



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Plantas medicinais: um estudo etnobotânico em
alguns concelhos do distrito de Vila Real**

**Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

Magda Sofia Afonso Ribeiro

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof^a. Doutora Ana Paula Duarte

Covilhã, outubro de 2017

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcances não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Duarte, que com toda a sua mestria, dedicação e compreensão, abraçou comigo este projeto, sendo um contributo essencial para a sua consecução.

A toda a equipa dos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, nomeadamente à Doutora Almerinda Alves, à Doutora Suzanne, à Doutora Ana Sofia e à Doutora Rita, que me mostraram que a dedicação e a perseverança são essenciais na profissão farmacêutica. A toda a equipa técnica da Farmácia Montezelos. Para se ser farmacêutica não basta apenas conhecer os medicamentos e as patologias, é preciso conhecer o doente e trata-lo acima de tudo como um ser humano e, por vezes, atravessar a barreira imposta pelo balcão nos torna profissionais melhores. São sem dúvida o meu melhor exemplo enquanto profissionais e equipa.

Aos meus pais, que me deram a liberdade para voar, para poder ser o que quis ser, que são o meu porto seguro e onde sei que por mais voltas que a vida dê vou encontrar sempre os braços abertos.

À Sandra, a minha companheira de guerra e a amizade mais antiga que o tempo me deu, que me ouviu todas as horas e que acreditou sempre em mim. Há amizades que nem o tempo apaga, a nossa é uma delas.

À Sara, a outra metade da dupla, a amiga que partilhou comigo os bons momentos e os dissabores que são estar fora de casa e fazer um curso universitário. Juntas rimos e choramos sempre com a certeza de que estávamos presentes uma para a outra. É a melhor amizade que levo destes cinco anos.

Ao Alex, que provou que é na adversidade que os verdadeiros amigos se mostram. A ele agradeço-lhe por ter sempre uma palavra de amizade para me dar. É um dos melhores amigos que a universidade me permitiu conhecer.

Ao Miguel, o conselheiro e amigo que durante cinco anos não falhou um dia nem um minuto, e mesmo que tenha seguido um caminho diferente, continuou a estar presente e a ter sempre uma palavra de consolo nos momentos certos. Se foi fácil chegar aqui foi graças a ele.

À Ana Marta e à Mafalda, as duas “*mosqueteiras*” do quarteto e que me ensinaram que diversão, dedicação, ambição, amizade e coração fazem parte da mesma equação. Ao Diogo que conseguiu pôr-me sempre um sorriso na cara mesmo que o momento fosse difícil. Ele é o exemplo vivo que mesmo quando achamos que já não há mais nada, podemos sempre reinventarmo-nos e voltarmos mais fortes. À Marta, para quem espero ter sido um exemplo e que me ensinou que ser madrinha é muito mais que emprestar *dossiers* e livros, é apoiar, compreender e amparar quedas.

Por último à Covilhã, Cidade Neve, que me acolheu nestes cinco anos e que me vê agora partir mais independente, mais certa de mim mesma e do que quero ser. A cidade aonde quero sempre voltar e a cidade que me mostrou que o melhor está sempre por vir.

Resumo

Com o intuito de criar profissionais de saúde cada vez mais informados a elaboração de uma dissertação de mestrado e de relatórios subordinados ao estágio curricular, é uma parte integrante do plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Universidade da Beira Interior. Assim, metodologicamente este trabalho divide-se em três capítulos.

O **primeiro capítulo**, inserido na vertente de investigação, surge como resultado da elaboração de trabalho de campo mediante a realização de entrevistas com um inquérito etnobotânico semiestruturado. A utilização de plantas medicinais, devido às suas virtudes curativas, e a transmissão do conhecimento associado às suas características foi divulgado entre as mais antigas civilizações. Tal como em todo o continente Europeu, Portugal tem enraizadas culturas e costumes de medicina tradicional que foram transmitidos ao longo de gerações. Atualmente, é na sociedade rural que estes conhecimentos ainda se encontram enraizados, daí ser fundamental a realização de trabalho de recolha de informações que permitam preservar os conhecimentos ancestrais associados à utilização das plantas. A etnobotânica, apresenta-se, assim, como uma ciência multidisciplinar que visa o estudo da interação entre o homem e a planta, incluindo as influências que as plantas desempenham na vida do homem. Este conhecimento da utilização que o homem dá às plantas pode desempenhar um papel muito importante para o desenvolvimento de novos fármacos. Deste modo, é importante que ocorra a integração do conhecimento obtido através de estudos etnobotânicos com o obtido através de estudos fitoquímicos e farmacológicos, permitindo não apenas o desenvolvimento de novos fármacos, mas também demonstrar o valor de algumas plantas, alertar para efeitos secundários que lhes possam estar associados, e ainda preservar o conhecimento etnográfico do povo de determinada região.

