

ANA FILIPA TEIXEIRA GONÇALVES

**COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E
FARMACÊUTICO: BENEFÍCIOS PARA O DOENTE**

Orientador: Professor Doutor António Hipólito de Aguiar

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2019

ANA FILIPA TEIXEIRA GONÇALVES

**COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E
FARMACÊUTICO: BENEFÍCIOS PARA O DOENTE**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 29 de janeiro de 2019, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 326/2018 de 29 de outubro de 2018, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues
Arguente: Prof. Doutor Afonso Cavaco
Orientador: Prof. Doutor António Hipólito de Aguiar
Vogais: Prof^ª. Doutora Ana Mirco (Especialista ULHT) e Prof^ª. Doutora Dulce Santos (Especialista ULHT)

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2019

AGRADECIMENTOS

Não gosto particularmente de revelar algo tão pessoal, até porque são muito poucas as pessoas que se mantêm fiéis até ao fim, mas não posso deixar de fazer alguns agradecimentos.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e esforço desmedido. Não há palavra alguma que possa enaltecer a minha gratidão.

Ao meu orientador, Professor António Hipólito de Aguiar, pela paciência e disponibilidade absoluta.

A quem, todos os dias desde que iniciei a elaboração desta monografia, me disse “*Tu consegues!*”

RESUMO

INTRODUÇÃO: Uma comunicação efetiva entre o médico e o farmacêutico influencia diretamente a satisfação do utente e proporciona uma série de benefícios associados entre os quais a promoção de saúde nas comunidades, eficácia da terapêutica, diminuição de erros clínicos e segurança do doente.

MÉTODOS: O modelo CWR – Collaborative Working Relationship – é um modelo simples que permite que a relação entre profissionais de saúde seja construída passo a passo e evolua de forma plena. Realizou-se um inquérito dirigido a farmacêuticos e médicos, de carácter anónimo, composto por 15 questões. O objetivo foi avaliar a comunicação entre estes profissionais de saúde e, usando como base o modelo CWR, compreender melhor a realidade que se verifica em farmácias comunitárias e hospitais.

Perceber e relacionar o que motiva ou não o contato entre o médico e o farmacêutico, permite colmatar falhas, melhorar atitudes e, conseqüentemente, os cuidados prestados ao utente.

RESULTADOS: O inquérito foi respondido por um total de 127 indivíduos, dos quais 76 são do sexo feminino e 51 são do sexo masculino. A maioria pertence à classe farmacêutica e encontra-se entre os 41 e 50 anos. Embora o meio preferencial de comunicação seja o telefone, mais de 30% refere que raramente contata com o outro profissional. O motivo principal para este contato são os erros de prescrição. A grande maioria dos profissionais de saúde inquiridos – 74,8% (95 indivíduos) – considera que uma boa comunicação entre médico e farmacêutico é uma mais-valia na escolha terapêutica, na gestão de recursos e no acompanhamento e evolução do estado de saúde do doente. Ainda assim, muito não têm intenção de fomentar essa relação no futuro.

CONCLUSÃO: A comunicação entre o farmacêutico e o médico é, sem dúvida alguma, uma ferramenta relevante na prestação de cuidados de saúde ao doente. Os benefícios de uma boa comunicação abrangem não só o doente mas também os profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde.

Atentando o modelo CWR e os resultados obtidos pelo inquérito realizado a farmacêuticos e médicos é claro que a comunicação entre profissionais de saúde pode e deve ser melhorada.

PALAVRAS- CHAVE: Comunicação; Farmacêutico; Médico; Intercolaboração; Benefícios para o doente

ABSTRACT

INTRODUCTION: An effective communication between the physician and the pharmacist directly influences the patient's satisfaction and consequently provides multiple benefits such as health promotion in the communities, effectiveness of therapeutics, decrease of clinical errors and patient safety.

METHODS: The CWR – Collaborative Working Relationship – is a simple model that allows the relationship between health professionals to be built step by step and to fully evolve.

An inquiry was conducted for pharmacists and physicians, anonymously, composed by 15 questions. The objective was to evaluate the communication between these health professionals and, based on the CWR model, to better understand the reality that occurs in community pharmacies and hospitals

Perceiving and relating what motivates or not the contact between both, allows to eradicate failure, improve attitudes and, consequently, the care provided to the patient.

RESULTS: The inquiry was answered by a total of 127 health care professionals – 76 females and 51 males. Most of them belong to the pharmaceutical class and have between 41 and 50 years old. The preferential way of communication is by the phone, although more than 30% refers that barely contacts the other professional. The main reason for the contact is the prescription errors. The majority of health professionals – 74.8% (95 individuals) – considers that a good communication between doctor and pharmacist is positive in the choice of therapy, management of resources and monitoring the evolution of the patient. Still, there is no intention to develop this relationships in the future.

CONCLUSION: Communication between pharmacists and doctors is undoubtedly a relevant tool in the quality of patient's health care. The benefits of good communication cover not only the patient, but also health professionals and the health system itself. Considering the CWR model and the results obtained by the inquiry it is clear that communication between health professionals should and can be improved.

KEYWORDS:

Communication; Pharmacist; Physician; Intercolaboration; Benefits for the patient

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. COMUNICAÇÃO	10
2.1 Conceito de comunicação	10
2.2 Formas de comunicação.....	12
2.3 Comunicação verbal e não-verbal.....	13
2.4 Fatores que facilitam a comunicação.....	14
2.5 Entraves da comunicação.....	15
3. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	17
3.1 Comunicação com o médico.....	17
4. COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO E O UTENTE	20
5. PERSPETIVA HISTÓRICA: A DIVERGÊNCIA DA FARMÁCIA E DA MEDICINA ..	22
5.1 Delimitação do exercício profissional: Distinção entre farmacêutico e médico	22
5.2 O farmacêutico de hoje e a sua polivalência.....	24
6. INTERCOLABORAÇÃO ENTRE FARMACÊUTICO E MÉDICO	27
6.1 Modelo Collaborative Working Relationship (CWR).....	27
6.2 Fatores que afetam a comunicação e limitam uma terapêutica mais efetiva	32
7. BENEFÍCIOS DA COMUNICAÇÃO ENTRE FARMACÊUTICO E MÉDICO	35
7.1 Benefícios para o doente	35
7.2 Benefícios para o doente crónico.....	36
7.3 Benefícios económicos.....	39
8. INQUÉRITO A FARMACÊUTICOS E MÉDICOS ACERCA DE COMUNICAÇÃO E INTERCOLABORAÇÃO	40
8.1 Descrição e caracterização da amostra.....	40
8.2 Análise e tratamento de resultados.....	42
9. DISCUSSÃO	52
10. CONCLUSÃO	54
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
12. APÊNDICE.....	58

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Fatores que afetam a comunicação entre médico e farmacêutico32

TABELA 2 – Opiniões de médicos e farmacêuticos acerca da sua primeira impressão
acerca do outro profissional de saúde51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da Amostra por Sexo	40
GRÁFICO 2 – Distribuição da Amostra por Faixa Etária	41
GRÁFICO 3 – Distribuição da Amostra por Profissão	41
GRÁFICO 4 – Distribuição por Tempo que exerce a profissão (anos de experiência)	42
GRÁFICO 5 – Distribuição por frequência com que comunica com o outro profissional de saúde (farmacêutico com médico e médico com farmacêutico	43
GRÁFICO 6 – Distribuição por meio preferencial utilizado na comunicação com o outro profissional de saúde	43
GRÁFICO 7 – Distribuição por assunto que geralmente leva ao contato com o outro profissional de saúde	44
GRÁFICO 8 – Distribuição por grau crescente de confiança no trabalho, capacidade crítica e opiniões do outro profissional de saúde, sendo “1” a classificação menos positiva e “5” a que corresponde a confiança total	45
GRÁFICO 9 – Distribuição por pontos que afetam a comunicação com o outro profissional de saúde	46
GRÁFICO 10 – Distribuição por frequência de comentários desagradáveis que ouviu ou vezes que sentiu que a sua opinião/sugestão foi ignorada ou desvalorizada pelo outro profissional de saúde	47
GRÁFICO 11 – Distribuição por opinião acerca de considerar que uma boa comunicação entre o médico e o farmacêutico é uma mais-valia na escolha da terapêutica, gestão de recursos, acompanhamento e evolução do estado de saúde do doente	48
GRÁFICO 12 – Distribuição por intenção de fomentar a intercolaboração entre profissionais de saúde e melhorar a comunicação no futuro	48
GRÁFICO 13 – Distribuição por grau crescente de importância do papel do farmacêutico comunitário na monitorização e acompanhamento de doentes crónico	49
GRÁFICO 14 – Distribuição por grau crescente de importância da integração do farmacêutico hospitalar nas Comissões de Ética e Equipas Multidisciplinares	50

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo inerente e natural através do qual desenvolvemos maior ou menor capacidade de realizar ligações que atendem às nossas necessidades e assim promover relacionamentos e interações de qualidade com os nossos semelhantes. (Salgado, 2008)

Nas últimas décadas, a comunicação nos cuidados de saúde tornou-se um tema muito em voga e de interesse significativo, assim como o impacto das competências comunicativas dos profissionais de saúde nos *outcomes* clínicos dos doentes. (Bachmann et al., 2013)

Vários estudos demonstram que existe uma ligação consistente entre a comunicação clínica e a satisfação do doente, adesão à terapêutica, alívio de sintomas e *outcomes* fisiológicos. Embora existam diversos modelos e abordagens para o ensino da arte de comunicar na área da saúde, a verdade é que a grande maioria se centra em grupos específicos de profissionais, nomeadamente médicos, e a comunicação não é tão eficiente como deveria. (Bachmann et al., 2013)

Porque é que é tão importante que o farmacêutico e o médico se relacionem? A fim de praticar em pleno os chamados cuidados farmacêuticos, que incluem a responsabilidade pelos resultados terapêuticos do doente, intervenção na terapêutica farmacológica na sequência de possíveis erros, reações alérgicas, contraindicações e prescrições incorretas ou pouco claras, é fundamental que o farmacêutico comunique com o médico. Quando o farmacêutico deteta uma contraindicação ou uma dose que não se encontra de acordo com as *guidelines* recomendadas, deve sentir-se confiante e confortável para contactar o médico e retificar ou esclarecer a situação. Neste sentido, o farmacêutico pode não só evitar potenciais problemas e erros como também auxiliar na otimização da farmacoterapia. (Lambert, 1997)

O farmacêutico é o especialista do medicamento. O médico é o especialista do diagnóstico e tratamento. (Lambert, 1996)

Vários estudos demonstram que a intervenção do farmacêutico aumenta a segurança do doente, facilita a escolha, preparação e administração do fármaco, diminui o *stress* e carga laboral do médico e incentiva à correta utilização do medicamento. (Jacknin, Nakamura, Smally, & Ratzan, 2014) Como tal, a necessidade de melhorar o acompanhamento e terapêutica do doente através da intercolaboração de vários profissionais de saúde, em

particular do médico e farmacêutico, tem sido um tópico de interesse crescente na comunidade da área da saúde.

A presente monografia pretende avaliar a comunicação entre o farmacêutico e o médico e perceber o que motiva ou não o contato entre ambos. O inquérito contém um total de 15 questões, entre as quais 14 são de resposta fechada ou rápida e 1 de resposta aberta.

De forma a alcançar representatividade e um maior número de inquiridos, este questionário (*GoogleDocs*) foi distribuído por via eletrónica (mail e *LinkedIn*) e abordagem direta (três farmácias comunitárias, dois Centros de Saúde e um Hospital). A análise do mesmo é apresentada sob a forma de gráfico e percentagens.

Perceber e relacionar o que motiva ou não o contato entre ambos, permite colmatar falhar, melhorar atitudes e, conseqüentemente, os cuidados prestados ao utente.

2. COMUNICAÇÃO

Nas últimas décadas, a aplicação e o estudo da comunicação na área da saúde tem-se desenvolvido e expandido, uma vez que qualquer função e atividade envolve alguma forma direta ou indireta de comunicação. (Lunenbourg, 2010)

O conceito de comunicação é difícil de delimitar e, por consequência, de definir. De um determinado ponto de vista, todos os comportamentos e atitudes humanas e não humanas, intencionais ou não intencionais, podem ser entendidos como comunicação. (Sousa, 2006)

2.1 CONCEITO DE COMUNICAÇÃO

A origem etimológica da palavra comunicação provém do latim *communicatione*, que significa participar ou ação comum. *Communicatione*, por sua vez, deriva da palavra *commune* que significa comum. (Lunenbourg, 2010)

A comunicação permite então relacionar seres vivos, geralmente conscientes de forma a tornar alguma coisa comum entre eles, seja uma informação, sensação, emoção, experiência, etc. (Lunenbourg, 2010)

A comunicação pode ser vista como o processo em que, através de um canal e em determinado contexto, os comunicadores trocam mensagens codificadas intencionalmente, como palavras ou gestos, o que gera determinados efeitos mas também como uma atividade social, onde as pessoas, dentro da cultura onde se inserem, criam e trocam significados no seu quotidiano. (Lunenbourg, 2010)

Dado que uma mensagem só tem efeito porque lhe é atribuído um significado e este significado depende da cultura e do contexto em geral que rodeia quem está a comunicar, pode dizer-se que a comunicação é também um processo social. (Lunenbourg, 2010)

A comunicação é inerente ao Homem desde os primórdios da civilização pelo que, ao longo do tempo, este tem desenvolvido métodos cada vez mais modernos e eficazes de comunicar. Entre outras funções, comunicar permite compreensão mútua entre indivíduos, trocar informação, satisfazer necessidades essenciais, pessoais, profissionais, contribui para a autoestima, realização pessoal e equilíbrio e é essencial para a formação e coesão de comunidades, sociedades, organizações e culturas. (Defleur & Ball-Rokeach, 1993)

Como já foi dado a entender desde o princípio do capítulo, o processo de comunicação envolve vários elementos.

