4.1.3. Avaliação do desempenho global intra-grupo

Tabela 4 – Pontuação atribuída ao desempenho global intra-grupo

Grupo	Desempenho global cenário I	Desempenho global cenário II	p¹
Farmácias	5,03 ($\sigma= 4,06$)	5,53 ($\sigma= 5,90$)	0,657
Parafarmácias	1,55 ($\sigma= 1,07$)	2,37 ($\sigma= 4,43$)	0,119

¹Teste T de Student para amostras emparelhadas

Através dos resultados obtidos na análise de desempenho global intra-grupo (Tabela 4), constata-se que o cenário apresentado não influenciou significativamente o desempenho dos locais avaliados ($p > 0,05$).

4.1.4. Respostas às hipóteses em estudo

As respostas às questões de investigação foram respondidas através da realização de testes de hipóteses, recorrendo a estatística bivariada.

Os dados referentes ao cenário de COE, indicam que os técnicos observados nas farmácias apresentam um valor médio de desempenho superior aos observados nas parafarmácias, verificando-se, no entanto, que esta diferença nem sempre é estatisticamente significativa (Tabela 5).

Tabela 5 – Pontuação atribuída ao desempenho do profissional de saúde nos dois locais em estudo para o cenário da contração oral de emergência

Secção	Farmácias (n=30)	Parafarmácias (n=11)	p¹
Avaliação das capacidades técnicas de avaliação da situação (secção I)	3,10 ($\sigma= 2,49$)	1,09 ($\sigma= 0,97$)	0,017
Seleção da terapêutica (secção II)	0,80 ($\sigma= 2,07$)	0,0 ($\sigma= 0,0$)	0,208
Avaliação da informação prestada (secção III)	2,17 ($\sigma= 1,91$)	0,82 ($\sigma=1,08$)	0,034
Total	5,03 ($\sigma= 4,06$)	1,55 ($\sigma=1,57$)	0,010

¹Teste de Mann-Whitney

A tabela 5 indica que em relação à avaliação da situação o valor médio é superior e estatisticamente significativo nas farmácias ($p<0,05$), tal como na transmissão da informação. Já no que concerne à seleção da terapêutica o valor médio é superior nas farmácias mas não é comprovado estatisticamente ($p>0,05$). O desempenho global possui diferenças significativas neste cenário ($p<0,05$).

Tal como no cenário anterior, também no cenário do pedido de um AINE para uma avó, verifica-se que de uma forma geral, os técnicos observados nas farmácias apresentam um valor médio de desempenho superior aos observados nas parafarmácias (Tabela 6).

Tabela 6 – Pontuação atribuída ao desempenho do profissional de saúde nos dois locais em estudo para o cenário do pedido de um AINE para uma avó

Secção	Farmácias (n=30)	Parafarmácias (n=30)	p¹
Avaliação das capacidades técnicas de avaliação da situação (secção I)	1,10 ($\sigma= 1,09$)	0,40 ($\sigma= 0,67$)	0.208
Seleção da terapêutica (secção II)	3,60 ($\sigma= 4,48$)	1,50 ($\sigma= 3,13$)	0.549
Avaliação da informação prestada (secção III)	0,83 ($\sigma= 1,02$)	0,17 ($\sigma=0,38$)	0.022
Total	5,53 ($\sigma= 5,90$)	2,37 ($\sigma=4,43$)	0.512

¹Teste T de Student para amostras independentes; ²Distribuição de Kolmogorov-Smirnov ($\sigma= 0,000$)

A tabela 6, demonstra também que, neste cenário em particular, a diferença é ainda mais ténue, visto que apenas na secção referente à transmissão de informação as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p<0,05$), no entanto o valor médio é superior em todas as secções nas farmácias.

Questão 1: O desempenho em Farmácias é melhor do que em Parafarmácias?

H1 = O desempenho é melhor em farmácias do que em parafarmácias.

H0 = O desempenho não é melhor em farmácias do que em parafarmácias

Para o cenário da contração oral de emergência (Tabela 5) pode concluir-se que o desempenho é melhor em farmácias do que em parafarmácias, isto porque o valor médio é significativamente superior ($p=0,010$). Deste modo, rejeita-se a hipótese nula (H0). Por sua vez no cenário do pedido de um AINE para uma avó (Tabela 6) pode verificar-se que o desempenho não é melhor nas farmácias, apesar do valor médio ser superior esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,512$). Por isso, hipótese nula não pode ser rejeitada (H0). Apesar da diferença dos resultados obtidos entre cenários, pode concluir-se através da tabela 4 que os cenários não influenciaram significativamente o desempenho dos avaliados.

Questão 1.1: Na avaliação das capacidades técnicas de avaliação da situação (secção I), os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias?

H1 = Na avaliação das capacidades técnicas de avaliação os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias.

H0 = Na avaliação das capacidades técnicas de avaliação os técnicos das farmácias não são melhores do que os das parafarmácias.

No que diz respeito ao cenário da contração oral de emergência (Tabela 5) o valor médio é superior significativamente na avaliação nas capacidades técnicas de avaliação da situação ($p=0,017$), como tal a hipótese nula (H0) é rejeitada. Desta forma, os técnicos das farmácias revelam melhores capacidades de avaliação. Contudo, no cenário do pedido de um AINE para uma avó (Tabela 6), apesar do valor médio ser superior, esta diferença não é estatisticamente significativa ($p= 0,208$). Assim sendo, a hipótese nula (H0) não é rejeitada.

Questão 1.2: Na seleção da terapêutica (secção II), os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias?

H1 = Na seleção da terapêutica os técnicos das farmácias são melhores do que os das parafarmácias.

H0 = Na seleção da terapêutica os técnicos das farmácias não são melhores do que os das parafarmácias.

Em ambos os cenários independentemente do valor médio ser superior, as diferenças não são estatisticamente significativas entre farmácias e parafarmácias, $p>0,05$ ($p=0,208$ e $p=0,549$, respetivamente). Assim sendo, a hipótese nula (H0) não pode ser rejeitada.