O estudo desta dissertação de mestrado, incidiu sobre cinco concelhos do distrito de Vila Real, inserido na região de Trás-os-Montes e Alto Douro. Foram realizadas 100 entrevistas, que ocorreram maioritariamente em aldeias, feiras e mercados que decorrem nesta região do país em dias específicos. A análise estatística demonstrou que 78% dos entrevistados eram do género feminino, habitantes de zonas rurais e com uma idade média de 61 anos, o que revelou estar de acordo com o perfil dos entrevistados relatado na literatura consultada. Com as entrevistas foram registadas características de 29 plantas diferentes distribuídas por 23 famílias. As plantas medicinais mencionadas pelos entrevistados tinham como principais fins farmacológicos o tratamento de doenças do sistema digestivo, do sistema respiratório, doenças da pele e do sistema urinário. De uma forma geral, todos os entrevistados mencionaram a infusão e decocção como forma de administração das plantas mencionadas. Dada a quantidade de vezes mencionadas são de destacar a erva-cidreira, a tília, a carqueja, a videira, o milho e as malvas, cujas utilizações dadas na medicina popular

são corroboradas pela literatura existente. A erosão do conhecimento etnobotânico verificado durante a realização das entrevistas vem mais uma vez demonstrar a importância da realização deste género de estudo enquanto forma não apenas de preservar o conhecimento etnográfico de uma região, mas também enquanto força motriz para o desenvolvimento de novos medicamentos.

Os **segundo e terceiro capítulos** correspondem aos relatórios de estágio realizados no âmbito da farmácia hospitalar e da farmácia comunitária, respetivamente. O estágio curricular em farmácia hospitalar, realizado no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, foi importante para o aumento da consciencialização da importância do farmacêutico em ambiente hospitalar. Por outro lado, o estágio em farmácia comunitária, realizado na Farmácia Montezelos em Vila Real, permitiu desenvolver as relações humanas e interpessoais necessárias para o relacionamento farmacêutico-utente. De uma forma geral, ambos os estágios curriculares tiveram como denominador comum a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do MICF e a aquisição de novos conhecimentos essenciais para o crescimento enquanto futura profissional farmacêutica.

Palavras-chave

Etnobotânica, Etnofarmacologia, Trás-os-Montes e Alto Douro, Farmácia Hospitalar, Farmácia Comunitária.

Abstract

In order to create more informed health professionals, the preparation of a master's degree dissertation and reports subordinated to the curricular internship is an integral part of the study plan of the Integrated Masters in Pharmaceutical Sciences (MICF) of the University of Beira Interior. Thus, methodologically, this work is divided into three chapters.

The first chapter, inserted in the research section, arises as a result of the fieldwork through interviews, with a semi-structured ethnobotanical survey. The use of medicinal plants, due to their curative virtues, and the transmission of knowledge associated to their characteristics was revealed among the oldest civilizations. As in the whole European continent, Portugal has deep-rooted cultures and customs of traditional medicine that have been passed along generations. It is nowadays in rural society that this knowledge is still embedded; hence it is fundamental to carry out work to gather information to preserve the ancestral knowledge associated with the use of plants. Ethnobotany thus presents itself as a multidisciplinary science that seeks to study the interaction between man and the plant, including the influences that plants play in human's life. This knowledge of man's use of plants can play a very important role in the development of new drugs. Thus, it is important to integrate the knowledge obtained through ethnobotanical studies with that obtained through phytochemical and pharmacological studies, allowing not only the development of new drugs, but also the demonstration of the value of some plants, to alert to side effects that can be associated, and still preserve the ethnographic knowledge of a certain region.