A mensagem é a unidade mais básica da comunicação e é constituída pelo conteúdo (aquilo que é transmitido pelo emissor) e pela forma (verbal, que inclui as formas oral e escrita, e não verbal, que inclui as formas gestuais, vocais e espaciais). Para que a mensagem seja compreendida da melhor forma, é importante que esta se adeque ao nível cultural e técnico do recetor. (Lunenburg, 2010)

O conteúdo da mensagem remete para a informação nela subjacente, informação essa que possui estrutura, expressão e significado. É de salientar que nem toda a comunicação detém informação, ou seja, ao invés de informar a partir de determinada mensagem, pode apenas transmitir emoções ou estados de espírito.

O emissor é aquele que emite a mensagem, ou seja, que inicia o processo de comunicação. É importante que tenha a capacidade de construir e selecionar a mensagem pretendida e, posteriormente, transmiti-la de forma compreensível para o recetor. (Defleur & Ball-Rokeach, 1993)

O recetor é aquele que recebe a mensagem do emissor e a descodifica, de forma a dar início a um novo ciclo de comunicação. (Lunenburg, 2010)

O meio de comunicação ou canal através do qual o emissor transmite a sua mensagem, como cartas, livros, rádio, televisão entre muitos outros, tem bastante impacto na forma como é recebida e compreendida pelo recetor.

O ruído diz respeito a uma série de barreiras que inviabilizam ou interferem com a comunicação.

Sintetizando, a comunicação pressupõe a capacidade de construir determinada mensagem a partir de um código específico que deve ser compreendido de igual forma tanto pelo emissor como pelo recetor – codificação. Após a mensagem ser transmitida a um ou mais recetores através de um canal de comunicação, é necessário proceder à descodificação da mensagem. Cada recetor descodifica a mensagem de acordo com as suas próprias perceções, não com as do emissor, sendo depois capaz de dar uma resposta de retorno – feedback. O feedback permite verificar a compreensão da mensagem e, caso seja necessário, constitui uma oportunidade para proceder à correção ou reforçar a mensagem de outra forma. Como consequência de informação de retorno, a motivação para estabelecer diálogo e comunicar aumenta, assim como a eficácia de construção de mensagens por parte do emissor e a confiança mútua entre indivíduos. (Ramos, 2013)

2.2 FORMAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação pode ser mediada ou não mediada. A comunicação mediada ou indireta recorre a dispositivos técnicos, como por exemplo a escrita de um livro para outros lerem ou se elabora e emite um jornal. Por outro lado, a comunicação não mediada ou direta não é feita através de dispositivos técnicos, como a conversação cara a cara entre indivíduos.

Para além de mediada ou não mediada, a comunicação humana abrange seis formas – intrapessoal, interpessoal, extrapessoal, social, grupal e organizacional. (SOUSA, 2006)

A comunicação intrapessoal é uma forma de comunicação direta e introspetiva, ou seja, em que um indivíduo comunica consigo mesmo através de mecanismos conscientes, como os pensamentos, ou inconscientes, nomeadamente os sonhos. Neste tipo de comunicação, a emissão e receção de mensagens é, evidentemente, feita pelo mesmo indivíduo. Este processo é fundamental no desenvolvimento de ideias, pontos de vista, comportamentos sociais e na estimulação do psicológico do indivíduo. (SOUSA, 2006)

A comunicação social é uma forma de comunicação desenvolvida para um número elevado de indivíduos. Dado que os recetores podem ou não estar distantes fisicamente, a comunicação pode também ser ou não mediada. Geralmente, a comunicação social requer pessoal especializado e está associada aos *media*, nomeadamente ao jornalismo, indústria do entretenimento, publicidade, marketing, relações públicas e propaganda.

Atualmente, a comunicação social, associada à tecnologia, é um dos maiores agentes de socialização e divulgação de informação em todo o mundo. (SOUSA, 2006)

A comunicação extrapessoal diz respeito à comunicação desenvolvida com animais, máquinas e entidades das quais não existe evidência de comunicação.

Designa-se por comunicação grupal aquela que ocorre dentro de pequenos grupos e círculos mais fechados, como família e amigos. O comportamento dos membros do grupo é influenciado pelo número, estatutos, personalidades e papéis dos membros dentro do grupo, pelo que a comunicação se pode fazer por manifestações de agrado, punição, recompensa, entre outros. (SOUSA, 2006)

A comunicação organizacional refere-se à comunicação que se estabelece no seio de grupos de grande dimensão, com uma missão definida e cujos elementos detêm competências variadas, grupos esses designados de organizações. De acordo com a sua

tipologia, as organizações podem classificar-se em organizações de benefício mútuo (sindicatos, partidos políticos, organizações ambientalistas e outras associações da sociedade civil), organizações de utilidade e de serviço público (universidades, escolas, hospitais, instituições da administração pública, etc) e organizações lucrativas (farmácias, laboratórios de análises clínicas, empresas, etc). (SOUSA, 2006)

A continuidade de uma organização mantém-se enquanto existe uma coordenação, comunicação, reorganização e reorientação dos membros de forma eficiente, no sentido de atingir o objetivo definido.

Entende-se por comunicação interpessoal a comunicação entre dois indivíduos com o intuito de gerar ou manter relações pessoais, embora também possa abranger um ou mais pequenos grupos informais de indivíduos. Apesar da comunicação interpessoal poder ser mediada (através de telefone, mail, carta), é maioritariamente não mediada e integra uma componente verbal e uma não-verbal. (SOUSA, 2006)

Como já foi referido no princípio da monografia, foi elaborado um questionário que avalia precisamente a comunicação interpessoal entre médico e farmacêutico. As questões mencionam pontos-chave como a primeira impressão, perceção do outro profissional de saúde (estatuto, papel social, intervenção) e forma de comunicação preferencial.

Às custas de uma má comunicação, não existe partilha de ideias e conhecimento, há más relações de trabalho, menor rendimento, maior desperdício de recursos, além de uma prestação de cuidados de saúde ao doente menos eficiente. (Gregory & Austin, 2016)

2.3 COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL

A perceção que os indivíduos possuem de si mesmos e dos outros, o contexto da situação e a primeira impressão são alguns dos fatores que condicionam o processo comunicativo. Consequentemente, os indivíduos adaptam a linguagem, os gestos, a postura, o tipo de comunicação, etc consoante as diferentes pessoas e situações do quotidiano.

De acordo com o tipo de comunicação adotado, o contexto e elementos em causa, a comunicação pode apresentar-se sob duas formas: verbal e não-verbal. (Faustino dos Santos, 2013)

A forma verbal envolve participação, transmissão e troca de informação, experiências e conhecimentos através de linguagem oral (conversações, pedidos, instruções, ordens, conferências, etc) ou escrita (sms, mails, cartas, jornais, revistas, etc).

Apesar do desenvolvimento exponencial da tecnologia, a comunicação verbal continua a ser a mais utilizada, principalmente nas relações interpessoais. (Faustino dos Santos, 2013)

Para que haja êxito na comunicação, seja ela oral ou escrita, o recetor tem que compreender a mensagem que está a ler ou a ouvir. Para isso, é fundamental que seja utilizado um código comum aos intervenientes (idioma) e que ambos possuam o mesmo nível de conhecimento.

O impacto e a curiosidade são alguns dos recursos utilizados para cativar a atenção do recetor na comunicação verbal. Para que a mensagem enviada pelo emissor seja compreendida na perfeição, este deve estruturá-la da melhor forma e ter sensibilidade para saber o efeito que exercerá no recetor. Quando causa impacto, gera *feedback* positivo. (Faustino dos Santos, 2013)

A comunicação não-verbal diz respeito aos gestos, posicionamento dos braços, corpo e mãos, expressões faciais, contato visual, modulação da voz, indumentária, distância entre os intervenientes, odores emanados, espaço físico entre muitos outros. No fundo, traduz a expressão de sentimentos sem recurso à palavra. (Faustino dos Santos, 2013)

2.4 FATORES QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO

Uma comunicação eficaz deve considerar todos os parâmetros que contribuem para que a mensagem codificada pelo emissor seja decodificada e compreendida de igual forma pelo recetor, isto é, incluir fatores facilitadores do processo de comunicação de modo a atingir o máximo de eficácia.

Alguns destes fatores já foram mencionados anteriormente de forma implícita, como o *feedback* e a necessidade dos intervenientes possuírem o mesmo nível de conhecimento acerca da matéria. No primeiro caso, permite verificar a compreensão da mensagem e, caso seja necessário, constitui uma oportunidade para proceder à correção ou reforçar a mensagem de outra forma. No segundo caso, a comunicação é mais estimulada quando o emissor tem uma ideia clara daquilo que pretende transmitir e o nível de conhecimento sobre o assunto é o mesmo, pois só assim é que a mensagem tem significado e interesse para o recetor. (Faustino dos Santos, 2013)

Outro ponto facilitador importante é a atitude do comunicador durante o processo de comunicação. O facto de possuir uma visão positiva de si próprio, da mensagem que pretende passar e em relação ao recetor, proporciona um bom ambiente emocional para atingir mais facilmente os objetivos pretendidos.

As capacidades e habilidades comunicativas dos comunicadores, tais como a escrita e a audição, são também fundamentais no processo comunicativo, pelo que devem ser constantemente melhoradas e estimuladas. (Grego, 2013)

Saber escutar, característica associada à prática de escuta ativa, é um fator facilitador da comunicação que se relaciona sobretudo com o recetor. A escuta ativa constitui uma forma de agir no sentido ajudar o emissor a transmitir a mensagem pretendida da melhor forma. Entre muitos outros exemplos, o recetor pode mostrar apoio quer nas respostas quer nas ações, mostrar interesse naquilo que o emissor está a dizer, resumir e concordar com os pontos principais antes de prosseguir com o discurso e ajudar o emissor a estruturar ideias se for necessário. (Grego, 2013)

Eleger o “timing” certo, isto é, o tempo e o local mais adequados, de modo a captar a atenção do recetor, permitir que este tenha tempo de processar a mensagem e elaborar a sua resposta contribui para o sucesso da mensagem a transmitir.

2.5 ENTRAVES À COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo que é tão mais efetivo quanto menor for a existência de interferentes que possam impedir ou dificultar a mesma.

Os fatores que afetam, de certa forma, a fluidez da comunicação podem considerar-se internos, como por exemplo a utilização de linguagem ambígua ou a dificuldade de expressar uma ideia devido a valores ou crenças, ou externos, como a distância física entre emissor e recetor. (Grego, 2013)

Para além da classificação de barreira interna e externa, os fatores distribuem-se ainda por diferentes áreas. Os fatores pessoais relacionam-se com pontos como a postura, expressão facial e corporal, contato visual, fluência e timbre da voz de cada participante no processo de comunicação. Os fatores de personalidade compreendem a avaliação inadequada de certos termos derivada da ideia de que uma mesma palavra terá sempre o mesmo significado independentemente do contexto, o equívoco entre o conceito de

objetividade e subjetividade e a autossuficiência de indivíduo quando julga saber tudo e condiciona toda a conversa. Os valores, crenças religiosas, cultura, educação e política relacionam-se com fatores sociais, ou seja, com o papel social que os indivíduos atribuem uns aos outros numa relação comunicacional. Os fatores psicológicos têm também grande importância na comunicação. O estado psicológico do indivíduo e uma generalização prévia de um indivíduo mediante apenas uma das suas características são exemplos de interferentes que a influenciam. Embora a sua valorização varie muito de indivíduo para indivíduo e, em determinados casos, sejam contornáveis, os fatores fisiológicos podem facilitar ou complicar o processo comunicacional. Por exemplo, estados de doença ou cansaço podem dificultar a comunicação entre emissor e recetor. Os fatores de linguagem incluem a utilização de palavras ambíguas, termos abstratos e determinadas expressões. Por fim, inseridos nas barreiras externas, encontram-se os fatores físicos, como exemplo a distância e separação física (balcões, vidros, etc) entre emissor e recetor, iluminação e temperatura. (Grego, 2013)

Além dos conjuntos de fatores mencionados, existem ainda determinadas expressões e comportamentos que influenciam o processo comunicacional de forma negativa. É relevante mencionar a manipulação do interlocutor de forma a não permitir abertura do debate e conduzir o discurso de acordo com o seu ponto de vista, a avaliação infundada sobre o discurso do outro (“sei perfeitamente o que estás a pensar”) e a interrupção brusca e constante que impede que o outro termine o seu discurso (“Já percebi, não é preciso dizer mais nada!”). (Grego, 2013)

Outro obstáculo da comunicação é o rumor. Este ocorre na sequência da alteração da mensagem, muitas vezes derivada de três fenómenos que se verificam durante a transmissão: 1) assimilação – os transmissores tentam reconstruir a mensagem, dando-lhe assim um sentido racional 2) acentuação – os pormenores mais retidos são reforçados e têm maior destaque 3) debilitação – os pormenores tendem a perder-se em cerca de 70% com a repetição da mensagem. (Grego, 2013)

Posto isto, o processo comunicacional é condicionado por uma série de fatores que, muitas vezes, podem ser contornados ou evitados de forma a comunicar de forma mais clara, concisa e eficiente.

3. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O envelhecimento da população, o excesso de trabalho dos médicos e uma população mais informada e exigente são alguns dos fatores que contribuíram para que o papel do farmacêutico tenha passado por mudanças significativas. (Silvaggi, Nabhani-Gebara, & Reeves, 2017) A intercolaboração entre profissionais de saúde surge numa tentativa de atingir objetivos idênticos, prestar melhores cuidados ao doente e melhorar o seu estado de saúde, pelo que uma comunicação eficaz é essencial. (Hughes & McCann, 2003)

São vários os custos de uma má comunicação entre profissionais de saúde: as pessoas não compreendem o que se diz, o que leva a más relações de trabalho e falta de respeito pelas funções de cada profissional; a autoestima diminui, o que conduz à frustração e à quebra de eficácia; não existe partilha de ideias e conhecimentos, o que dificulta a resolução de problemas e o desenvolvimento de capacidades; é transmitida uma imagem menos positiva aos doentes; não existe um esclarecimento acerca das funções e responsabilidades de cada um, o que leva ao desperdício de tempo e de recursos. (Alves, 2011)

Dado o tema da presente monografia – “Comunicação entre médico e farmacêutico: benefícios para o doente” – apenas será abordada a comunicação com o médico e não com outros profissionais de saúde. Na prática farmacêutica, o contacto com o médico é feito maioritariamente pelo farmacêutico comunitário e hospitalar.