Questão 1.3: A transmissão de informação (secção III), é feita de forma mais exaustiva pelos os técnicos das farmácias comparativamente aos das parafarmácias?

H1 = A informação é transmitida de forma mais exaustiva nas farmácias do que nas parafarmácias.

H0 = A informação não é transmitida de forma mais exaustiva nas farmácias do que nas parafarmácias.

Em ambos os cenários em estudo, o valor médio referente ao desempenho na secção referente à transmissão de informação é significativamente superior, $p<0,05$ (sendo $p= 0,034$ no cenário da contração oral de emergência, e $p= 0,022$ no cenário do pedido de um AINE para uma avó). Por esse motivo rejeita-se a hipótese nula (H0). Verificando-

se que os técnicos que exercem nas farmácias prestam informação de forma mais exaustiva aos utentes, independentemente do cenário em avaliação.

4.2. Discussão

4.2.1. Alterações à amostra inicial do estudo

Com a liberalização dos MNSRM para a venda nos locais autorizados para o efeito, e a um regime de preços livres, os utentes das farmácias deixaram de estar fidelizados, procurando preços mais baixos. A maior quota de mercado dos locais de venda de MNSRM fora das farmácias é detida pelas designadas grandes superfícies. Desta forma torna-se difícil para pequenas empresas tornarem-se visíveis e sustentáveis ao lado destas. As grandes superfícies possuem uma capacidade de negociação de preços, dada a quantidade de produtos que compram à indústria, para além de que dispõem de uma distribuição geográfica sempre muito valorizada pelos consumidores. Deste modo, alguns dos locais de venda de MNSRM encerraram, o que foi verificado neste estudo, uma vez que, a amostra inicial planeada era sediada no concelho de Sintra, passando a considerar-se a inclusão do concelho de Cascais, para poder perfazer os 30 locais a visitar. Verificou-se no que diz respeito aos locais de venda de MNSRM visitados, que a maioria pertencia a grandes empresas de retalho, designadamente a PHARMACONTINENTE – Saúde e Higiene, S.A. e Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A.

Observou-se também no cenário da contraceção oral de emergência, que 63% das parafarmácias selecionadas não continham este medicamento à disposição do utente, sendo que os profissionais indicavam que este medicamento não era vendido nestes espaços. Assim, os 11 locais que apresentavam o medicamento disponível para dispensa eram na maioria hipermercados de grandes dimensões. Tendo em conta que este é um MNSRM, deveria estar presente em todos os locais de dispensa destes medicamentos, isto porque os mesmos locais que não continham a contraceção oral de emergência, disponham de outros MNSRM.

4.2.2. A grelha e avaliação das seções

Em relação à grelha, verificou-se que no cenário da contraceção oral de emergência, na secção I (Gráfico 2) existia uma pergunta duplicada. Uma vez colocada a questão “Faz

alguma medicação (e.g. carbamazepina, fenobarbital, rifampicina, griseofulvina, hipericão)?”, à qual a utente responde que não, o profissional de saúde pressupõe que não existe possibilidade de interação da COE, uma vez que a utente não faz nenhum dos medicamentos de risco de interação, e portanto a questão “ Existe possibilidade de interações” fica subentendida.

Em relação à questão “Que idade tem?”, esta é mais direcionada para as utentes menores de idade. O cliente mistério era uma mulher de 23 anos, cuja aparência reflete a sua idade, tornando a questão pouco importante na avaliação prestada pelo profissional, visto que, este pelo contacto visual consegue concluir a idade da utente. Assim sendo, a secção desta grelha valia teoricamente 9 pontos, tendo-se optado por considerar estas duas questões como não aplicáveis, o que significa que a pontuação máxima a obter passou a 7 pontos. Apenas uma farmácia obteve a pontuação máxima nesta secção, verificando-se ainda que nenhuma parafarmácia atingiu uma pontuação para além dos 2 pontos. Nesta secção é visível que as farmácias fizeram mais questões ao utente de forma a fazer uma melhor avaliação da situação. Este melhor desempenho na avaliação deveria, teoricamente, e de acordo com a BPF, repercutir-se numa melhor seleção da terapêutica. No entanto, tal não se verificou, ou não foi comprovado estatisticamente, tendo havido apenas 4 farmácias a fazer uma correta seleção da terapêutica (13,3%). Este resultado não fica aquém dos resultados obtidos num estudo em farmácias na Austrália, em que 24% dos locais não dispensaram a COE (Schneider et al., 2013). Constata-se, encarando estes dados numa perspetiva formativa, que poderá dizer-se que o trabalho a desenvolver nas farmácias é menos árduo, visto partir-se de um ponto de partida com melhor desempenho no que respeita à fase que antecede a decisão terapêutica. Assim, se encararmos a fase de avaliação como indicadores de processo e a fase de seleção como indicadores de resultados, seguindo o modelo *Structure, Process and Outcomes* (SPO) proposto por Donabedian (2003), poderá afirmar-se que os técnicos avaliados nas farmácias já detêm um desempenho aceitável em termos de processo, faltando-lhes agora conseguir concretizar em termos de resultados, ao passo que os técnicos das parafarmácias terão de primeiro assegurar o cumprimento dos indicadores de processo (Donabedian, 2003).

No que diz respeito ao cenário do pedido de um AINE para uma avó, não foi feito nenhum ajuste à grelha. Tal como no cenário anterior verificou-se que as questões

colocadas são insuficientes, conduzindo a uma incorreta seleção da terapêutica. No entanto, denota-se que existe uma diferença relevante entre a seleção da terapêutica dos técnicos das farmácias e parafarmácias. Da amostra total de técnicos das farmácias, 40% apresentou uma justificação pertinente, especificando a interação medicamentosa entre a medicação crónica da utente e o medicamento solicitado, adicionalmente sugerindo uma alternativa mais segura, ao passo que dos técnicos das parafarmácias que não dispensaram o medicamento (20%), apenas 10% apresentou uma justificação relevante. Este dado sugere que haja algum tipo de instrução para cuidar a dispensa da Aspirina[®] no geral, ainda que sem uma capacidade analítica diferenciada. Assim sendo, apesar de o utente não ter adquirido o medicamento, o mesmo poderá não acontecer futuramente, uma vez que não ficou consciencializado para o risco de interação medicamentosa associado, desta forma estes 10% têm um impacto pouco significativo.