The study of this master's thesis focused on five counties of the district of Vila Real, inserted in the region of *"Trás-os-Montes e Alto Douro"*. There were 100 interviews, which occurred mostly in villages, fairs and markets that take place in this region of the country on specific days. Statistical analysis showed that 78% of the interviewees were female, living in rural areas and with a mean age of 61 years, which was in accordance with the profile of the interviewees reported in the consulted literature. With the interviews were registered characteristics of 29 different plants distributed by 23 families. The medicinal plants mentioned by the interviewees had as main pharmacological purposes the treatment of diseases of the digestive system, the respiratory system, the urinary system, and skin diseases. In general, all the interviewees mentioned the infusion and decoction as a form of administration of the mentioned plants. Given the number of times stated, it is worth mentioning the lemon balm, the linden tree, the *"carqueja"*, the vine, the corn and the mallows, whose uses given in folk medicine are supported by the existing literature. The erosion of the ethnobotanical knowledge verified during the interviews once again demonstrates the importance of carrying out this type of study as a way of preserving the ethnographic knowledge of a region and as a driving force for the development of new medicines.

The **second** and **third chapters** correspond to the internship reports carried out within the scope of the hospital pharmacy and community pharmacy, respectively. The curricular internship in hospital pharmacy, carried out at “*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE*”, was important to increase the awareness of the pharmacist's importance in hospital environment. On the other hand, the internship in community pharmacy, held at “*Farmácia Montezelos*” in Vila Real, allowed the development of the human and interpersonal relationships required for the pharmaceutical-user relationship. In general, both curricular stages had as a common denominator the application of the knowledge acquired throughout the MICF and the acquisition of new knowledge essential to grow as a future pharmaceutical professional.

Keywords

Ethnobotany, Ethnopharmacology, Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital Pharmacy, Community Pharmacy.

Índice

Lista de Figuras	xix
Lista de Tabelas	xxi
Lista de Acrónimos	xxiii

Capítulo I - Plantas medicinais: um estudo etnobotânico em alguns concelhos do distrito de Vila Real

1. Introdução	1
1.1 A Etnobotânica enquanto disciplina científica	4
1.2 Importância dos Estudos Etnobotânicos nos Recursos Farmacológicos	5
1.3 Estudos Etnobotânicos na Península Ibérica	6
1.4 Caracterização da Área de Estudo	7
2. Objetivos	9
3. Material e Métodos	9
3.1 Pesquisa Bibliográfica	9
3.2 Entrevistas	10
3.2.1 Fundamentos teóricos da entrevista e elaboração do inquérito	10
3.2.2 Recolha de dados	10
3.3 Tratamento de dados	11
4. Análise de dados	11
4.1 Informação Identificativa	11
4.2 Informação Etnobotânica	12
4.3 Opinião sobre a utilização de plantas com fins medicinais	18
5. Discussão dos Resultados	21
5.1 Caracterização dos Entrevistados	21
5.2 Informação Etnobotânica	22
5.2.1 Parte utilizada, forma de administração e preparação dos recursos	27
5.3 O conhecimento etnobotânico dos entrevistados	28
6. Conclusão	28
Referências Bibliográficas	30

Capítulo II - - Estágio em Farmácia Hospitalar: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Unidade de Vila-Real

Introdução	33
1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	34
1.1 História e Caracterização	34

1.2	Missão, Objetivo e Valores	34
2.	Serviços Farmacêuticos Hospitalares	35
2.1	Planificação dos Serviços Farmacêuticos de Vila Real	36
2.1.1	Localização dos Serviços Farmacêuticos	36
2.1.2	Espaço Físico	36
2.1.3	Recursos Humanos	37
2.1.4	Horário de Funcionamento	37
2.1.5	Sistema Informático	38
3.	Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos	38
3.1	Aprovisionamento	38
3.2	Sistemas e Critérios de Aquisição	39
3.3	Receção e Conferência de Produtos Adquiridos	40
3.4	Armazenamento	41
3.4.1	Armazenamento Geral	42
3.4.2	Armazenamento Especial	42
4.	Distribuição	43
4.1	Distribuição Clássica	44
4.2	Reposição por <i>Stocks</i> Nivelados	45
4.3	Distribuição Personalizada	46
4.3.1	Distribuição Personalizada de Hemoderivados	46
4.3.2	Distribuição Personalizada de Estimulantes da Hematopoiese (Eritropoetinas)	47
4.3.3	Distribuição Personalizada de Medicamentos que não constam no Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento	48
4.4	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária	48
4.5	Distribuição a Doentes em Ambulatório	49
4.5.1	Distribuição a Doentes em Ambulatório: Hepatite C	50
5.	Produção e Controlo	51
5.1	Preparação de Formas Farmacêuticas Não Estéreis	52
5.1.1	Reembalagem de doses unitárias sólidas	52
5.1.2	Preparação de Doses Individuais e Específicas	52
5.1.3	Medicamentos Manipulados	53
5.2	Produção de Formas Farmacêuticas Estéreis	53
5.2.1	Medicamentos Citotóxicos	54
5.2.2	Preparação de Nutrição Parentérica	56
6.	Informação Sobre Medicamentos e Atividades de Farmácia Clínica	56
6.1	Informação Passiva e Informação Ativa	56
6.2	Erros de Medicação	57
7.	Farmacovigilância	57
8.	Ensaio Clínicos	58