3.1 COMUNICAÇÃO COM O MÉDICO

Embora a adesão à terapêutica seja uma competência sua, o farmacêutico debate-se muitas vezes com falhas comunicacionais no sistema, falhas essas que podem ameaçar o sucesso da intervenção do médico. Conhecer os médicos mais próximos da sua farmácia, acompanhar e relatar a evolução da terapêutica ou expor reações adversas são formas do farmacêutico comunicar e intervir assertivamente.

Posto isto, a comunicação entre médico e farmacêutico deve firmar-se no objetivo comum de melhorar o estado de saúde do doente, sempre em contexto de honestidade, transparência e respeito mútuo pela profissão do outro. (Kucukarslan, Lai, Dong, Al-Bassam, & Kim, 2011)

Existem diversas situações no decurso da intervenção quotidiana que requerem alguma interpretação por parte do farmacêutico, nomeadamente questões relacionadas com a prescrição ou posologia, alerta de interações medicamentosas entre os produtos prescritos ou já utilizados pelo doente, deteção de contraindicações durante o atendimento na farmácia ou notificar a falta de um determinado produto esgotado ou em falta no stock. A intervenção farmacêutica através do contacto com o médico é feita apenas quando existe um motivo plausível que pode prejudicar o doente na sua terapêutica, pelo que o diálogo só deve incidir sobre assuntos que estejam relacionados com o mesmo. (Teixeira, 2017)

A comunicação com o médico pode ser descrita sucintamente em seis etapas.

Primeiramente, o farmacêutico deve ser conhecedor de uma série de informações que irão ser relevantes no decorrer da conversação, pelo que deve recolher os dados necessários e preparar a comunicação. O conhecimento do farmacêutico deve abranger toda a medicação que o doente efetua, período de tempo que este realiza a terapêutica, sintomatologia geral, medicamentos similares aos que foram prescritos mediante a Denominação Comum Internacional (DCI) e possíveis sugestões para apresentar ao médico caso seja necessário nova prescrição em função, por exemplo, da disponibilidade do produto e do tempo que é preciso para reaprovisionar em caso de rutura. (Teixeira, 2017)

De seguida, ao iniciar o contacto com o médico, o farmacêutico deve efetuar um acolhimento adequado, transmitindo sempre segurança e profissionalismo. Se possível, a conversação deverá ser feita pelo Diretor Técnico e na presença do doente, através do número disponibilizado na receita médica. (Teixeira, 2017)

É de salientar que poderão existir situações mais relevantes que justifiquem o contacto presencial com o médico, como é o caso da não adesão sistemática à terapêutica ou existência de protocolos de atuação em casos de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). (Teixeira, 2017)

Segue-se a etapa da contextualização, isto é, o momento em que o farmacêutico dá a conhecer o objetivo do contato. É importante também referir a função de quem contacta, identificar o doente e a data da sua última consulta. Após apresentar os factos que recolheu e explicar a situação ao médico, deve escutar o *feedback* do médico e disponibilizar dados sempre que necessário. (Teixeira, 2017) A última etapa diz respeito à execução do plano de ação, reformulando e sintetizando a informação dada. É de salientar que a despedida deve ser cordial e considerar algumas emoções apreciadas pelos interlocutores, como por exemplo o interesse, simpatia, respeito, tolerância, empatia e entusiasmo. (Teixeira, 2017) A

capacidade para identificar, compreender e gerir as próprias emoções e as dos outros, neste caso do médico, a designada inteligência emocional, é um dos fatores que contribui para o sucesso na comunicação com o médico. (Alves, 2011)

4. COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO E O UTENTE

A comunicação é um instrumento essencial da prática médica, especialmente da medicina geral e familiar, pelo seu âmbito menos específico. Ao longo dos últimos anos, a relação entre o médico e o utente modificou-se significativamente, sendo, por vezes, bastante complexa e até mesmo conflituosa. (Ribeiro da Silva, 2008)

Parte da dificuldade deve-se sobretudo ao facto das pessoas serem diferentes a vários níveis como idade, estatuto sociocultural, vivências, ideologias, visões e expectativas. (Ribeiro da Silva, 2008)

Outra questão relaciona-se com a imensa evolução tecnológica, que permite um maior número e diversidade de fontes de informação facilmente acessíveis e, consequentemente, faz com que os médicos sejam cada vez mais questionados e confrontados com dúvidas e desconfianças. (Ribeiro da Silva, 2008)

Um aspeto relevante relaciona-se com a gestão do tempo durante as consultas. Dado que a sua duração se situa entre dois a trinta e dois minutos, é frequente que o médico interrompa o doente, o que pode afetar a obtenção de dados importantes. Consequentemente, a adesão à terapêutica é afetada. (Ribeiro da Silva, 2008)

Considera-se que não existe adesão à terapêutica quando os doentes não tomam os medicamentos nas doses prescritas; não observam os intervalos corretos entre as doses; não mantêm o tratamento na duração correta; excedem a dose; ou tomam medicamentos não prescritos. (Ribeiro da Silva, 2008)

Muitas vezes, o medo da “bata branca”, a dificuldade em compreender as instruções do médico, questões relativas à memorização da informação dada e as características psicológicas e culturais leva o doente a não dizer a verdade ao médico, o que origina, em média, taxas de *compliance* de cerca de 50%. Este fenómeno tem implicações importantes sobre os resultados da prática médica, com diminuição da eficácia terapêutica, atraso no tempo de recuperação e aumento dos gastos em medicamentos, tratamentos e internamentos. Os estudos da *compliance* vieram reforçar a importância da comunicação na relação médico-doente. (Salgado, 2008)

Todos estes factos contribuem para a construção de uma imagem, de uma expectativa e de uma relação antes da relação. Tais pressupostos estarão presentes, de alguma forma, quando um médico e um paciente se encontram, podendo afetar diretamente o decorrer da consulta e o que dela advém. (Salgado, 2008)

É no sentido de colmatar possíveis falhas durante a consulta que o farmacêutico pode intervir e complementar o trabalho feito pelo médico. Geralmente, num ambiente mais familiar e menos stressante como a farmácia, o doente acaba por referir pormenores que não mencionou ao médico e são essenciais na escolha da terapêutica. (Salgado, 2008) Reforçar a posologia ou informar de possíveis reações adversas são procedimentos simples que podem trazer bastantes benefícios ao doente.

5. PERSPETIVA HISTÓRICA: A DIVERGÊNCIA DA FARMÁCIA E DA MEDICINA

Originalmente, não existia delimitação entre a prática farmacêutica e a prática clínica, assim como não havia distinção entre o prescritor e o dispensador. Apesar da origem análoga, a existência de diferenças culturais, de procedimentos e práticas entre as profissões de medicina e farmácia que influenciam o cuidado prestado ao doente e os seus *outcomes*, permitiu considerar a farmácia como uma profissão independente. (Gallagher & Gallagher, 2012)

Mesmo tendo a farmácia continuado com algumas práticas associadas à medicina, é importante reconhecer que, sendo uma profissão com direito próprio, requer conhecimento especializado, qualificação e responsabilidade para que as necessidades medicinais da população sejam atendidas de forma adequada. (Gallagher & Gallagher, 2012)

Em Portugal, a delimitação do exercício profissional e das competências dos três principais ramos da arte de curar – medicina (médicos, ainda designados por físicos), cirurgia (cirurgiões) e farmácia (na altura chamados boticários) – surgiu em 1461, através de uma lei promulgada por D. Afonso V. (Aguilar et al., 2012) Determinou-se que os médicos e cirurgiões não procederiam à preparação de medicamentos nas suas casas nem em locais onde existissem boticários e os boticários não exerceriam atos da competência de médicos e cirurgiões. (Aguilar et al., 2012)

Ao longo do tempo, as profissões do médico e do farmacêutico evoluíram de forma considerável e divergente, tanto que atualmente têm competências e práticas distintas. (Aguilar et al., 2012)

5.1 Delimitação do exercício profissional: Distinção entre farmacêutico e médico

O desenvolvimento da farmácia permitiu afastar o conceito de proceder unicamente à dispensa e tornar primordial a prestação de cuidados farmacêuticos centrados no doente. Contudo, estes cuidados farmacêuticos dependem também da relação entre o farmacêutico e o médico. (Hughes & McCann, 2003)

Apesar do novo paradigma se centrar cada vez no doente, a intercolaboração entre médico e farmacêutico está longe de ser a ideal, com ambivalência bidirecional, falta de comunicação e cooperação frequentes. (Hughes & McCann, 2003)

Torna-se então fulcral definir as funções que competem a cada profissional, de forma a respeitar a prática de cada um, não praticar atos profissionais que não são sua competência e evitar conflitos.

Assim sendo, integram o conteúdo de ato farmacêutico as seguintes atividades:

- “a) Desenvolvimento e preparação da forma farmacêutica dos medicamentos;
 - b) Registo, fabrico e controlo dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
 - c) Controlo de qualidade dos medicamentos e dos dispositivos médicos em laboratório de controlo de qualidade de medicamentos e dispositivos médicos;
 - d) Armazenamento, conservação e distribuição por grosso dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
 - e) Preparação, controlo, seleção, aquisição, armazenamento e dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos privativos de quaisquer outras entidades públicas e privadas;
 - f) Preparação de soluções antissépticas, de desinfetantes e de misturas intravenosas;
 - g) Interpretação e avaliação das prescrições médicas;
 - h) Informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correta utilização;
 - i) Acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos;
 - j) Monitorização de fármacos, incluindo a determinação de parâmetros farmacocinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados;
 - k) Colheita de produtos biológicos, execução e interpretação de análises clínicas e determinação de níveis séricos;
 - l) Execução e interpretação de análises toxicológicas, hidrológicas e bromatológicas;
 - m) Todos os atos ou funções diretamente ligados às atividades descritas nas alíneas anteriores.”
- (“Legislação Farmacêutica,” 2015)

Por sua vez, define-se como ato médico:

“ 1 - O ato médico consiste na atividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas farmacológicas e de técnicas médicas, cirúrgicas e de reabilitação relativas à saúde e à doença das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão médica.

2 - Constituem ainda atos médicos, as atividades técnico-científicas de ensino, formação, educação e organização para a promoção da saúde e prevenção da doença, quando praticadas por médicos.” (Lei n.º 34/XIII, 2016)

5.2 O farmacêutico de hoje e a sua polivalência

O final do século XIX e a primeira metade do século XX foram marcados por algumas preocupações a nível sanitário e de saúde pública, tais como a falsificação de medicamentos, a produção de vacinas, as análises de produtos tóxicos, a qualidade e análise de águas e de alimentos. Os conhecimentos na vertente químico-microbiológica permitiram que o farmacêutico contribuisse de forma eficaz para a resolução das várias questões de âmbito sanitário e, gradualmente, ganhasse mais aptidões técnicas e científicas. (Aguiar et al., 2012)

Assim, o exercício profissional farmacêutico, inicialmente vocacionado para a preparação e dispensa de medicamentos, alterou-se de forma significativa. Para além da necessidade de dar resposta às questões de âmbito sanitário já mencionadas, a industrialização do medicamento, o surgimento de novas formas farmacêuticas e matérias de ordem técnica e científica relacionadas com o medicamento conduziram ao aparecimento de novos estabelecimentos farmacêuticos e indústrias, alterando também, consequentemente, a prática profissional na farmácia comunitária. (Aguiar et al., 2012)

A partir dos anos 60, a prática farmacêutica centralizou-se no doente, resultando assim na promulgação dos princípios da prática clínica, serviços de informação e dos serviços farmacêuticos como novo paradigma da prática farmacêutica. (Figueiredo, Castel-Branco, Fernandez, & Caramona, 2014)

Segundo a legislação portuguesa, para além da dispensa de medicamentos, o farmacêutico tem também a possibilidade de providenciar serviços farmacêuticos de promoção de saúde e bem-estar na farmácia. Embora se encontre prevista na lei, a prestação de serviços farmacoterapêuticos e cuidados de saúde centrados no doente é emergente, o

que exige cada vez mais competências ao farmacêutico que se assume como clínico. (Figueiredo et al., 2014)

Neste novo paradigma de atuação do farmacêutico, já não basta conhecer o medicamento desde a sua produção até à dispensa na farmácia. O doente requer um profissional de saúde que seja capaz de detetar, resolver e prevenir problemas relacionados com o medicamento, minimizando possíveis reações adversas ou interações medicamentosas. O farmacêutico assume agora um papel ativo na comunidade, tendo como objetivos melhorar os resultados clínicos, económicos e humanísticos do doente e promover o uso responsável do medicamento. (Figueiredo et al., 2014)

Para além de identificar as necessidades farmacoterapêuticas do doente, é fundamental que o farmacêutico tome decisões baseadas em dados objetivos, relacionados com os problemas de saúde e com os medicamentos, e em dados subjetivos, relacionados com a experiência do profissional e do doente. (Figueiredo et al., 2014)

A sociedade atual necessita de equipas de saúde multidisciplinares que trabalhem em conjunto para melhores cuidados de saúde. Graças a conhecimentos técnicos e científicos consolidados, o farmacêutico já demonstrou ter um papel relevante na ajuda prestada ao médico na melhoria da prescrição a indivíduos e populações. (Enes & Balasteiro, 2016)

A polivalência do farmacêutico, que exerce a sua profissão em diversas áreas como farmácia comunitária, distribuição grossista, ensino, farmácia hospitalar, indústria farmacêutica, análises clínicas, investigação e outras de menor expressão, deve-se sobretudo à sua preparação académica extensa e diversificada. (Aguilar et al., 2012)