Neste cenário, considerou-se o paracetamol como o medicamento alternativo mais seguro, uma vez que não possui efeitos anticoagulantes e não aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal. Ainda assim, há que reconhecer que, alguns artigos demonstram que este medicamento também possui interações com os anticoagulantes orais, nomeadamente a varfarina, induzindo um aumento significativo do INR (Caldeira et al., 2015). Idealmente, o farmacêutico (ou técnico) deveria ter complementado a recomendação de paracetamol com o alerta para monitorização mais apertada.

4.2.3. O aconselhamento prestado em farmácias e em parafarmácias

Em Portugal, a OF tem feito esforços em relação à contração de emergência no que respeita o aconselhamento que deve ser praticado nas farmácias, através de uma norma e de um manual de apoio direcionados para o efeito. Também noutros países como Alemanha existiu a necessidade de implementar protocolos, com o intuito de garantir um melhor acompanhamento por parte dos farmacêuticos (Schulz, Goebel, Schumann, & Zagermann-Muncke, 2016). Através deste estudo e comparando cenários, observa-se através dos resultados, que os profissionais presentes nas farmácias estão muito mais atentos no que concerne ao aconselhamento realizado na contração de emergência, ao seguir os passos do protocolo de forma mais minuciosa, questionando o utente para que seja feita uma rigorosa seleção da terapêutica, e informando o mesmo para que este fique consciencializado e esclarecido. No entanto, dados respetivos a estudos praticados em Portugal, referem que a informação prestada pelas farmácias ao utente é

insuficiente, e que as normas estabelecidas pela OF não são cumpridas (DECO, Dez 2010/ Jan 2011). Contudo, quando comparado o presente estudo com o da DECO, são observadas algumas diferenças no que diz respeito à avaliação da situação, ao qual a DECO denomina “rastreo da utente”. Assim, das 78 farmácias em estudo mais de metade das farmácias (53 farmácias) não realizaram questões, contrariamente no presente estudo, mais de metade da amostra realizou pelo menos 2 questões, relativamente à identificação da utente e sobre o facto da relação sexual ter sido há menos de 72h. No que diz respeito à transmissão de informação, relativamente à posologia e efeitos secundários do medicamento, existem também variações, cerca de 8 a 11% entre o presente estudo e o da DECO. Sendo que, no estudo da DECO 39% da amostra não transmitiu informação acerca da posologia do medicamento, ao invés de 50% no presente estudo. Em relação aos efeitos secundários, no estudo da DECO 39% não prestou informação, ao contrário do presente estudo em que o resultado foi de 47%. Nesta última secção é notório que os resultados são mais positivos no estudo da DECO, no entanto, a avaliação que estes fazem destas duas secções possui um resultado negativo para as farmácias uma vez que apenas 28% revela um bom desempenho.

No que diz respeito ao aconselhamento prestado aquando da dispensa de um AINE, um estudo realizado na Austrália indica que desde que os AINEs, nomeadamente o ibuprofeno, são dispensados fora das farmácias mais utentes consomem de forma errada estes medicamentos, não tendo em conta os efeitos adversos, interações medicamentosas e contraindicações dos mesmos (Stosic, Dunagan, Palmer, Fowler, & Adams, 2011). Uma das fases mais importantes no aconselhamento, de forma a identificar o utente e a averiguar possíveis interações medicamentosas, é a avaliação da situação. O estudo de Watson et al., constata que nesta fase a maioria dos profissionais de saúde foca-se mais em alguns itens do acrónimo WWHAM, nomeadamente, “quais são os sintomas?” e “qual a medicação que faz?” (Watson et al., 2006). Tal facto vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo no cenário do pedido de um AINE para uma avó, uma vez que foram as questões com maior percentagem a serem colocadas ao utente pelos técnicos da farmácia e da parafarmácia.

Um estudo realizado a 1345 portugueses, indica que 78% destes preveligia a farmácia como principal fonte de informação aquando um problema de saúde *minor*, e mais de 90% diz-se satisfeito ou muito satisfeito com os profissionais das farmácias (DECO, Jun

2016). Desta forma pode assumir-se que se a informação disponibilizada pelos profissionais das farmácias for mais adequada e efetiva, os utentes vão tender para a farmácia na altura de escolher o local de dispensa de MNSRM, uma vez que prevelegiam a farmácia como fonte de informação.

Em alguns estudos o utente revela que possui expectativas sob as farmácias, 69% da população (1345 inqueridos) exemplifica dizendo que estas deveriam ter espaços privados para que o aconselhamento prestado deixasse o utente mais à vontade para expor o seu problema (DECO, Jun 2016). Assim sendo, as farmácias têm que arranjar mecanismos com o fim de criar e/ou manter a ligação de proximidade, fidelizando os utentes pelos serviços e aconselhamentos prestados.

4.2.4. Os MNSRM-EF

De forma a estender a lista MNSRM-EF em Portugal, é necessário evidenciar que estes medicamentos, aquando da dispensa na farmácia, fomentam o uso responsável e seguro do utente, o que subentende um adequado aconselhamento (Gonçalves et al., 2016).

No que diz respeito à COE, como já foi mencionado anteriormente a maioria dos espaços de venda de MNSRM que foram selecionados não continham o medicamento, ao contrário do sucedido nas farmácias, o que remete para uma reavaliação da classificação deste medicamento quanto à sua dispensa. Por outro lado, os MNSRM-EF são acompanhados de protocolos, e com este estudo verificou-se que as farmácias acompanharam de forma mais adequada o protocolo da contração oral de emergência disponibilizado, e conseqüentemente o aconselhamento que foi praticado foi melhor do que nas parafarmácias. Posto isto, é importante que haja uma avaliação periódica da utilização dos protocolos, por serem um método útil na seleção da terapêutica correta e representarem um instrumento para melhoria de resultados (seleção da terapêutica).