9. Farmacocinética Clínica: monitorização de fármacos na prática clínica	60
10. Comissões Técnicas	60
10.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica	60
10.2 Comissão de Ética	61
10.3 Grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	62
11. Outras Atividades	62
Considerações Finais	63
Referências Bibliográficas	65

Capítulo III - Estágio em Farmácia Comunitária: Farmácia Montezelos, Vila Real

Introdução	68
1. Organização da Farmácia	68
1.1 Localização e Horário de Funcionamento	69
1.2 Perfil dos Utentes	69
1.3 Recursos Humanos	69
1.4 Espaço Físico da Farmácia	70
1.4.1 Espaço Exterior	70
1.4.2 Espaço Interior	71
1.5 Recursos Informáticos	73
2. Informação e Documentação Científica	73
3. Medicamentos e Outros Produtos de Saúde	74
4. Aprovisionamento e Armazenamento	75
4.1 Critérios de Seleção do Fornecedor	75
4.2 Ficha de Produto e Ponto de Encomenda	76
4.3 Receção e Conferência de Encomendas	77
4.3.1 Marcação de preços	78
4.4 Critérios e Condições de Armazenamento	79
4.5 Controlo dos Prazos de Validade	79
4.6 Gestão de Devoluções	80
5. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento	81
5.1 Farmacovigilância	82
5.2 VALORMED	83
6. Aconselhamento e Dispensa de Medicamentos	83
6.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica e Modelos de Receita Médica	83
6.1.1 Receita Médica Sem Papel	84
6.2 Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	85
6.2.1 Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial	87

6.3 Regimes de Comparticipação	88
6.3.1 Regime Geral de Comparticipação	88
6.3.2 Regime Especial de Comparticipação	88
6.3.3 Outros Regimes de Comparticipação	89
6.4 Vendas Suspensas	89
6.5 Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	89
7. Automedicação	90
8. Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde	91
8.1 Produtos de Dermocosmética e Higiene Corporal	91
8.2 Produtos Dietéticos para Alimentação Especial	92
8.3 Produtos Dietéticos Infantis	92
8.4 Produtos de Fitoterapia e Suplementos Nutricionais	93
8.5 Medicamentos de Uso Veterinário	94
8.6 Dispositivos Médicos	94
9. Outros Cuidados de Saúde Prestados na Farmácia Montezelos	95
9.1 Medição de Peso e Altura	96
9.2 Medição da Tensão Arterial	96
9.3 Medição da Glicémia	97
9.4 Medição do Colesterol Total e Triglicéridos	98
9.5 Administração de Injetáveis	99
10. Preparação de Medicamentos	99
11. Contabilidade e Gestão	101
11.1 Processamento do receituário e faturação	101
11.2 Gestão de Recursos Humanos e Formação Contínua	102
12. Outras Atividades	102
Considerações Finais	103
Referências Bibliográficas	104
Anexos	
Anexo I	107
Anexo II	108
Anexo III	116
Anexo IV	117
Anexo V	118
Anexo VI	119
Anexo VII	120
Anexo VIII	121
Anexo IX	122