Tendo em conta que esta monografia se centra na comunicação entre farmacêutico e médico, é de notar que os farmacêuticos que mais se relacionam e comunicam com os médicos são os que exercem em Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar. Historicamente, a farmácia comunitária é a área que conferiu mais notoriedade e visibilidade à profissão. Representa cerca de 60% do total da classe, sendo a área de maior intervenção profissional. (Aguilar et al., 2012)

O farmacêutico hospitalar é um profissional de saúde com elevada qualificação técnica e científica no seio dos hospitais públicos e privados, pelo que o seu exercício é de extrema importância. O farmacêutico é o único profissional responsável pela organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos. Ainda que sujeitos às orientações da administração do hospital, os Serviços Farmacêuticos possuem autonomia técnica para que sejam desenvolvidos os procedimentos necessários à seleção, aquisição, gestão e distribuição do medicamento. (Aguilar et al., 2012)

Cabe ao farmacêutico, não só assegurar a prestação de assistência medicamentosa ao doente, mas também assumir uma série de outras responsabilidades na investigação clínica e execução de ensaios clínicos, na aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos, na preparação de medicamentos, nutrição parentérica e entérica, na distribuição de medicamentos pelos diversos serviços hospitalares, na monitorização de terapêuticas em colaboração com o médico para maximizar a eficácia do medicamento, na prestação de cuidados farmacêuticos e na farmacovigilância, de forma a garantir de uma utilização correta do medicamento. (Aguar et al., 2012)

6. INTERCOLABORAÇÃO ENTRE FARMACÊUTICO E MÉDICO

Como foi definido por Savage em 1994, uma profissão pode ser considerada uma rede de alianças estratégicas, dentro dos limites que a prática permite, entre profissionais que partilham determinada competência. (Gallagher & Gallagher, 2012)

Contudo, é importante que as alianças estratégicas existam não só entre farmacêuticos, mas também entre profissionais que têm objetivos comuns – por exemplo, tanto médicos como farmacêuticos se esforçam no sentido de melhorar o estado de saúde dos doentes e a sua qualidade de vida. (Gallagher & Gallagher, 2012)

A existência de boas relações de trabalho entre estes profissionais de saúde depende de diversos fatores, que incluem práticas de trabalho bem estabelecidas, atitudes em relação ao cuidado do doente e respeito relativamente às diferenças entre profissões. Pode esperar-se que essas diferenças não sejam tão notórias entre medicina e farmácia, dada a sua história em comum. (Gallagher & Gallagher, 2012)

A colaboração refere-se a um nível elevado de cooperação e comunicação para resolver problemas de interesse comum, e a colaboração médico-farmacêutico demonstrou um impacto positivo na terapêutica do doente e da segurança na utilização de medicamentos. (Liu, Doucette, & Farris, 2010)

6.1 Modelo Collaborative Working Relationship (CWR)

A colaboração entre farmacêuticos e médicos na escolha e gestão da farmacoterapia tem como objetivo principal atingir níveis ótimos nos *outcomes* dos doentes. Para que isto aconteça, ambos os profissionais de saúde necessitam de partilhar informação vital acerca do doente e, conseqüentemente, proceder a uma comunicação em ambos os sentidos. Partilhar a informação do doente atempadamente é também importante nas alterações de terapêutica e estabelecer melhores estratégias de monitorização, assim como níveis elevados de confiança nas competências profissionais de cada um. (McDonough & Doucette, 2001)

Baseado em modelos de relações de gestão e de relações médico-enfermeiro, desenvolveu-se modelo colaborativo de relações de trabalho – CWR.

Este modelo diz que as relações profissionais entre farmacêuticos e médicos passa por níveis de colaboração crescente. Esta progressão é conduzida pelo indivíduo, pelo contexto e pela partilha de informação. (Brock & Doucette, 2004)

Etapa 0 – Consciência profissional

Grande parte dos farmacêuticos já atingiram a etapa de consciência profissional com os médicos. Geralmente, inclui interações de natureza discreta, tais como dispensa de prescrições que são enviadas para a farmácia por via *fax* ou telefónica, identificação de interações medicamentosas e reações adversas e esclarecimento de questões relacionadas com fármacos. (McDonough & Doucette, 2001)

Muitos farmacêuticos limitam estas interações, anteriormente indicadas, com os médicos e não discutem regularmente qual o fármaco mais indicado para o doente.

Durante esta etapa de consciência profissional, os farmacêuticos estão satisfeitos com este *status quo* e não têm intenções de desenvolver relações colaborativas de trabalho (CWRs) com os médicos. (McDonough & Doucette, 2001)

Ambos os grupos de profissionais de saúde consideram estas interações básicas profissionalmente seguras, rotineiras e definidas por expectativas bem definidas. Embora os farmacêuticos devam ser confiantes na permuta de informação, não têm necessidade de estar satisfeitos com esse nível de interdependência. (Brock & Doucette, 2004)

Os farmacêuticos, mais concretamente os comunitários e hospitalares, que queiram expandir os seus serviços devem desenvolver CWRs com os médicos, mostrar confiança nas suas capacidades e encarar cada interação como uma oportunidade de estreitar novas relações. (McDonough & Doucette, 2001)

Etapa 1 – Reconhecimento profissional

Nesta fase, os farmacêuticos começam a ser mais proactivos de forma a promover interação com o médico. Inicialmente, o esforço para aumentar e melhorar as interações entre profissionais tem tendência a ser unilateral (farmacêutico-médico), para que o médico fique ciente das ferramentas que o farmacêutico pode fornecer. O valor das relações estabelecidas provém da sinergia entre médico e farmacêutico, o que permite que ambos os profissionais obtenham ganhos a partir da parceria. (McDonough & Doucette, 2001)

Para aumentar o reconhecimento farmacêutico entre os médicos, existem várias estratégias que podem ser adotadas, começando por fornecer regularmente informação útil (por exemplo, adesão à terapêutica, reações adversas) acerca do doente ao médico. (McDonough & Doucette, 2001)

No sentido de desenvolver o modelo CWR, é importante perceber que cada contato é interpretado consoante o historial de contatos prévios e em termos de futuro antecipado. Assim, ambos os profissionais de saúde começam a considerar prós e contras de um relacionamento contínuo. (McDonough & Doucette, 2001)

As características predominantes na Etapa 1 são interesse, comunicação, poder e justiça.

Realçar o interesse e utilidade das capacidades do farmacêutico é fundamental para desenvolver o reconhecimento profissional. Os farmacêuticos podem atingir este objetivo percebendo quais as áreas que necessitam de maior intervenção e, a partir daí, propor serviços que acrescentem valor e tragam benefícios quer ao doente quer ao médico. (McDonough & Doucette, 2001)

A comunicação é o fio condutor de todo o modelo CWR. Sem comunicação adequada, as mensagens trocadas entre o médico e o farmacêutico podem não ser compreendidas da melhor forma, o que pode conduzir a conflitos e mal entendidos. Ao transmitir objetivos específicos e pedir feedback aos médicos, o farmacêutico estabelece uma via de comunicação. (McDonough & Doucette, 2001)

Poder e justiça são as características que determinam as habilidades de ambas as partes para atingir os objetivos estabelecidos. Nesta etapa, o balanço de “poder” está a favor dos médicos e, aqueles que não colaboraram com farmacêuticos anteriormente, podem começar a encontrar razões para o fazer neste momento. (McDonough & Doucette, 2001)

De uma forma simplificada, os farmacêuticos são mais dependentes da intercolaboração que os médicos, portanto devem fazer um esforço para comunicar com eles e mostrar-lhes que podem acrescentar valor. (McDonough & Doucette, 2001)

A justiça é alcançada quando o novo serviço prestado beneficia doentes, assim como farmacêuticos e médicos.

Os profissionais devem estar em concordância de que o objetivo da colaboração é atingir melhores *outcomes* na evolução do doente e que, para isso, implica comportamentos de interajuda no que envolve a saúde do doente. (McDonough & Doucette, 2001)

O reconhecimento de objetivos comuns permite a passagem para a etapa seguinte do modelo CWR.

Etapa 2 – Exploração e experiência

Durante esta etapa, ambos os profissionais de saúde medem e testam a compatibilidade, expectativas, confiança e compromisso das relações estabelecidas.

Os farmacêuticos continuam a ser os principais percursos da comunicação enquanto os médicos consideram os benefícios e os riscos da colaboração. (McDonough & Doucette, 2001)

Os padrões e expectativas continuam a ser desenvolvidas nesta etapa. Os padrões ajudam a definir um propósito e a estabelecer limites na colaboração, de forma a determinar qual dos profissionais é responsável por cuidados específicos do doente. (McDonough & Doucette, 2001)

Cada interação durante a etapa de exploração e experiência irá ajudar os profissionais de saúde a refinar as suas expectativas consoante o comportamento do outro. Este desenvolvimento de expectativas pode também aumentar ou diminuir o valor que os farmacêuticos e os médicos atribuem à intercolaboração. Se os médicos sentirem que os seus doentes não recebem o cuidado esperado dos farmacêuticos ou que existe falta de informação dada, as suas expectativas podem diminuir.

O compromisso é limitado durante esta etapa, podendo tornar a relação frágil e facilmente quebrável. É então crucial que o farmacêutico comunique a evolução do doente ao médico de forma a minimizar possíveis erros por falha de comunicação. (McDonough & Doucette, 2001)

A partir do momento que as capacidades e cuidado ao doente excede as expectativas do médico, a relação pode expandir. A confiança, valor e satisfação necessária para suportar a expansão da relação profissional pode desenvolver ao longo do tempo e permitir avançar para a etapa seguinte do modelo CWR. (McDonough & Doucette, 2001)

Etapa 3 – Expansão da relação profissional

Uma evolução contínua dos benefícios observados na etapa 2 pode conduzir a um aumento da expansão das relações profissionais e da interdependência entre médicos e farmacêuticos.

As características chave nesta etapa incluem a comunicação, desenvolvimento de normas e padrões, avaliação de desempenho e resolução de conflitos. (McDonough & Doucette, 2001)

A comunicação torna-se mais bilateral, embora os esforços de estabelecer uma intercolaboração ainda se mantenham um pouco desequilibrados, com os farmacêuticos a necessitarem continuamente de comunicar as vantagens na terapêutica dos doentes.

A avaliação de desempenho relativamente à qualidade dos cuidados prestados ao doente é feita essencialmente pelos médicos. Possíveis alterações nas expectativas e nos padrões estabelecidos podem surgir a partir do feedback obtido na avaliação. (McDonough & Doucette, 2001)

As expectativas de ambos os profissionais continuam a evoluir e atingem alguma estabilidade na interdependência. O objetivo principal nesta fase é manter ou aumentar as relações de trabalho, embora sejam expectáveis alguns conflitos.

Uma resolução de conflitos tende a ser construtiva quando os farmacêuticos atingem um equilíbrio de poder com os médicos e ambas as partes estão orientadas para maximizar os benefícios para o doente. (McDonough & Doucette, 2001)

Os farmacêuticos devem adaptar-se e estarem recetivos a avaliações quer positivas quer negativas por parte dos médicos para que a relação de trabalho continue a desenvolver-se. A chave é assegurar que a intercolaboração continua num caminho positivo e produtivo à medida que a situação evolui.

Padrões, expectativas e conflitos são frequentes na etapa de expansão e, eventualmente conduz à formação de uma relação de colaboração de trabalho através de um aprofundamento de interesses interdependentes dos farmacêuticos e dos médicos. (McDonough & Doucette, 2001)

Etapas 4 – Compromisso com a relação intercolaboração

As características que descrevem esta etapa são uma evolução das da etapa 3.

A colaboração é mais provável quando o médico considera que existe um grande valor acrescentado e a sua prática clínica não é posta em causa.

A possibilidade de alcançar o compromisso é mais elevada se os esforços para comunicar e intercolaborar e o poder relativo dos membros da equipa médico-farmacêutico forem o mais equitativas possível. (McDonough & Doucette, 2001)

Os médicos confiarão nos conhecimentos e capacidades que os farmacêuticos revelaram ao longo do desenvolvimento da CWR e os farmacêuticos confiarão na informação clínica que os médicos lhes fornecem enquanto ajudam a gerir a farmacoterapia dos doentes. (McDonough & Doucette, 2001)

Assim que o compromisso de uma CWR é alcançado, a relação deve continuar a ser trabalhada: reuniões presenciais (mais no caso dos farmacêuticos hospitalares),

recomendações clínicas e dar *feedback* aos médicos irão ajudar a conduzir a relação de trabalho ao longo do tempo. Caso haja conflitos, deve existir uma discussão aberta entre os profissionais de saúde de forma a resolver o problema com celeridade. Tanto médicos como farmacêuticos devem continuar a identificar estratégias no sentido de melhorar os cuidados e serviços prestados ao doente e, conseqüentemente, a evolução do seu estado de saúde. (McDonough & Doucette, 2001)

6.2 Fatores que afetam a comunicação e limitam uma intercolaboração mais efetiva

Cada profissional possui uma série de características individuais que afetam a sua vontade de aceitar as mudanças e os riscos envolvidos no desenvolvimento de uma colaboração com outro profissional, seja da sua área ou não. (McDonough & Doucette, 2001)

A relação de intercolaboração entre médicos e farmacêuticos é condicionada por diversos fatores, fatores estes que se dividem em três grupos – características do profissional, características contextuais e características da relação – sintetizados e apresentados na tabela abaixo. (McDonough & Doucette, 2001)

Fatores que afetam a colaboração entre médico e farmacêutico		
Características do Profissional	Características contextuais	Características da relação
• Características individuais • Conhecimento, atitudes, crenças e valores • Experiência profissional	• Proximidade dos locais de exercício profissional • Recursos utilizados	• Interesse • Comunicação bidirecional • Poder e justiça • Desenvolvimento de regras e limites • Expectativas • Avaliação de desempenho • Resolução de conflitos

Tabela 1 – Fatores que afetam a colaboração entre médico e farmacêutico (McDonough & Doucette, 2001)

Um grupo de características individuais são os dados demográficos, como a educação e a idade. Por exemplo, um profissional mais novo, cuja formação académica incluiu experiências interdisciplinares, pode ser mais recetivo a uma colaboração médico-farmacêutico. (McDonough & Doucette, 2001)

Um médico de especialidade, familiarizado com outras competências profissionais e confiança nos benefícios que uma colaboração pode trazer, pode afetar o seu compromisso numa relação médico-farmacêutico. Um médico que se especializa numa área específica da medicina pode ter conhecimento limitado acerca das condições fora da sua especialidade, o que faz com que uma colaboração entre médico e farmacêutico seja mais atrativa. A familiaridade e respeito de um médico pelas capacidades de um farmacêutico pode apoiar a sua disposição para aceitar um farmacêutico, assim como acreditar que uma intercolaboração pode melhorar a terapia do doente. (McDonough & Doucette, 2001)

Os farmacêuticos podem utilizar esta informação quando estão a decidir que médicos são bons candidatos para estabelecer uma CWR.