Em relação à Aspirina[®] em doses analgésicas, em alguns países Europeus é um MNSRM-EF (Gonçalves et al., 2016). Efetivamente, os resultados do presente estudo ao sugerirem que os técnicos das farmácias estão mais consciencializados para os riscos deste medicamento e conseqüente uso responsável, confirmam de certa forma a necessidade de reavaliação deste medicamento, para que possa passar a ser exclusivamente dispensado em farmácia.

4.2.5. Limitações do estudo

Este estudo não é isento de limitações, sendo que uma delas é o facto da amostra no cenário da contração oral de emergência não ser igual (n=30 nas farmácias, n=11 nas parafarmácias), o que a aplicação de testes paramétricos.

Por outro lado, a dimensão da amostra foi estimada pelo mínimo, por uma questão de recursos (humanos, temporais e económicos), estando sobejamente descrito que amostras de maiores dimensões tornam mais simples a comprovação das hipóteses estabelecidas *à priori* (Fritz & Mackinnon, 2007). Tal facto implica que a incapacidade de comprovar o significado estatístico de algumas diferenças observadas, poderá estar igualmente relacionado, não só com o desempenho dos profissionais, mas igualmente com a dimensão da amostra.

Relativamente às visitas cliente mistério, estas não foram gravadas através de áudio, e sim memorizadas, o que constitui uma limitação, uma vez que os dados poderão não ser uma representação exata da realidade. Num estudo realizado em farmácias da Austrália, após comparação da avaliação com recurso à memória do cliente mistério e a gravação áudio denotou-se que 10% das avaliações tiveram que ser corrigidas, e a subsequente alteração melhorou os resultados das farmácias com uma avaliação errónea, devido à falta de detalhe e de informação (Werner & Benrimoj, 2008). Por outro lado, os locais em estudo não obtiveram informações sobre a sua avaliação no que diz respeito ao aconselhamento, o que significa que não foi possível aproveitar esta auditoria para propósitos educacionais.

No que concerne aos cenários, o cliente mistério solicitou um medicamento específico, não pedindo o conselho do profissional de saúde, demonstrando desde o início saber que o que solicitava era o mais adequado para si. Verificaram-se diferenças significativas entre cenários distintos num estudo realizado na Austrália, em que somente 40% da amostra (n=49) desempenhou um aconselhamento espontâneo após a solicitação de um produto específico, sendo que, metade dos profissionais transmitiram informações insuficientes e tomaram como certo o diagnóstico que o utente fez dado que se tratava de um MNSRM, ao invés de 95% da amostra que dispensou aconselhamento espontâneo aquando da apresentação de um sintoma (Berger et al., 2005). Desta forma neste estudo o pedido de medicamentos específicos pode ter

dificultado o aconselhamento, e conseqüentemente ter influenciado a avaliação do desempenho dos profissionais de saúde.

Em relação à grelha, apesar de ter sido testada em duas farmácias não foi validada, tendo sido verificadas inconsistências no cenário da COE (secção I) apenas no momento de avaliação, o que resultou na decorrente mudança da pontuação inicialmente atribuída (em 9 itens apenas 7 contaram para a pontuação). Por outro lado assumiu-se que para o desempenho global as 3 seções tinham ponderações distintas, o que não é necessariamente a melhor opção, mas também não é comprovadamente uma opção errada. Se assumirmos que as 3 fases do aconselhamento têm a mesma relevância, dever-se-ia ter atribuído a mesma pontuação a todas elas. No entanto, também em estudos de outros grupos se consideraram diferentes pesos para as diferentes seções. Por exemplo, nos estudos de Benrimoj *et al.*, considerou-se que numa escala de 10 pontos, 6 pontos correspondiam à avaliação da situação, sendo o peso da seleção terapêutica o menos valorizado (Benrimoj *et al.*, 2008). A opção tomada no presente estudo foi a de valorizar a seleção da terapêutica, o que claramente gera resultados mais fracos. No entanto, uma opção mais criticável da presente abordagem foi a de considerar que os pesos relativos de cada uma das seções não eram os mesmos para os dois cenários. Comparando novamente com Benrimoj *et al.*, esta abordagem tem diferenças, visto que para todos os cenários aí testados a escala era sempre bastante semelhante, permitindo assim comparações de desempenho diretas entre cenários (Benrimoj *et al.*, 2008). Numa perspectiva educativa, essa opção faz mais sentido, uma vez que permite auscultar no terreno as áreas em que é necessário investir mais na formação.

4.2.6. Implicações para a prática

Este estudo demonstrou nesta amostra que os profissionais de saúde que exercem nas farmácias efetuam de uma forma geral um melhor aconselhamento do que os que exercem nas parafarmácias. Ainda que, estes resultados não se possam generalizar, seria relevante a classe farmacêutica em geral e os farmacêuticos comunitários em particular tomarem conhecimento dos resultados obtidos, que são satisfatórios. Por outro lado, através deste estudo, as farmácias poderão também constatar que há ainda algum caminho a percorrer para a excelência no atendimento, devendo ser dado um maior destaque à formação dos profissionais para tornar o seu aconselhamento mais

concordante com o preconizado nas BPF. A análise dos resultados mais detalhada poderá assim permitir verificar quais as áreas de aconselhamento em que é necessário um maior investimento na melhoria contínua.

4.2.7. Trabalho futuro

Este estudo contém características pertinentes de serem abordadas doravante, e serem complementadas com trabalho adicional que venha sustentar os resultados obtidos. Um dos pontos a reforçar futuramente será a de conseguir atingir uma maior dimensão da amostra.

A metodologia empregue poderá ser utilizada pelos locais em estudo como medida de avaliação para que o aconselhamento praticado melhore, desde que comunicada ao avaliado. A experiência na Austrália no recurso a esta metodologia como ferramenta de melhoria contínua demonstra que progressivamente se observam melhorias de 5-10% no desempenho (Benrimoj et al., 2008). Outro estudo demonstra também que farmácias que tinham reunido uma pontuação insatisfatória em alguns itens da avaliação inicial, nas seguintes visitas cliente mistério melhoraram e alcançaram uma pontuação satisfatória (Benrimoj et al., 2007). Desta forma, as organizações que têm como missão melhorar o desempenho das farmácias e/ou farmacêuticos poderão e deverão avaliar e monitorizar a implementação no terreno das normas existentes, bem como dos protocolos de aconselhamento delas resultantes.