Anexo X	133
Anexo XI	135
Anexo XII	137
Anexo XIII	138

Lista de Figuras

- Figura 1** Representação sobre o costume das pessoas em frequentar feiras / mercados / lojas que vendem produtos de origem natural com fins medicinais.
- Figura 2** Informação sobre conhecimento / utilização de alguma planta com fim medicinal.
- Figura 3** Frequências relativas das 10 plantas medicinais mais mencionadas.
- Figura 4** Análise de Correspondências Simples entre as plantas conhecidas e concelhos.
- Figura 5** Representação das famílias das plantas conhecidas / utilizadas com fins medicinais.
- Figura 6** Outras utilizações das plantas mencionadas.
- Figura 7** Frequência de utilização das plantas mencionadas.
- Figura 8** Forma de obtenção das plantas mencionadas.
- Figura 9** Forma de obtenção do conhecimento.
- Figura 10** Informação sobre o responsável pelo ensino deste género de conhecimento.
- Figura 11** Erva Cidreira (*Melissa officinalis*).
- Figura 12** Tília (*Tilia cordata*).
- Figura 13** Carqueja (*Pterospartum tridentatum*).
- Figura 14** Videira (*Vitis vinífera*).
- Figura 15** Milho (*Zea mays*).
- Figura 16** Malva (*Malva sylvestris*).

Lista de Tabelas

Capítulo I

- Tabela 1** Tabela de frequências e estatísticas descritivas da informação identificativa.
- Tabela 2** Tabela de frequências das plantas com fins medicinais conhecidas / utilizadas.
- Tabela 3** Tabela de frequências do fim farmacológico das plantas com fins medicinais conhecidas / utilizadas.
- Tabela 4** Tabela de frequências da parte(s) da planta(s) utilizadas com fins medicinais.
- Tabela 5** Tabela de frequências da forma de administração das plantas com fins medicinais conhecidas / utilizadas
- Tabela 6** Tabela de frequências de outras utilizações dadas às plantas medicinais.
- Tabela 7** Tabela de frequências da opinião sobre os conhecimentos etnobotânicos.
- Tabela 8** Comparação da opinião sobre o uso de plantas com fins medicinais em função dos clusters.

Capítulo III

- Tabela 9** Classificação dos Dispositivos Médicos.
- Tabela 10** Classificação dos valores da pressão arterial.
- Tabela 11** Classificação dos valores de glicémia.
- Tabela 12** Classificação dos valores de colesterol total e triglicéridos.

Lista de Acrónimos

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AO	Assistentes Operacionais
ARS-Norte	Área Regional de Saúde do Norte
AT	Assistente Técnico
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
AUE	Autorização de Utilização Especial
CAUL	Certificado de Autorização de Utilização do Lote de Fabrico
CFLV	Câmara de Fluxo Laminar Vertical
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHTMAD	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
CNFT	Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DSNA	Direção de Serviços de Nutrição e Alimentação
EMA	Agência Europeia do Medicamento
EPE	Entidade Pública Empresarial
FEFO	<i>First expire First out</i>
FH	Farmacêutico(s) Hospitalar(es)
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento
FIFO	<i>First in First out</i>
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED, I.P	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P
IPMA	Instituto Português do Mar e Atmosfera
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MM	Medicamentos Manipulados
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PVF	Preço de Venda à Farmácia ou Preço de Faturação
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SF	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS IBM	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UCPC	Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos
UIDI	Unidade de Isolamento de Doenças Infeciosas
URF	Unidades Regionais de Farmacovigilância

Capítulo I - Plantas medicinais: um estudo etnobotânico em alguns concelhos do distrito de Vila Real

1. Introdução

Desde o início da humanidade que a procura de medicamentos nas substâncias de origem vegetal, animal e mineral para providenciarem a cura para determinadas doenças, constituiu uma força motriz para o ser humano. No entanto, o reino vegetal, em particular, mostrou ser o de maior interesse nessa procura (1). O hábito de recorrer às virtudes curativas de determinadas plantas foi criado, divulgado e transmitido entre as mais antigas civilizações conhecidas, podendo considerar-se uma das primeiras manifestações do antiquíssimo esforço do homem para compreender e utilizar a natureza como resposta a uma das suas mais antigas preocupações: a que é originada pela doença e pelo sofrimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 80% da população dos países em desenvolvimento ainda utiliza tradicionalmente as plantas medicinais como o principal recurso na saúde (2). Além disso, o aumento do consumo individual de medicamentos, que se observa em todo o Mundo nos últimos anos, tem originado um interesse renovado e crescente pelas plantas medicinais e um retorno às fontes naturais para o tratamento de doenças emergentes e reemergentes (2).