As características contextuais também influenciam o desenvolvimento de uma relação. O contexto compreende as características das práticas dos profissionais de saúde e o contexto/ambiente onde eles interagem. (McDonough & Doucette, 2001)

A prestação de cuidados de saúde inclui não só o atendimento das necessidades do doente mas também a gestão de um conjunto diverso de doentes, de recursos (humanos, financeiros, etc) e de organização de estruturas. Estes fatores influenciam a perceção dos custos e benefícios de estabelecer uma CWR dos profissionais de saúde. Por exemplo, um médico de clínica geral a exercer num meio rural pode depreender rapidamente os benefícios de estabelecer uma CWR com um farmacêutico local uma vez que ambos partilham o mesmo grupo de doentes. (McDonough & Doucette, 2001) A partilha de informação acerca do doente, menos formalidade e uma comunicação mais aberta pode conduzir a melhores resultados da terapia do doente. Por outro lado, um especialista a exercer numa área metropolitana pode ter um leque menos diversificado de doentes e estes podem ter preferência por um número muito abrangente de farmácias. Nas grandes cidades, as estruturas organizacionais dos profissionais de saúde e a própria comunicação podem ser mais formais, com oportunidades limitadas de os profissionais dialogarem cara a cara. (McDonough & Doucette, 2001)

A proximidade dos profissionais de saúde – geográfica, organizacional e socialmente – é outro ponto importante das características contextuais. Em locais onde o farmacêutico e o médico estão próximos geograficamente (por exemplo: hospital), existe um aumento das oportunidades de interação porque partilham o mesmo edifício, fazem parte de grupos comuns de trabalho e partilham os mesmos doentes. Isto leva a um nível mais elevado de

conforto com o profissional e com as suas competências clínicas. (McDonough & Doucette, 2001)

O terceiro grupo de características que influenciam o desenvolvimento de uma CWR entre médicos e farmacêuticos são as características da relação, que englobam interações sociais. Médicos e farmacêuticos trocam informação, permissões e responsabilidade pelo cuidado ao doente. A natureza destas trocas pode ir de discreta a relacional. A troca discreta é caracterizada por trocas separadas e não relacionadas, em que a identidade do profissional com quem se está a relacionar tem pouca importância. Em contraste com a natureza impessoal da troca discreta, a identidade do parceiro de trabalho é fundamental para ambas as partes na troca relacional. (McDonough & Doucette, 2001)

Como já foi descrito anteriormente, as características da relação incluem interesse, comunicação, poder e justiça, desenvolvimento de regras e normas, avaliação de expectativas, avaliação de desempenho e resolução de conflitos. Médicos que compreendam o valor acrescentado da contribuição do farmacêutico são mais propensos a estabelecer CWRs. (McDonough & Doucette, 2001)

O desenvolvimento da relação pode ser afetada por diversos aspetos da comunicação, nomeadamente o método de comunicação, comunicação uni ou bilateral, método de comunicação, frequência e conteúdo ou mensagem.

As características do profissional, contextuais e da relação afetam igualmente a forma como médicos e farmacêuticos vão desenvolver uma CWR. Algumas características são ativas em todas as etapas de uma relação entre médico e farmacêutico, outras apenas influenciam determinadas etapas. (McDonough & Doucette, 2001)

Estas características determinam se os profissionais de saúde podem estabelecer uma interdependência crescente ao longo do tempo e, em última análise, intercolaboração. (McDonough & Doucette, 2001)

7. BENEFÍCIOS DA COMUNICAÇÃO ENTRE FARMACÊUTICO E MÉDICO

Vários estudos referem que a intercolaboração e a comunicação efetiva entre o farmacêutico e o médico conferem uma série de benefícios nos cuidados de saúde e acompanhamento ao doente. Além disso, em vários hospitais e clínicas, os farmacêuticos têm influenciado, com êxito, a prescrição de antibióticos e controlo de infeções. (Gallagher & Gallagher, 2012)

Por outro lado, uma comunicação insuficiente ou até mesmo ausente é a maior causa de erros médicos. (Gallagher & Gallagher, 2012; Silvaggi et al., 2017)

Este facto é mais evidente em doentes com doenças crónicas e/ou com necessidade de gestão de medicação regular.

7.1 Benefícios para o doente

A não adesão à terapêutica é uma das principais causas para o aumento da morbilidade e mortalidade, aumento dos custos médicos, redução da qualidade de vida e excesso da utilização dos serviços de saúde. A adesão à terapêutica, intencional ou não intencional, refere-se ao grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. Posto isto, a não adesão ao regime terapêutico influencia o sucesso dos tratamentos, o que implica custos significativos em termos médicos e sociais. (Dias et al., 2011)

A Organização Mundial de Saúde considera que o comportamento do doente e a sua capacidade de adesão ao tratamento são influenciados por diversos fatores, agrupados nas cinco categorias que se seguem:

- Fatores sociais, económicos e culturais em que se destacam o nível de escolaridade, sexo, idade, rendimentos, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, a distância ao local de tratamento, o preço dos transportes e dos medicamentos, as crenças culturais e as desigualdades sociais. (Dias et al., 2011)
- Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, onde se enquadram o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de comparticipação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os

horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças. (Dias et al., 2011)

- Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida e o tipo da doença). (Dias et al., 2011)
- Fatores relacionados com o tratamento tais como a duração, a complexidade, a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação. (Dias et al., 2011)
- Fatores relacionados com a pessoa doente, nomeadamente os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, a capacidade para gerir o regime terapêutico, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer à atual, e as expetativas da própria pessoa. (Dias et al., 2011)

Perante tantas variáveis que condicionam e afetam diretamente o estado de saúde e a adesão à terapêutica de um indivíduo, a comunicação e intercolaboração entre o farmacêutico e o médico surgem como forte resposta à resolução de inúmeros problemas e erros clínicos. (Alves, 2011)

Sucintamente, permite um acesso mais fácil ao sistema de saúde, maior eficiência no tratamento, prevenção e vigilância de doenças, controlo de problemas de saúde pública (má utilização de antibióticos, surtos, epidemias, etc), mais qualificação na prescrição racional, menos internamentos evitáveis e aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde. (Dias et al., 2011)

7.2 Benefícios para o doente crónico

A adesão à terapêutica tem uma importância ainda mais acentuada quando aplicada às doenças crónicas, uma vez que estas têm um impacto significativo na população. Com o largo desenvolvimento na área da saúde, verifica-se uma diminuição da taxa de mortalidade e um envelhecimento gradual da população, o que contribui, consequentemente, para um aumento da incidência de doenças crónicas. Esta realidade apresenta consequências para o doente e para a economia, representando cerca de 65% do total de despesas com a saúde,

prevendo-se o seu crescimento até 2020, quer a nível mundial, quer nacional, o que obriga à procura de novas estratégias e alternativas respeitantes aos cuidados de saúde (Dias, A. M. et al. (2011)).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, é considerada doença crónica aquela que detém uma ou mais das seguintes características: é permanente, provoca incapacidade residual, tem origem numa alteração patológica irreversível, requer formação direcionada ao doente para reabilitação ou necessita de um longo período de supervisão, observação ou cuidados. Dias, A. M. et al. (2011). Alguns exemplos de doenças crónicas são a hipertensão, diabetes, asma, dor crónica ou a doença pulmonar obstrutiva crónica.

Em Portugal, estima-se que 600 mil pessoas vivam com cinco ou mais doenças crónicas e que cerca de metade da população tenha pelo menos uma doença crónica. (Mendes, 2010)

É de referir que a prevalência de doenças crónicas é calculada com base em dados auto-reportados, logo, não incluem casos não diagnosticados, pelo que o valor será superior.

As doenças mais frequentes em indivíduos com cinco ou mais doenças crónicas são a hipertensão (80% destes doentes), a doença reumática (77%), a depressão (52,6%), a osteoporose (48%) e a diabetes (37%). (Mendes, 2010)

É precisamente por esta conjuntura ter tendência a aumentar que é necessário debater novas formas de abordagem no seguimento farmacoterapêutico. Luís Campos, médico internista e ex-presidente do Fórum Internacional sobre o Doente Crónico refere um estudo do Hospital São Francisco Xavier em Lisboa que aponta para que 70% dos doentes que vão às urgências pelo menos quatro vezes por ano são doentes crónicos com descompensações. (Mendes, 2010)

Considerando o explanado anteriormente e as necessidades dos doentes crónicos, é cada vez mais fundamental uma resposta proactiva continuada por parte dos serviços de saúde e não apenas nos casos agudos. O tratamento deve ser garantido por equipas multidisciplinares, formadas por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, entre outros e os cuidados primários e continuados, hospitais e hospitais de dia devem estar integrados numa rede. A comunicação entre os diferentes profissionais de saúde assume então um papel de extrema importância, assim como sistemas informáticos avançados que facilitem a circulação da informação clínica do doente sempre que necessário. (Enes & Balasteiro, 2016)

Naturalmente, a grande maioria de doentes crónicos afetados são idosos, seguidos pelos indivíduos com mais de 45 anos. Geralmente, a adesão à terapêutica destes doentes é bastante inferior ao desejável sendo que muitas vezes não tomam os medicamentos nas doses prescritas, não observam os intervalos corretos entre as doses, não mantêm o

tratamento na duração correta, excedem a dose ou tomam medicamentos não prescritos. O facto de muitas vezes não admitirem que não compreenderam determinada questão ou informação e tentarem decifrar sozinhos o que ouviram do médico a partir dos seus conhecimentos, crenças, normas sociais e culturais contribui para menor adesão. (Tarn, Paterniti, Williams, Cipri, & Wenger, 2009)

O estudo da adesão à terapêutica do doente veio sublinhar a importância da comunicação na relação médico-farmacêutico. (Nijjer, Gill, & Nijjer, 2008) Uma comunicação eficiente beneficia o doente em diversos pontos:

- Diminui erros associados ao medicamento (dose, interação medicamentosa, reação adversa, etc); (Tarn et al., 2009)

- Permite discutir as hipóteses mais adequadas de tratamento para cada doente (o farmacêutico, sendo o especialista do medicamento, pode auxiliar o médico com informações acerca de novos fármacos no mercado, mecanismos de ação, entre outros); (Tarn et al., 2009)

- Aumenta a adesão à terapêutica pois o farmacêutico pode colmatar falhas na compreensão e memória do doente acerca do tratamento; (Nijjer et al., 2008)

- Assegura continuidade terapêutica dos doentes quando estes não dispõem da consulta médica e prescrição; (Nijjer et al., 2008)

- Permite uma monitorização e aconselhamento continuado, evitando consultas desnecessárias ou, em caso de necessidade, encaminhando o doente para o médico; (Tarn et al., 2009) (Enes & Balasteiro, 2016)

- Reduz custos para o doente (menos idas às urgências, opção consentida de medicamentos genéricos, diminuição da aquisição de determinados medicamentos no caso de doença controlada, etc) (Nijjer et al., 2008)

- Eleva a satisfação e confiança do doente relativamente aos profissionais de saúde que o acompanham, uma vez que se sente mais compreendido, esclarecido acerca do diagnóstico e tratamento e os resultados terapêuticos são mais positivos. (Enes & Balasteiro, 2016)

7.3 Benefícios económicos

Atualmente, os sistemas de saúde atravessam uma fase de mudança significativa de forma a dar resposta aos novos paradigmas socioeconómicos que se verificam e permitir melhor acessibilidade aos cuidados de saúde. (Silvaggi et al., 2017)

A sustentabilidade dos sistemas de saúde cada vez mais tem de considerar o aumento da esperança de vida, o envelhecimento da população, as despesas que a introdução de novas tecnologias nas áreas de diagnóstico e terapêutica acarretam, entre outros.

A inovação e desenvolvimento de novos fármacos e os seus custos associados são cada vez maiores, assim como o aumento quase exponencial dos custos regulamentares, que advêm de burocracias cada vez mais exigentes.

A comunicação bem-sucedida entre o médico e o farmacêutico, a partilha de informação e a colaboração entre profissionais de saúde permitirá o desperdício em tecnologias de saúde a todos os níveis e melhor gestão de recursos económicos.

8. INQUÉRITO A FARMACÊUTICOS E MÉDICOS ACERCA DE COMUNICAÇÃO E INTERCOLABORAÇÃO

Para enriquecimento da presente monografia, foi realizado um inquérito (Apêndice I) de caráter anónimo, direccionado a farmacêuticos e médicos (são excluídos estudantes e estagiários). O seu objetivo assentou na avaliação da comunicação entre farmacêuticos e médicos, no sentido de, posteriormente, a relacionar com intercolaboração entre profissionais de saúde e os benefícios para o doente.

O inquérito contém um total de 15 questões, entre as quais 14 são de resposta fechada ou rápida e 1 de resposta aberta. De forma a alcançar representatividade e um maior número de inquiridos, este questionário (*GoogleDocs*) foi distribuído por via eletrónica (mail e *LinkedIn*) e abordagem direta (três farmácias comunitárias, dois Centros de Saúde e um Hospital). A análise do mesmo é apresentada sob a forma de gráfico e percentagens.