Este trabalho poderá também servir de incentivo ao desenvolvimento de mais protocolos, bem como à avaliação de outros tantos que já existem, visto que o desempenho do profissional no aconselhamento prestado poderá estar relacionado com o cenário apresentado, ainda que nas farmácias observadas neste estudo tal não tenha sido comprovado.

Por outro lado, a comparação do aconselhamento dos MNSRM praticado pelos técnicos das farmácias e parafarmácias é pertinente, uma vez que permite aos profissionais das farmácias e às instituições que os representam depreender quais são as mudanças que têm que ser efetivadas, de forma a demonstrarem que fazem jus à preferência dos utentes como espaços primordiais de fonte de informação. Sob outra perspetiva poderá ser a premissa para comprovar que tal como em alguns países da União Europeia, a lista

de MNSRM-EF poderá ser alargada de modo a que estes medicamentos sejam devidamente dispensados.

Capítulo V- Conclusão

Este estudo permitiu evidenciar que existem diferenças entre o aconselhamento praticado em farmácias e parafarmácias, tendo-se verificado que, para um cenário de COE, o desempenho global observado foi significativamente melhor nas farmácias. Verificou-se ainda um desempenho superior nestas, perante um cenário de pedido de um AINE para uma avó ainda que sem significado estatístico.

De acordo com os resultados obtidos, existe a necessidade de melhorar os aconselhamentos praticados em ambos os locais, contudo salienta-se que os técnicos das farmácias não exigem o mesmo trabalho de melhoria, comparativamente aos técnicos das parafarmácias. Concluindo, a metodologia cliente mistério poderá ser uma mais valia para as farmácias, isto porque, para além de serem avaliadas poderão receber o resultado do seu desempenho, com uma perspetiva educativa do mesmo. A utilização dos protocolos disponibilizados pela OF e INFARMED como instrumento de dispensa de MNSRM poderão ser avaliados, por se regerem pelas BPF e conseqüentemente serem uma fonte fidedigna de melhoria do aconselhamento.

Referências bibliográficas

- AGS. (2015). American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227–2246. <http://doi.org/10.1111/jgs.13702>
- Apifarma. (2014). A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA EM NÚMEROS. Acedido a 5 de Setembro de 2016, disponível em <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IF em Números 2014.pdf>
- Azzopardi, L. M. (2000). VALIDATION INSTRUMENTS FOR COMMUNITY PHARMACY. *Pharmaceutical Products Press*.
- Bennett, J. S., Daugherty, A., Herrington, D., Greenland, P., Roberts, H., & Taubert, K. A. (2005). The Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs): A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 111(13), 1713–1716. <http://doi.org/10.1161/01.CIR.0000160005.90598.41>
- Benrimoj, S. I., Werner, J. B., Raffaele, C., Roberts, A. S., & Costa, F. a. (2007). 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), 354–358. <http://doi.org/10.1136/qshc.2006.019463>
- Benrimoj, S. I., Werner, J. B., Raffaele, C., & Roberts, A. S. (2008). A system for monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian community pharmacies. *Pharmacy World and Science*, 30(2), 147–153. <http://doi.org/10.1007/s11096-007-9162-7>
- Berger, K., Eickhoff, C., & Schulz, M. (2005). Counselling quality in community pharmacies: Implementation of the pseudo customer methodology in Germany. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 30(1), 45–57. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2004.00611.x>

- Bond, C., & Hannaford, P. (2003). Issues related to monitoring the safety of over-the-counter (OTC) medicines. *Drug Safety*, 26, 1065–74.
- Calamusa, A., Di Marzio, A., Cristofani, R., Arrighetti, P., Santaniello, V., Alfani, S., & Carducci, A. (2012). Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 395–401. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.003>
- Caldeira, D., Costa, J., Barra, M., Pinto, F. J., & Ferreira, J. J. (2015). How safe is acetaminophen use in patients treated with vitamin K antagonists? A systematic review and meta-analysis. *Thrombosis Research*, 135(1), 58–61. <http://doi.org/10.1016/j.thromres.2014.10.011>
- Cavaco, A. M., & Pereira, P. F. (2012). Pharmacists' counseling protocols for minor ailments: A structure-based analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(1), 87–100. <http://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.07.004>
- Choi, K. H., Kim, A. J., Son, I. J., Kim, K. H., Kim, K. B., Ahn, H., & Lee, E. B. (2010). Risk Factors of Drug Interaction Between Warfarin and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs in Practical Setting. *Journal of Korean Medical Science*, 25(3), 337–341. <http://doi.org/10.3346/jkms.2010.25.3.337>
- Coelho, R. B., & Costa, F. A. (2014). Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal. *Pharmacy Practice*, 12(4), 451–466.
- Covington, T. R. (2006). NONPRESCRIPTION MEDICATIONS AND SELF-CARE Nonprescription Drug Therapy : Issues and Opportunities. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(6), 1–5.
- DECO. (Dez 2010/ Jan 2011). Contraceção oral de emergência. *Teste Saúde*, 88, 10-14.
- DECO. (Jan 2011). Contraceção oral de emergência: 19 locais negam consulta. *Proteste*, 320, 42-43.

- DECO. (Jun 2016). Farmácias: utentes satisfeitos sugerem melhorias. *Teste Saúde*, 115, 34-37.
- Decreto de lei nº 128/2013 de 5 de Setembro. (2013). INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso
- Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de Agosto. (2005). INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso .
- Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de Agosto. (2007). INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso
- Despacho nº 17690/2007 de 23 de Julho. (2007). INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso
- Delaney, J. A., Opatrny, L., Brophy, J. M., Suissa, S. (2007). Drug-drug interactions between antithrombotic medications and the risk of gastrointestinal bleeding. *Canadian Medical Association Journal*, 177, 347–351.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Anti-inflamatórios não esteroides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- European Commission. (2013). REPORT OF THE WORKING GROUP ON PROMOTING GOOD GOVERNANCE OF NON-PRESCRIPTION DRUGS IN EUROPE.
- European Medicines Agency. (2014). Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks.