8.1 DESCRIÇÃO E CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Após o tratamento e análise dos dados, verificou-se que o universo amostral integra um total de 127 indivíduos, dos quais 76 são do sexo feminino (59,8%) e 51 são do sexo masculino (40,2%).

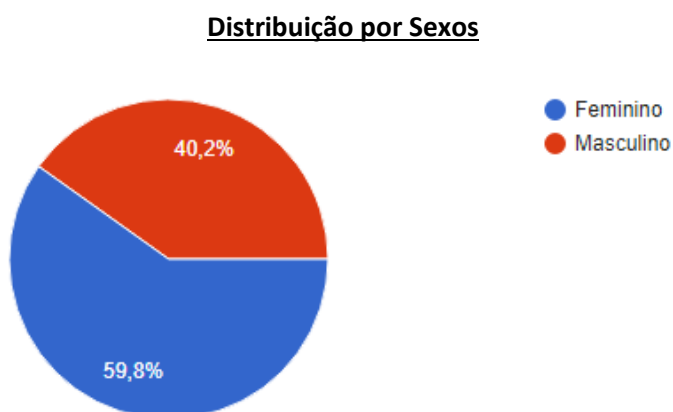


Gráfico 1 - Distribuição da Amostra por Sexo

Relativamente à faixa etária, o inquérito foi respondido maioritariamente por indivíduos com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos, representando 33,9% do total dos inquiridos (43 indivíduos). A camada mais jovem, entre os 22 e os 30 anos, surge de

seguida com 29 respostas (22,8%), depois o grupo dos 31 aos 40 anos com 25 (19,7%), seguido da faixa etária dos 51 aos 60 anos, representada por 21 respostas (16,5%). Por fim, com apenas 9 respostas (7,1%), surge a faixa etária dos indivíduos com mais de 61 anos.

Distribuição por Faixa Etária

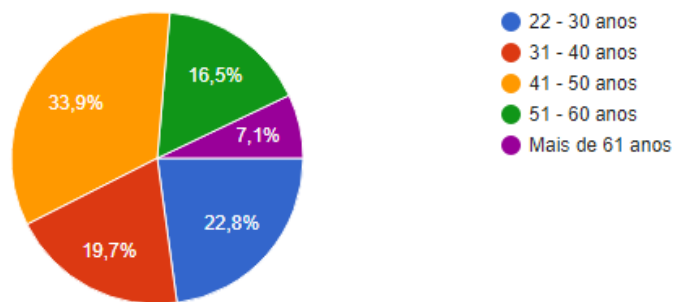


Gráfico 2 - Distribuição da Amostra por Faixa Etária

Do total de indivíduos, a classe farmacêutica é a que revela maior representatividade, com 56,7% (72 inquiridos), pelo que os médicos se ficam pelos 43,3% (55 inquiridos). É de referir que foi importante garantir que o número de indivíduos de cada profissão fosse relativamente próximo e não discrepante de forma a evitar viés de seleção.

Distribuição por Profissão

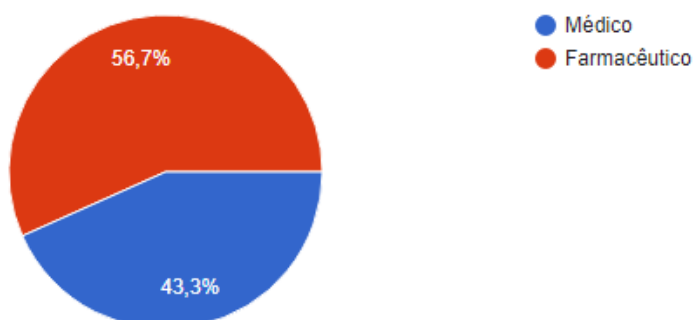


Gráfico 3 - Distribuição da Amostra por Profissão

Já em relação ao tempo que cada indivíduo exerce a sua profissão, o inquérito foi respondido por 50 profissionais com mais de 16 anos de experiência (39,4%), 25 com 11 a 15 anos (19,7%), 23 com 1 a 5 anos (18,1%), 17 com 6 a 10 anos (13,4%) e, por fim, 12 com menos de um ano de experiência (9,4%).

Distribuição por Tempo que exerce a sua Profissão

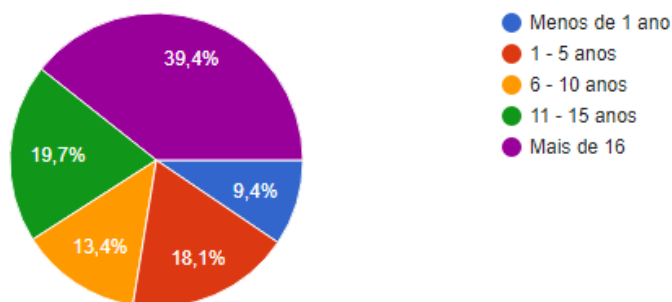


Gráfico 4 - Distribuição por Tempo que exerce a profissão (anos de experiência)

8.2 ANÁLISE E TRATAMENTO DE RESULTADOS

Uma relação sólida entre farmacêuticos e médicos tem uma importância significativa na otimização da prestação de serviços e cuidados ao doente. Assim sendo, após caracterizar a amostra, foi essencial compreender as atitudes e barreiras à colaboração entre farmacêuticos e médicos.

Com base na análise dos resultados obtidos, verifica-se logo à partida que a comunicação com um outro profissional de saúde (médicos com farmacêuticos e vice-versa) é pouco privilegiada, uma vez que 33,1% dos inquiridos (42 indivíduos) assinalou a resposta “*Raramente*”, 26,8% considerou que apenas comunica “*Às vezes*” (34 indivíduos) e 5 profissionais indicaram mesmo a resposta “*Nunca*” (3,9%). De um universo de 127 indivíduos, apenas 22 (17,3%) comunicam “*Sempre que seja pertinente*” e 24 (18,9%) consideram que o fazem “*Muitas vezes*”. É de salientar que, com base na análise individual de respostas, a grande maioria dos indivíduos que indicaram as duas últimas opções referidas são farmacêuticos e todos os que indicaram “*Nunca*” são médicos.

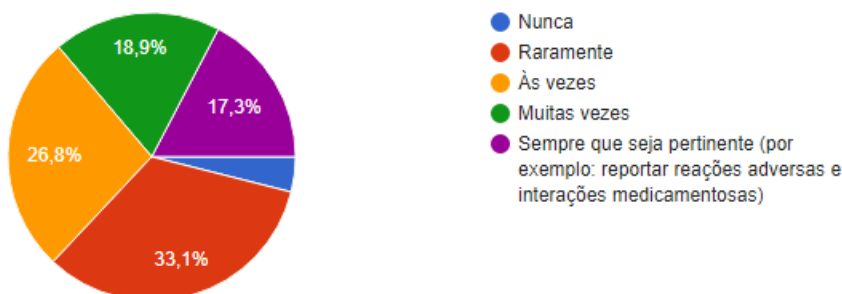
Distribuição por frequência com que comunica com o outro profissional de saúde

Gráfico 5 – Distribuição por frequência com que comunica com o outro profissional de saúde (farmacêutico com médico e médico com farmacêutico).

O telefone é, sem sombra de dúvida, o meio de comunicação preferencial entre médicos e farmacêuticos, com 93 respostas assinaladas (73,2%). Segue-se a hipótese “Pessoalmente” com 18,9% (24 indivíduos), muito provavelmente selecionada maioritariamente por indivíduos que trabalham em meio hospitalar. Como já foi referido anteriormente, os farmacêuticos hospitalares contactam mais diretamente com os médicos do que um farmacêutico a exercer noutra área. 8 indivíduos (6,3%) responderam ainda que comunicavam através de mail, 1 (0,8%) indicou que utilizava a Plataforma do Hospital e 1 (0,8%) que não utilizava nenhum meio de comunicação.

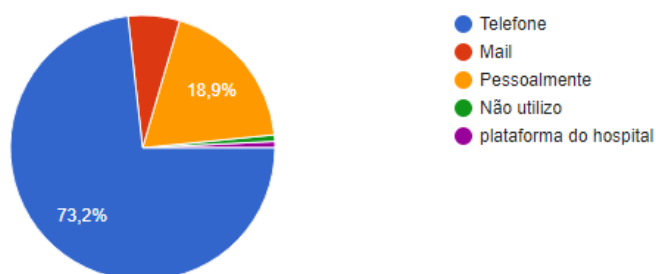
Distribuição por meio preferencial de comunicação

Gráfico 6 - Distribuição por meio preferencial utilizado na comunicação com o outro profissional de saúde.

São diversos os assuntos que levam ao contato com o farmacêutico ou com o médico, pelo que foi permitido a cada indivíduo selecionar mais do que uma opção na sua resposta relativamente a esta questão. Grande parte dos inquiridos acabou por selecionar duas ou três respostas, sendo que confirmar doses ou formas farmacêuticas foi considerado o assunto mais frequente. A opção acerca de alerta para erros de prescrição foi selecionada por 85 indivíduos, todos eles farmacêuticos. Estes dados revelam que, efetivamente, os erros de prescrição continuam a ser uma realidade que poderia ser minimizada com a intervenção do farmacêutico, no sentido de melhorar o serviço prestado ao doente. Muitos dos erros de prescrição implicam mais encargos económicos para o doente a nível de deslocações, pagamento e marcação de nova consulta médica (principalmente aqueles que têm dificuldades financeiras, idosos, doentes com elevada morbilidade) e também para o médico, que tem de dispensar mais tempo para corrigir a prescrição e mais uma consulta com o mesmo doente.

“Sugerir alteração de fármaco” surge em 3º lugar na escolha dos inquiridos, com 57 respostas, seguido por “Reportar reações adversas”, com 39, e por fim “Alertar sobre interações medicamentosas”, com 30.

Distribuição por assunto que geralmente leva ao contato com o outro profissional

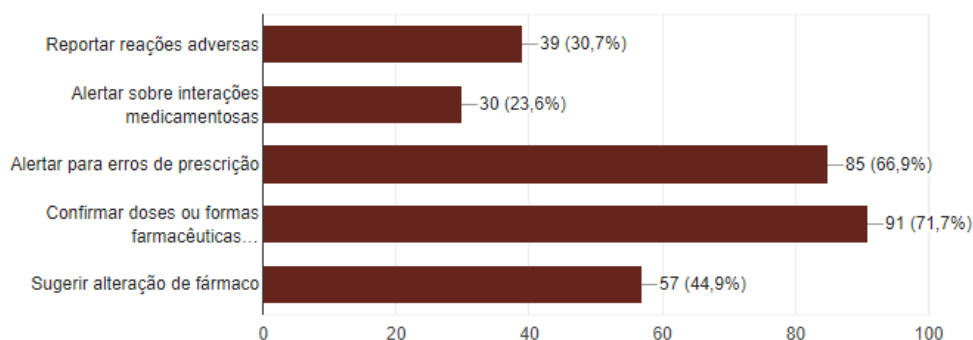


Gráfico 7 - Distribuição por assunto que geralmente leva ao contato com o outro profissional de saúde.

Tal como já foi referido anteriormente, a evolução e estabilidade das relações CWR implicam confiança nos conhecimentos do outro profissional de saúde, assim como compromisso e valorização de capacidades.

Numa escala crescente de 1 a 5, a avaliação “4” foi a mais selecionada, com 56,7%, ou seja, 72 inquiridos confere quase o valor máximo no que toca ao trabalho, capacidade

crítica e opinião do outro profissional. A pontuação máxima foi escolhida por 27,6% dos indivíduos (35) e a menos positiva não foi selecionada.

As avaliações de “2” e “3”, com 1,6% (2 indivíduos) e 14,2% (18 indivíduos), respetivamente, foram selecionadas apenas por médicos com exceção de uma avaliação “3” e maioritariamente por indivíduos com mais de 41 anos.

Esta falta de confiança no farmacêutico enquanto profissional de saúde por parte dos médicos pode estar diretamente relacionada com a falta de iniciativa e vontade de comunicar de ambas as partes (bidirecionalidade). Por um lado, os médicos não confiam plenamente no farmacêutico e, por outro, o farmacêutico não se sente valorizado.

Distribuição por grau crescente de confiança no trabalho, capacidade crítica e opiniões do outro profissional de saúde.

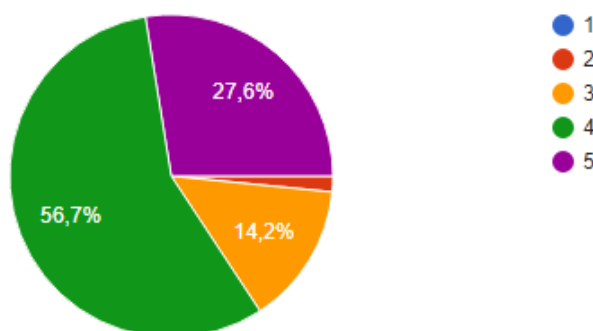


Gráfico 8 – Distribuição por grau crescente de confiança no trabalho, capacidade crítica e opiniões do outro profissional de saúde, sendo “1” a classificação menos positiva e “5” a que corresponde a confiança total.

Dos inúmeros pontos que afetam a comunicação, 56 inquiridos indicam a falta de tempo como principal fator, pertencentes na sua maioria à classe médica. Com igual número de respostas, 49, segue-se a falta de interesse por parte do outro profissional de saúde e a existência de experiências menos positivas anteriormente.

37 inquiridos, todos eles farmacêuticos, sentem que o outro profissional de saúde, neste caso os médicos, não respeita a sua profissão. Este ponto certamente desmotiva os farmacêuticos e contribui para contatos menos frequentes com o médico, muitas vezes acerca de assuntos de extrema relevância no momento da dispensa do medicamento e para o estado de saúde do doente.