- Fendrick, A. M., Pan, D. E., & Johnson, G. E. (2008). OTC analgesics and drug interactions: clinical implications. *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 2, 2. <http://doi.org/10.1186/1750-4732-2-2>
- Fernandes, A., Palma, L., Frazão, F., & Monteiro, C. (2009). Medicamentos não sujeitos a receita médica - razões mais frequentes de seu uso. *Rev. Lusófona de Ciências E Tecnologias Da Saúde*, 1(7), 47–55.
- Finn, A., & Kayande, U. (1999). Unmasking a Phantom: A Psychometric Assessment of Myster Shopping. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 75, 195–223.
- Fontes, E., Guerreiro, J., Costa, T., & Miranda, A. (2010). Pattern of use of emergency oral contraception among Portuguese women. *Pharmacy World and Science*, 32(4), 496–502. <http://doi.org/10.1007/s11096-010-9396-7>
- Fritz, M. S., & Mackinnon, D. P. (2007). Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. *Psychol Sci*, 18(3), 233–239.
<http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x> Required
- Gebauer, M. G., Hansen, N. K., Henschke, P. J., & Gallus, A. S. (2003). Warfarin and Acetaminophen Interaction. *Pharmacotherapy*, 23(1), 109–12. <http://doi.org/10.1592/phco.23.1.109.31913>
- Gonçalves, E., Marcelo, A., Vilão, S., Silva, J. A., & Martins, A. P. (2016). Non-prescription medicinal products dispensed exclusively in the pharmacy: an underused access opportunity in Portugal? *Drugs & Therapy Perspectives*. <http://doi.org/10.1007/s40267-016-0336-z>
- Harper, C.C., Cheong, M., Rocca, C.H., Darney, P.D. & Raine, T.R. (2005). The Effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol*, 106(3), 483–91. ^[L]_{SEP}
- Hobbs, M. K., Taft, A. J., Amir, L. H., Stewart, K., Shelley, J. M., Smith, A. M., ... Hussainy, S. Y. (2011). Pharmacy access to the emergency contraceptive pill: A national survey of a random sample of Australian women. *Contraception*, 83(2), 151–158. <http://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.06.003>

- Horvat, N., Koder, M., & Kos, M. (2012). Using the Simulated Patient Methodology to Assess Paracetamol-Related Counselling for Headache. *PLoS ONE*, 7(12). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0052510>
- Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug Safety*, 24(14), 1027–1037.
- Indermitte, J., Reber, D., Beutler, M., Bruppacher, R., & Hersberger, K. E. (2007). Prevalence and patient awareness of selected potential drug interactions with self-medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32(2), 149–159. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2007.00809.x>
- Infarmed. (2008). RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. Acedido a 4 de Julho de 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=640&tipo_documento=rcm
- Infarmed. (2011). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro 2011. Acedido a 25 de Agosto de 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2011/MNSRM_201101_0.pdf
- Infarmed. (2012). RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. Acedido a 2 de Julho de 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29131&tipo_documento=rcm
- Infarmed. (2014a). RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. Acedido a 20 de Julho de 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=886&tipo_documento=rcm

Infarmed. (2014b). RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO.

Acedido a 20 de Agosto de 2016, disponível em

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29587&tipo_doc=rcm

Infarmed. (2014c). RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO.

Acedido a 20 de Agosto de 2016, disponível em

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29283&tipo_doc=rcm

Infarmed. (2016a). Lista de DCIs Identificadas pelo INFARMED, I.P. como MNSRM-

EF e respetivos Protocolos de Dispensa. Acedido a 16 de Outubro de 2016, disponível em

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/ALTERACOES_TRANSFERENCIA_TITULAR_AIM/LISTA_DCI

Infarmed. (2016b). Monitorização Trimestral das Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias Janeiro – Dezembro 2015.

Acedido a 5 de Setembro de 2016, disponível em

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2015/MNSRM_201512.pdf

Infarmed. (2016c). Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Acedido

a 23 de Junho de 2016, disponível em

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/LOCAIS_DE_VENDA_MNSRM/LISTA_DE_MNSRM

Infarmed. (2016d). RESUMO DAS CARACTERÍSTICA DOS MEDICAMENTO.

Acedido a 4 de Setembro de 2016, disponível em

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9007&tipo_doc=rcm

- Infarmed. (2016e). Protocolo de Dispensa Exclusiva em Farmácia (EF). Acedido a 20 de Outubro de 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/ALTERACOES_TRANSFERENCIA_TITULAR_AIM/PDF/11_Ulipristal_2015_06_09.pdf
- Infarmed. (2016f). Lista de estabelecimentos de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Acedido a 13 de Maio 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/LOCAIS_DE_VENDA_MNSRM/LISTA_DAS_ENTIDADES_REGISTAD_AS_PARA_VENDA_DE_MNSRM
- Infarmed. (2016g). Protocolo de Dispensa Exclusiva em Farmácia (EF). Acedido a 20 de Outubro de 2016, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/ALTERACOES_TRANSFERENCIA_TITULAR_AIM/PDF/6_Ibuprofeno_400_2015_02_18.pdf
- Lai, K. C., Lam, S. K., Chu, K. M., Wong, B. C. Y., Hui, W. M., Hu, W. H. C., ... Wong, J. (2002). LANSOPRAZOLE FOR THE PREVENTION OF RECURRENCES OF ULCER COMPLICATIONS FROM LONG-TERM LOW-DOSE ASPIRIN USE. *New England Journal of Medicine*, 346(26), 2033–2038. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa012877>
- Li, X., Fries, S., Li, R., Lawson, J. A., Propert, K. J., Diamond, S. L., ... Grosser, T. (2014). Differential impairment of aspirin-dependent platelet cyclooxygenase acetylation by nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(47), 16830–5. <http://doi.org/10.1073/pnas.1406997111>
- Major, C., & Vincze, Z. (2010). Consumer habits and interests regarding non-prescription medications in Hungary. *Family Practice*, 27(3), 333–338. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmp105>

- Martins, A. P., Miranda, A. C., Mendes, Z., Soares, M. A., Ferreira, P., & Nogueira, A. (2002). Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 409–414. <http://doi.org/10.1002/pds.711>
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., Haselen, R., Griffin, M., & Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7, 30. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-7-30>
- Melo, M. N., Madureira, B., Ferreira, A. P. N., Mendes, Z., Miranda, A. C., & Martins, A. P. (2006). Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharmacy World and Science*, 28, 19–25. <http://doi.org/10.1007/s11096-005-2222-y>
- Morrison, L. J., Colman, A. M., & Preston, C. C. (1997). Mystery customer research: Cognitive processes affecting accuracy. *Journal of the Market Research Society*, 39, 349–361.
- Neto, A. (2003). Changing pharmacy practice: the Australian experience. *The Pharmaceutical Journal*, 270, 235-236.
- Neto, A. C. D. A., Benrimoj, S. I., Kavanagh, D. J., & Boakes, R. A. (2000). Novel Educational Training Program for Community Pharmacists, 64(6), 302–307.
- Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias, Grupo Farmacêutico da União Europeia. (2001). Boas Práticas de Farmácia. 2a Edição.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2006). Indicação farmacêutica no uso racional dos medicamentos não sujeitos a receita médica - PROTOCOLO DA FEBRE.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2011). Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência.
- PORDATA. (2016). Farmácias: número. Acedido a 1 de Outubro de 2016, disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Farmácias+número-153>

- Portaria nº 827/2005 de 14 de Setembro. (2005). INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso
- Puspitasari, H. P., Aslani, P., & Krass, I. (2009). A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 5(3), 197–210. <http://doi.org/10.1016/j.sapharm.2008.08.006>
- Ragland, D., Payakachat, N., Ounpraseuth, S., Pate, A., Harrod, S. E., & Ott, R. E. (2011). Emergency contraception counseling: an opportunity for pharmacists. *Journal of the American Pharmacists Association*, 51(6), 756–761. <http://doi.org/10.1331/JAPhA.2011.10157>
- Sander, P. M., Raymond, E. G., & Weaver, M. A. (2009). Emergency contraceptive use as a marker of future risky sex, pregnancy, and sexually transmitted infection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(2), 146.e1–146.e6. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.015>
- Schmitt, M. R., Miller, M. J., Harrison, D. L., Farmer, K. C., Allison, J. J., Cobaugh, D. J., & Saag, K. G. (2011). Communicating non-steroidal anti-inflammatory drug risks: Verbal counseling, written medicine information, and patients' risk awareness. *Patient Education and Counseling*, 83(3), 391–397. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.032>
- Schneider, C. R., Gudka, S., Fleischer, L., & Clifford, R. M. (2013). The use of a written assessment checklist for the provision of emergency contraception via community pharmacies: a simulated patient study. *Pharmacy Practice*, 11(3), 127–31.
- Schulz, M., Goebel, R., Schumann, C., & Zagermann-Muncke, P. (2016). Non-prescription dispensing of emergency oral contraceptives: Recommendations from the German Federal Chamber of Pharmacists [Bundesapothekerkammer]. *Pharmacy Practice*, 14(3), 828. <http://doi.org/10.18549/PharmPract.2016.03.828>

- Sigrist, T., Benrimoj, S. I., & Hersberger, K. (2002). Changing pharmacists' and pharmacist assistants' practice in dealing with direct requests for non-prescription analgesics, (10), 23–29.
- Stegemann, S., Ecker, F., Maio, M., Kraahs, P., Wohlfart, R., Breitzkreutz, J., ... Broegmann, B. (2010). Geriatric drug therapy: Neglecting the inevitable majority. *Ageing Research Reviews*, 9(4), 384–398. <http://doi.org/10.1016/j.arr.2010.04.005>
- Stosic, R., Dunagan, F., Palmer, H., Fowler, T., & Adams, I. (2011). Responsible self-medication: perceived risks and benefits of over-the-counter analgesic use. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(4), 236–245. <http://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2011.00097.x>
- Toivo, T. M., Mikkola, J. A. V, Laine, K., & Airaksinen, M. (2015). Identifying high risk medications causing potential drug-drug interactions in outpatients: a prescription database study based on an online surveillance system. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. <http://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.09.004>
- UpToDate. (2006). Lexi-comp: Lexi-Interact. Acedido a 16 de Julho de 2016, disponível em <https://www.uptodate.com/crlsql/interact/frameset.jsp>
- Urbonas, G., & Kubilienė, L. (2016). Assessing the relationship between pharmacists' job satisfaction and over-the-counter counselling at community pharmacies. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(2), 252–260. <http://doi.org/10.1007/s11096-015-0232-y>
- Watson, M. C., Bond, C. M., Grimshaw, J., & Johnston, M. (2006). Factors predicting the guideline compliant supply (or non-supply) of non-prescription medicines in the community pharmacy setting. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), 53–57. <http://doi.org/10.1136/qshc.2005.014720>

- Watson, M. C., Cleland, J. A., & Bond, C. M. (2009). Simulated patient visits with immediate feedback to improve the supply of over-the-counter medicines: a feasibility study. *Family Practice*, 26(6), 532–542. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmp061>
- Werner, J. B., & Benrimoj, S. I. (2008). Audio taping simulated patient encounters in community pharmacy to enhance the reliability of assessments. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(6).
- Wertheimer, A. I., & Serradell, J. (2008). A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharmacy World and Science*, 30(4), 309–315. <http://doi.org/10.1007/s11096-007-9187-y>
- WHO. (1998). *The Role of the Pharmacist in self-care and self-medication*.
- Xu, T., Neto, A. C. A., & Moles, R. J. (2012). A systematic review of simulated-patient methods used in community pharmacy to assess the provision of non-prescription medicines. *International Journal of Pharmacy Practice*, 20(5), 307–319. <http://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00201.x>
- Yang, S., Kim, D., Choi, H. J., & Chang, M. J. (2016). A comparison of patients' and pharmacists' satisfaction with medication counseling provided by community pharmacies: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 16(1), 131. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-13>