Duas das opções foram assinaladas apenas por médicos: 18 consideram que não comunicam com frequência porque não há grande benefício para o exercício da sua profissão e 5 não confiam plenamente nos conhecimentos do outro profissional, neste caso do

farmacêutico. É de referir que, geralmente, os médicos que mais se relacionam com os farmacêuticos são os de clínica geral e o inquérito não especifica a área de especialidade, pelo que a resposta pode ser influenciada pelo facto de o inquirido não prescrever tantas receitas no seu dia-a-dia como um médico de família (exemplo: um médico obstetra). A falta de confiança pode justificar-se por experiências menos positivas anteriormente.

A pouca formação acerca de intercolaboração com outros profissionais de saúde e os benefícios que dela advêm durante o período de ensino traduzem-se muitas vezes em má comunicação e mal entendidos. No universo de 127 indivíduos, 7 admitem não saber como abordar o outro profissional de saúde. Atualmente, algumas unidades curriculares já incluem este tema, embora seja necessário melhorar perspetivas e considerar novas práticas para melhorar o estado de saúde e o serviço prestado ao doente.

Por fim, a opção “Outro (assunto)” foi selecionada por 3 indivíduos. Para além das opções dadas, um indivíduo indica dificuldade no meio de comunicação por não ser presencial, outro aponta o facto do outro profissional de saúde não ter tempo e o último faz notar que é frequente o médico já não se encontrar no local onde foi prescrita a medicação quando o tenta contatar, por trabalhar por turnos em vários locais ou esporadicamente nesse local.

Distribuição por pontos que afetam a comunicação com o outro profissional de saúde.

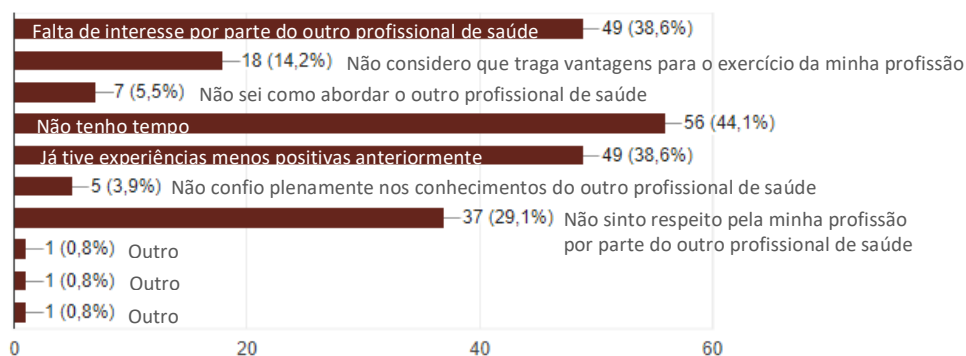


Gráfico 9 - Distribuição por pontos que afetam a comunicação com o outro profissional de saúde.

Tal como já foi referido no capítulo acerca de comunicação, os fatores psicológicos têm grande influência nas relações interpessoais. Sobre a questão relacionada com este assunto, a maioria dos inquiridos, 38,6% (49 indivíduos) refere que raramente ouve comentários desagradáveis ou sente que a sua opinião profissional foi desvalorizada ou

ignorada. A resposta “Às vezes”, 31,5% (40 indivíduos), é a segunda resposta mais assinalada, sobretudo por farmacêuticos. Segue-se a opção mais desejável, “Nunca”, com 26% das respostas (33 indivíduos). Ainda que farmacêuticos também tenham indicado que nunca sentiram que a sua opinião tenha sido desvalorizada, a opção foi maioritariamente selecionada por médicos. 5 indivíduos (3,9%), todos farmacêuticos e com idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos, escolheram a opção “Muitas vezes”. Nenhum indivíduo optou por “Sempre”.

Distribuição por frequência de comentários desagradáveis que ouviu ou vezes que sentiu que a sua opinião/sugestão foi ignorada ou desvalorizada pelo outro profissional de saúde.

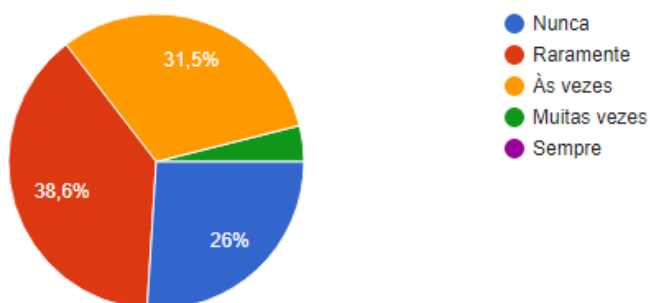


Gráfico 10 - Distribuição por frequência de comentários desagradáveis que ouviu ou vezes que sentiu que a sua opinião/sugestão foi ignorada ou desvalorizada pelo outro profissional de saúde.

A grande maioria dos profissionais de saúde inquiridos – 74,8% (95 indivíduos) – considera que uma boa comunicação entre médico e farmacêutico é uma mais-valia na escolha terapêutica, na gestão de recursos e no acompanhamento e evolução do estado de saúde do doente. Apenas 3,1% (4 indivíduos, todos médicos) considera o contrário e 22% (28 indivíduos) indica “Às vezes”.

Distribuição por opinião acerca de considerar que uma boa comunicação entre o médico e o farmacêutico é uma mais-valia na escolha da terapêutica, gestão de recursos, acompanhamento e evolução do estado de saúde do doente.

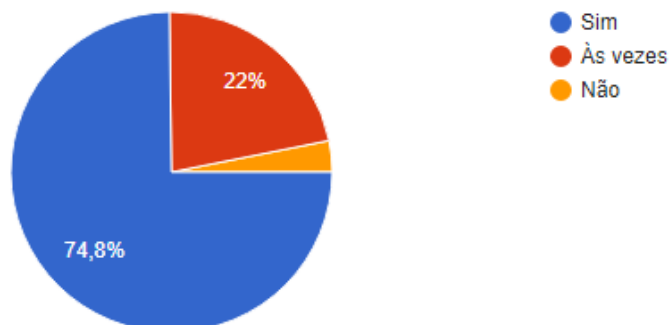


Gráfico 11 – Distribuição por opinião acerca de considerar que uma boa comunicação entre o médico e o farmacêutico é uma mais-valia na escolha da terapêutica, gestão de recursos, acompanhamento e evolução do estado de saúde do doente.

Na sequência da questão anterior, foi importante perceber se os profissionais de saúde tinham intenção de fomentar a intercolaboração e melhorar a comunicação no futuro, no sentido de otimizar a resposta ao doente. 82,7% (105 indivíduos) responderam afirmativamente. Trata-se de um valor bastante otimista, que revela perspetivas futuras mais positivas relativamente à comunicação entre farmacêuticos e médicos. Por outro lado, 22 indivíduos (17,3%) responderam que não. Destaca-se o facto de alguns profissionais terem considerado que a comunicação entre profissionais era uma mais-valia, mas na pergunta em questão terem respondido que não tinham intenção de melhorar no futuro. Estes mesmos profissionais, de ambas as profissões, pertencem a faixas etárias a partir dos 41 anos.

Distribuição por intenção de fomentar a intercolaboração entre profissionais de saúde e melhorar a comunicação no futuro.

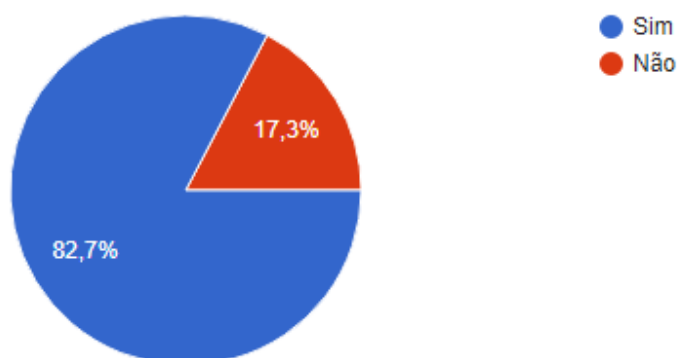


Gráfico 12 - Distribuição por intenção de fomentar a intercolaboração entre profissionais de saúde e melhorar a comunicação no futuro.

Vários estudos revelam que, geralmente, as pessoas se deslocam primeiro à farmácia para resolver problemas de saúde. Numa escala crescente de 1 a 5, 59 dos inquiridos (46,5%) considera que o Farmacêutico Comunitário tem um papel ativo e pode auxiliar o médico na monitorização e acompanhamento de doentes com doenças crónicas (diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outras). 37,8% (48 inquiridos) confere valor máximo da escala, 14,2% (18 indivíduos) fica-se pelo “3” e 1,6% (2 indivíduos) pontuam “2”. O valor mais baixo da escala não é selecionado.

Distribuição por grau crescente de importância do papel do farmacêutico comunitário na monitorização e acompanhamento de doentes crónicos.

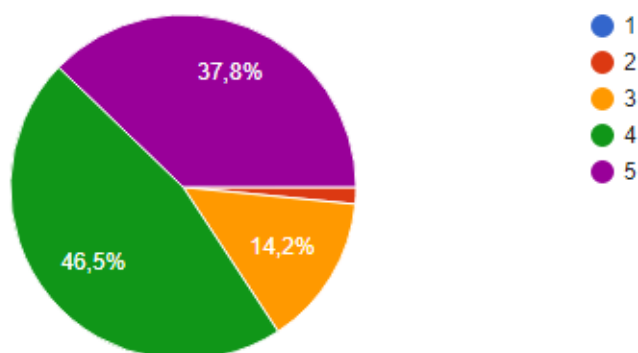


Gráfico 13 - Distribuição por grau crescente de importância do papel do farmacêutico comunitário na monitorização e acompanhamento de doentes crónicos.

A mesma questão aplicada ao Farmacêutico Hospitalar, no sentido de ser integrado nas Comissões de Ética e nas Equipas Multidisciplinares, já aponta para opiniões mais divergentes. A opção mais selecionada foi “4”, com 33,1% (42 indivíduos), seguida por “3”, com 29,1% (37 indivíduos). Um facto interessante da opção “3” é que esta é selecionada por bastantes farmacêuticos. Mais do que ser reconhecido e valorizado por outros profissionais, é de extrema importância que o farmacêutico se valorize a si próprio e conheça as suas capacidades para o poder transmitir aos outros.

21 profissionais de saúde (16,5%) optou por considerar grau “2” de importância. As percentagens mais baixas pertencem aos lados opostos da escala: “1” com 9,4% (12 indivíduos), todos médicos, e “5” com 11,8% (15 indivíduos).

Distribuição por grau crescente de importância da integração do farmacêutico hospitalar nas Comissões de Ética e Equipas Multidisciplinares

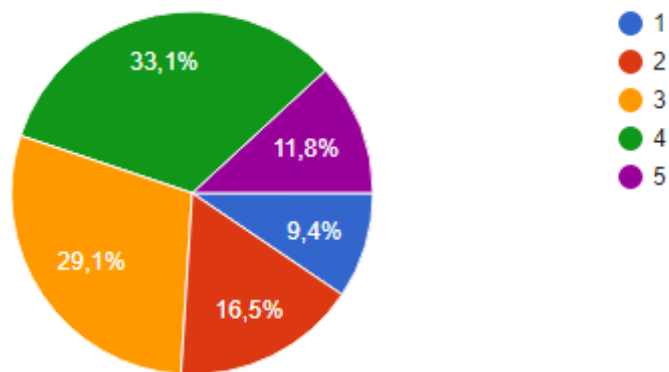


Gráfico 14 - Distribuição por grau crescente de importância da integração do farmacêutico hospitalar nas Comissões de Ética e Equipas Multidisciplinares

A última pergunta do inquérito, a única de resposta aberta e facultativa, pretendia dar mais liberdade aos inquiridos para expressar a sua opinião/impressão acerca do outro profissional de saúde antes de trabalhar diretamente com ele pela primeira vez. Foram dadas apenas 16 respostas, que no entanto complementam um pouco alguns pontos referidos ao longo da monografia e os dados obtidos do inquérito.

Tabela acerca de opiniões de médicos e farmacêuticos acerca da sua primeira impressão acerca do outro profissional de saúde.

Arrogantes
são e continuam a ser uma classe muito elitista
Não gostam particularmente de trabalhar em equipas multidisciplinares
cada um tem o seu papel: o diagnóstico e prescrição devem manter-se sempre restritos ao médico
O diagnóstico deve ser feito apenas pelo médico, pelo que o contato posterior é sempre feito pelo outro profissional em caso de dúvida.
Sempre acreditei serem profissionais de confiança.
Creio que em meio hospitalar é muito mais fácil abordar o médico e dar a conhecer as competências do farmacêutico
Bons profissionais
Boa
É difícil responder afastando a pouca experiência que tenho. De qualquer maneira sempre achei que trabalhar em colaboração só trás vantagens para o utente é que muito dos "problemas" na relação médico/farmacêutico dão relacionados com a interpretação do utente, daí preferir falar sempre com o médico em caso de dúvidas.
Boa impressão mas considero que O trabalho do farmacêutico é subvalorizado no seio da comunidade médica, por isso, a sua opinião não é valorizada e o seu papel na terapêutica do doente não é tida em conta. Na minha opinião, é importantíssimo que o farmacêutico tenha um papel na monitorização terapêutica, especialmente quando se tratam de doentes graves ou seja, no meio hospital (é o meu quotidiano).
Penso que ambos os profissionais colocam em primeiro lugar o utente.
Não tinham muita responsabilidade
Boa
Elementos que podem auxiliar a escolha terapêutica, mas nunca serem parte inicial desta.
Que seria uma relação muito difícil de fomentar.

Tabela 2 - Opiniões de médicos e farmacêuticos acerca da sua primeira impressão acerca do outro profissional de saúde.