Anexos

Anexo I – Grelha de avaliação do cenário contraceção oral de emergência

Cenário I – Contraceção oral de emergência
Descrição do cliente mistério: Mulher de 23 anos, estudante.
Instruções ao cliente mistério: Caso haja mais que uma pessoa disponível para o atender, dirija-se por favor ao que se encontre mais próximo da porta; em caso de equidistância, dirija-se ao mais à direita. Preste informação apenas se solicitada. Assim que terminar o atendimento, dirija-se ao local mais cómodo para preencher de forma adequada a grelha checklist.
Descrição do cenário: Cliente solicita contraceção oral de emergência para si, teve relações sexuais no dia anterior sem preservativo (refere ontem à noite). Faz a pílula Microgeste [®] . Durante este ciclo esqueceu-se de tomar um comprimido, no 26 ^o dia, que tomou no dia a seguir (anteontem). Lembra-se que o comprimido esquecido é de cor branca. Não quer ficar grávida porque ainda está a estudar, como tal, quer evitar essa hipótese o mais rápido possível.

CHECKLIST:

Secção I: Avaliação das capacidades técnicas de diagnóstico da situação (Assinalar com uma cruz todos os itens informativos focados pelo técnico que efetuou o atendimento)	
É para si o medicamento?	
Que idade tem?	
Existe possibilidade de estar grávida?	
A relação sexual foi há quanto tempo, há menos de 72h?	
Foi utilizada contraceção de emergência neste ciclo menstrual?	
Tem alguma patologia (e.g. doenças do foro ginecológico)?	
Faz alguma medicação (e.g. carbamazepina, fenobarbital, rifampicina, griseofulvina, hipericão)?	
Existe possibilidade de hipersensibilidade à substância ativa?	
Existe possibilidade de interações?	

Secção II: Seleção da terapêutica (Assinalar com uma cruz todos os itens informativos focados pelo técnico que efetuou o atendimento)

A medicação solicitada foi dispensada.

Doente referenciado para o médico.

Secção III: Avaliação da informação prestada (Assinalar com uma cruz todos os itens informativos focados pelo técnico que efetuou o atendimento)

Foi prestada informação sobre o modo de atuação e a sua eficácia?

Foi prestada informação oral sobre posologia?

Foi prestada informação sobre os efeitos adversos, e a forma de os minimizar?

Foi prestada informação sobre perturbações menstruais prováveis?

Foi prestada informação que caso não surja fluxo menstrual na data prevista, deve realizar um teste de gravidez?

Foi prestada informação sobre a contraceção oral de emergência, de forma a que esta não se torne uma forma de contraceção habitual?

Foi prestada informação sobre a contraceção, incluindo a contraceção oral de emergência, na medida que esta não protege contra doenças sexualmente transmissíveis?

Foi prestada informação sobre o funcionamento do ciclo menstrual e suas fases?

Foi prestada informação sobre o funcionamento da pílula que toma regularmente, explicando a diferença entre os comprimidos de diferentes cores?

Anexo II – Grelha de avaliação do cenário pedido de um AINE para uma avó

Cenário II – Pedido de um AINE para uma avó (cliente solicita Aspirina®)
Descrição do cliente mistério: Mulher de 23 anos, estudante.
Instruções ao cliente mistério: Caso haja mais que uma pessoa disponível para o atender, dirija-se por favor ao que se encontre mais próximo da porta; em caso de equidistância, dirija-se ao mais à direita. Solicite apenas a Aspirina®, aguardando que coloquem as questões. Assim que terminar o atendimento, dirija-se ao local mais cómodo para preencher de forma adequada a grelha checklist.
Descrição do cenário: Cliente solicita Aspirina®, que é para a sua avó que se encontra com dores de cabeça, não tendo tomado medicação para o efeito. A sua avó faz medicação antitrombótica, nomeadamente, Varfine®. Não costuma fazer Aspirina® mas, ouviu dizer que era o indicado para as dores de cabeça.

CHECKLIST:

Secção I: Avaliação das capacidades técnicas de diagnóstico da situação (Assinalar com uma cruz todos os itens informativos recolhidos pelo técnico que efetuou o atendimento).	
É para si o medicamento?	
Quais são os sintomas?	
Há quanto tempo tem esses sintomas?	
Já tomou alguma coisa para a aliviar? Qual o efeito?	
Toma mais alguma medicação? (ou tem alguma doença crónica? Ou está grávida ou a amamentar?)	

Secção II: Seleção da terapêutica (Assinalar com uma cruz todos os itens informativos recolhidos pelo técnico que efetuou o atendimento).	
A medicação foi dispensada	
A medicação solicitada não foi dispensada, e foi apresentada uma alternativa mais segura (e.g. Paracetamol).	
A medicação solicitada não foi dispensada, e foi apresentada uma alternativa idêntica ou pior à solicitada (e.g. Ibuprofeno).	
A medicação solicitada não foi dispensada, foi apresentada uma justificação	

pertinente (e.g. interação entre medicação crónica e medicamento solicitado).	
A medicação solicitada não foi dispensada, foi apresentada uma justificação irrelevante (e.g. não está disponível no stock).	

Secção III: Avaliação da informação prestada (Assinalar com uma cruz todos os itens informativos focados pelo técnico que efetuou o atendimento)	
Foi prestada informação oral sobre posologia (i.e. como, quando e quando tomar; e.g. intervalo entre tomas; horas do dia das tomas; quantos comprimidos; com água)?	
Foi prestada informação oral sobre a dose máxima diária aconselhada?	
Foi prestada informação oral sobre duração da terapêutica ?	
Foi prestada informação oral sobre possíveis efeitos secundários?	
Foi feito algum alerta sobre a necessidade de informar sempre, que a avó toma Varfine [®] (pelas suas interações)?	
Foi prestada informação oral sobre medidas não farmacológicas?	