9. DISCUSSÃO

Primeiramente, é importante referir algumas limitações do estudo para evidenciar que os dados obtidos não são representativos de toda a população em estudo – médicos e farmacêuticos. O número total de inquiridos começa por ser bastante reduzido, pelo que os dados não podem ser extrapolados para o universo de indivíduos que exercem farmácia ou medicina. Outro ponto a considerar é a escala utilizada no inquérito, que não considera situações específicas ou pontuais e generaliza com opções de resposta como “poucas vezes”, “muitas vezes”, “sim”, “não”, etc. Facultar opções mais abrangentes tornaria os dados mais fidedignos embora, o inquérito demasiado extenso. Por fim, o período de estudo deveria ter sido mais prolongado, pois possibilitaria obter um número superior de inquiridos e um número equivalente ou mais aproximado de profissionais de ambas as áreas.

Após a análise global e individual das respostas obtidas, verificaram-se algumas correlações e concordâncias com a literatura existente.

Segundo a Ordem dos Farmacêuticos e a Ordem dos Médicos, a maioria dos profissionais no ativo são do sexo feminino, o que se traduz no facto do maior número de respostas ao questionário serem dadas por mulheres.

Os indivíduos com mais de 16 anos de experiência são aqueles que registam mais opiniões negativas e desvalorização da profissão por parte do outro profissional, enquanto os mais novos mencionam mais contato com o outro profissional sempre que pertinente, um grau elevado de confiança e maior valorização das profissões.

Um dos assuntos que mais leva ao contato com o farmacêutico ou médico é o alerta para erros de prescrição, que se traduz numa intenção de os corrigir. Um contato prévio poderia evitar esses mesmos erros e reduzir tempo, custos, reações adversas e interações medicamentosas ao utente, que muitas vezes são obrigados a regressar ao médico para nova consulta.

De uma forma generalizada, apesar do elevado grau de confiança que os inquiridos assinalam no outro profissional, a comunicação entre o farmacêutico e o médico está muito aquém do desejável: são poucos contatos com outro profissional, a grande maioria é feito por iniciativa do farmacêutico, existe muita desvalorização após serem feitas sugestões, experiências menos positivas e falta de tempo. Ainda assim, a esmagadora maioria considera que a comunicação é uma mais-valia na escolha da terapêutica, gestão de recursos, acompanhamento e evolução no estado de saúde do doente, o que é um pouco contraditório. No mesmo seguimento, alguns profissionais consideram a comunicação vantajosa mas não têm intenção de fomentar a mesma no futuro.

Em nota pessoal, penso que, embora as respostas abertas não sejam significativas (16/127), refletem um pouco melhor a realidade entre médicos e farmacêuticos. Ainda se continua a falar de subvalorização do farmacêutico no seio da comunidade médica, cortesia excessiva perante a imagem do médico na sociedade e pouca vontade de trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde.

10. CONCLUSÃO

Ao longo do tempo, muitas têm sido as mudanças ao nível da comunicação, nas formas que esta assume, nas estratégias que são utilizadas e na importância que esta tem nas relações, quer pessoais, quer profissionais.

A comunicação entre o farmacêutico e o médico é, sem dúvida alguma, uma ferramenta relevante na prestação de cuidados de saúde ao doente. Os benefícios de uma boa comunicação abrangem não só o doente mas também os profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde.

Considerando o profundo envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, a necessidade dos cuidados de saúde prestados ao doente serem mais efetivos e direcionados é cada vez mais urgente. Por esse motivo, é importante comunicar, partilhar e utilizar os saberes de cada um da melhor forma para otimizar a terapêutica, reduzir custos associados ao tratamento para o doente, diminuir erros e o tempo dispensado na sua correção.

Atentando o modelo CWR e os resultados obtidos pelo inquérito realizado a farmacêuticos e médicos é claro que a comunicação entre profissionais de saúde pode e deve ser melhorada. Se a comunicação efetuada entre os indivíduos da amostra fosse avaliada segundo o modelo CWR, de uma forma generalizada e global, a etapa atingida seria apenas a de exploração e experiência (etapa 2), em que tanto o médico como o farmacêutico medem e testam a compatibilidade, expectativas, confiança e compromisso das relações estabelecidas.

O modelo CWR, que já é utilizado por outros profissionais de saúde a nível Europeu, nomeadamente enfermeiros, é uma boa estratégia a transmitir e desenvolver durante os anos de ensino superior. É necessário inverter o paradigma e passar das palavras para as ações. Apostar na formação da camada mais jovem é fundamental para transmitir hábitos de interajuda, comunicação e respeito pelas funções de cada um.

Futuramente, atentando a era tecnológica, seria interessante criar uma plataforma *online* de comunicação em que médicos e farmacêuticos poderiam trocar impressões, tirar dúvidas e dar a conhecer informações úteis, como por exemplo medicamentos esgotados ou retirados do mercado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A. H., Martins, A., Castro, F., Sério, H., Norte, J., Cruz, J., ... Costa, S. (2012). *Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década*. (Hollyfar, Ed.) (1ª Edição). Lisboa.
- Alves, A. (2011). Competências interpessoais em saúde: Comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar. Retrieved from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9585/3/RUN - Dissertação de Mestrado - Ana Isabel Alves.pdf>
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., ... Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Brock, K. A. K., & Doucette, W. R. W. (2004). Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*, 44(3), 358–365. <https://doi.org/10.1331/154434504323063995>
- Defleur, L., & Ball-Rokeach, S. (1993). Teorias da Comunicação de Massa, Jorge Zaha.
- Dias, M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura, 40, 201–219. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>
- Enes, C., & Balasteiro, S. (2016). Médicos chamam farmácias. *Revista Saúde*. Retrieved from <http://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Médicos-chamam-farmacias.aspx>
- Faustino dos Santos, C. (2013). A Comunicação com a equipa: que procedimentos adoptar para aumentar a produtividade. Retrieved from [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5853/Monografia_MICF_Cristina Santos_FINAL_2.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5853/Monografia_MICF_Cristina_Santos_FINAL_2.pdf?sequence=1)
- Figueiredo, I., Castel-Branco, M., Fernandez, F., & Caramona, M. (2014). O Farmacêutico Clínico - A evidência da sua intervenção. *Revista Da Ordem Dos Farmacêuticos*, 111.
- Gallagher, R. M., & Gallagher, H. C. (2012). Improving the working relationship between doctors and pharmacists: Is inter-professional education the answer? *Advances in Health Sciences Education*, 17(2), 247–257. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9260-5>

- Grego, C. (2013). Comunicação numa empresa de cariz farmacêutico: factores críticos de sucesso. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3912/Binder1.pdf?sequence=1>
- Gregory, P. A. M., & Austin, Z. (2016). Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Canadian Pharmacists Journal : CPJ = Revue Des Pharmaciens Du Canada : RPC*, 149(4), 236–45. <https://doi.org/10.1177/1715163516647749>
- Hughes, C. M., & McCann, S. (2003). Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: A qualitative assessment. *British Journal of General Practice*, 53(493), 600–606.
- Jacknin, G., Nakamura, T., Smally, A. J., & Ratzan, R. M. (2014). American Journal of Emergency Medicine Using pharmacists to optimize patient outcomes and costs in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2013.11.031>
- Kucukarslan, S., Lai, S., Dong, Y., Al-Bassam, N., & Kim, K. (2011). Physician beliefs and attitudes toward collaboration with community pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 7(3), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.07.003>
- Lambert, B. L. (1996). Face and politeness in pharmacist-physician interaction. *Social Science and Medicine*, 43(8), 1189–1198. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00370-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00370-3)
- Lambert, B. L. (1997). Pharmacist-Physician Communication: Advantages and Disadvantages of Being Direct, 7231(312), 1–15.
- Legislação Farmacêutica. (2015) (Portaria n). Diário da República, 1ª série - Nº 173.
- Lei n.º 34/XIII. (2016). Lei n.º 34/XIII. Assembleia da República. Retrieved from <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c31684a53556b76644756346447397a4c33427762444d304c56684a53556b755a47396a&fich=ppl34-XIII.doc&Inline=true>
- Liu, Y., Doucette, W. R., & Farris, K. B. (2010). Examining the development of pharmacist-physician collaboration over 3 months. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 6(4), 324–333. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2009.11.002>
- Lunenburg, F. C. (2010). Communication : The Process , Barriers , And Improving

- Effectiveness. *Schooling*, 1, 1–11.
- McDonough, R. P., & Doucette, W. R. (2001). Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. Continuing program on Value-Added Services for pharmacists. *J Am Pharm Assoc*, 41(5), 682–92.
- Mendes, D. (2010). 600 mil portugueses têm cinco doenças crónicas. *Jornal Diário de Notícias*. Retrieved from <https://www.dn.pt/portugal/interior/600-mil-portugueses-tem-cinco-doencas-cronicas-1557101.html>
- Nijjer, S., Gill, J., & Nijjer, S. (2008). Effective Collaboration between Doctors and Pharmacists. *Hospital Pharmacist*, 15(5), 179.
- Ramos, C. (2013). Barreiras e estímulos da comunicação interpessoal nas organizações. Retrieved from <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2843/2/9907500.pdf>
- Ribeiro da Silva, P. (2008). A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico, 4, 505–12.
- Salgado, R. (2008). O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 513–8. Retrieved from www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10532/1026
- Silvaggi, A., Nabhani-Gebara, S., & Reeves, S. (2017). Expanding pharmacy roles and the interprofessional experience in primary healthcare: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 110–111. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1249281>
- SOUZA, P. (2006). Elementos de Teoria e Pesquisa da Comunicação e dos Media, Porto, 2ª. Retrieved from <http://www.bocc.ubi.pt/pag/sousa-jorge-pedro-elementos-teoria-pequisa-comunicacao-media.pdf>
- Tarn, D. M., Paterniti, D. A., Williams, B. R., Cipri, C. S., & Wenger, N. S. (2009). Which providers should communicate which critical information about a new medication? Patient, pharmacist, and physician perspectives. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 462–469. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02133.x>
- Teixeira, M. M. (2017). 3ª Aula Prática de Comunicação e Prática Farmacêutica.

APÊNDICE I

Questionário sobre Comunicação entre Médico e Farmacêutico

Este questionário integra a Monografia final, intitulada “Comunicação entre Médico e Farmacêutico: Benefícios para o Doente”, para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

O questionário é anónimo e direccionado a médicos e farmacêuticos, com duração prevista de 5 minutos.

O objetivo é avaliar a comunicação entre o médico e o farmacêutico e, posteriormente, relacioná-la com a intercolaboração entre os profissionais de saúde e os benefícios para o doente.

Agradeço desde já a atenção e tempo dispensados!

Pergunta 1 – Indique o seu sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Pergunta 2 – Indique a sua faixa etária

- ☐ 22 – 30 anos
- ☐ 31 – 40 anos
- ☐ 41 – 50 anos
- ☐ 51 – 60 anos
- ☐ Mais de 61 anos

Pergunta 3 – Indique a sua profissão

- ☐ Médico
- ☐ Farmacêutico

Pergunta 4 – Há quanto tempo exerce a sua profissão?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 – 5 anos
- ☐ 6 – 10 anos
- ☐ 11 – 15 anos
- ☐ Mais de 16 anos

Pergunta 5 – Com que frequência comunica com o [médico/farmacêutico]?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Sempre que seja pertinente (por exemplo: reportar reações adversas e interações medicamentosas)

Pergunta 6 – Qual é o meio de comunicação preferencial que utiliza para comunicar com o [médico/farmacêutico]?

- ☐ Telefone
- ☐ Mail
- ☐ Pessoalmente
- ☐ Outro

Pergunta 7 – Selecione o/s assunto/s que geralmente leva/m ao contato com o [médico/farmacêutico].

- ☐ Reportar reações adversas
- ☐ Alertar sobre interações medicamentosas
- ☐ Alertar para erros de prescrição
- ☐ Confirmar doses ou formas farmacêuticas de determinado doente
- ☐ Sugerir alteração de fármaco
- ☐ Outros

Pergunta 8 - Numa escala crescente de 1 a 5, sendo que "1" corresponde a "nenhuma" e "5" a "toda", qual o seu grau de confiança no trabalho, capacidade crítica e opiniões do [médico/farmacêutico]?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Pergunta 9 - Selecione o/s ponto/s que afeta/m a sua comunicação com o [médico/farmacêutico].

- ☐ Falta de interesse por parte do outro profissional de saúde
- ☐ Não considero que traga vantagens para o exercício da minha profissão
- ☐ Não sei como abordar o outro profissional de saúde
- ☐ Não tenho tempo
- ☐ Já tive experiências menos positivas anteriormente
- ☐ Não confio plenamente nos conhecimentos do outro profissional de saúde
- ☐ Não sinto respeito pela minha profissão por parte do outro profissional de saúde
- ☐ Outros

Pergunta 10 - Alguma vez ouviu comentários desagradáveis ou sentiu que a sua opinião e/ou recomendação foi/foram totalmente desvalorizada/s ou ignorada/s pelo [médico/farmacêutico] após o abordar?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Sempre

Pergunta 11 – Considera que uma boa comunicação entre médico e farmacêutico é uma mais-valia na escolha da terapêutica, gestão de recursos, acompanhamento e evolução do estado de saúde do doente?

- ☐ Sim
- ☐ Às vezes
- ☐ Não

Pergunta 12 - Na sequência da pergunta anterior, é sua intenção fomentar a intercolaboração entre profissionais de saúde e melhorar a comunicação com o [médico/farmacêutico] no futuro?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Pergunta 13 – A Farmácia é, muitas vezes, o primeiro espaço de saúde ao qual o doente se dirige. Numa escala de 1 a 5, sendo que "1" corresponde a "não concordo" e "5" a "concordo totalmente", considera que o Farmacêutico Comunitário tem um papel ativo e pode auxiliar o médico na monitorização e acompanhamento de doentes com doenças crónicas (diabetes, DPOC, asma, HTA)?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Pergunta 14 - Sendo "5" a opção que confere maior grau de importância, considera que a integração do Farmacêutico nas Comissões de Ética e nas Equipas Multidisciplinares de âmbito hospitalar é:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Pergunta 15 – Antes de trabalhar diretamente com um médico/farmacêutico pela primeira vez, qual era a sua impressão/opinião acerca destes profissionais de saúde?

Texto de resposta curta