O continente europeu, ancestral em práticas e costumes, tem uma história de transmissão do conhecimento de práticas médicas que atravessa fronteiras geográficas, culturais e linguísticas. Na Idade Média (500-1400 DC), as necessidades médicas diárias eram atendidas em casa, ao passo que os cuidados mais críticos eram oferecidos em estabelecimentos religiosos, como mosteiros, onde os jardins à base de ervas foram utilizados para cultivo e manutenção de muitas plantas medicinais com carácter importante. Com as descobertas marítimas, novas espécies foram introduzidas no quotidiano da medicina tradicional europeia. Apesar de muitas das plantas medicinais atualmente populares na medicina tradicional terem sido utilizadas durante séculos, as formas como são usadas são muitas vezes diferentes das documentadas historicamente. Para além disso, a forma de preparação e a aplicação dada a estas plantas varia consoante as regiões geográficas e os costumes culturais, facto apoiado pela literatura etnobotânica existente sobre a Europa (3).

A forma como as plantas medicinais são utilizadas na medicina tradicional tem sido transmitida de geração em geração, oralmente, sendo que existe apenas alguma documentação escrita disponível. Tal como em outras partes da Europa, Portugal tem enraizadas práticas de medicina popular que foram difundidas, entre gerações, ao longo dos séculos. O fluxo migratório observado entre as décadas de 50 e 70, nomeadamente da população jovem do nordeste português, sobretudo na região de Trás-os-Montes e Alto Douro,

tornou as zonas rurais altamente envelhecidas. Aliado a este facto o isolamento que se verifica nesta região do país, levou os habitantes a serem autossuficientes e, apesar da existência de médicos qualificados, o recurso à utilização de plantas, enquanto prática de saúde, tornou-se um costume tradicional devido à sua simplicidade e baixo custo, quando comparado com os medicamentos industriais (4).

É na sociedade rural que agricultores e pastores mantêm vivas as tradições do uso criativo das plantas, nomeadamente nas propriedades que cultivam. Muitas destas plantas têm sido utilizadas para fertilizar os solos, coalhar o leite, preparar medicamentos para os animais e lavar feridas resultantes da sua atividade diária. Se, por um lado, os homens dominam os conhecimentos relativos à utilização das plantas para a construção, pastorícia e outras atividades mais árduas, por outro lado a mulher, mais ligada ao bem-estar da família, domina os conhecimentos relativos a estratégias tradicionais de saúde que utilizam as plantas medicinais (3).

As mulheres desempenham, assim, um papel fundamental na conservação do conhecimento relativo à aplicação das plantas com fim medicinal. Porém, existem alguns homens especialistas, os denominados pela população em que estão inseridos de “curandeiros”, e que, mais no passado que na atualidade, tiveram um papel fundamental na disseminação do conhecimento etnobotânico e nas práticas de medicina popular que recorrem às plantas (3). Na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, o expoente máximo é o Padre Fontes que considerada a prática da medicina popular uma característica da “*etnografia transmontana*” (sic na palestra realizada na abertura do Congresso de Medicina Popular, Vilar de Perdizes, setembro de 2017).

Ao longo dos anos as plantas desta região do país têm sido utilizadas para o tratamento de pneumonias, diarreia, distúrbios intestinais, pressão arterial alta, feridas, hematomas ou dores musculares. O recurso a remédios caseiros é maioritariamente feito no tratamento de distúrbios digestivos, respiratórios e cutâneos, ao passo que a preparação de loções e óleos especializados são elaborados por “curandeiros” e “mulheres sábias” a pedido da população (3).

Na década de 60, a industrialização cria profundas transformações no estilo de vida das sociedades rurais, deixando de se praticar uma economia de subsistência em prol de uma economia para um mercado orientado. Porém, os jovens que permaneceram e que não embarcaram no fluxo migratório da época rejeitaram a sabedoria tradicional constituindo uma importante perda do conhecimento tradicional (3). As mudanças nos hábitos de trabalho levaram a um declínio da atividade física diária, enquanto os padrões alimentares se deslocaram para o consumo excessivo de determinados grupos alimentares, confluindo para o aparecimento de doenças multifatoriais relacionadas com a idade e o estilo de vida (5).

Atualmente, uma parte da população vê na utilização de plantas medicinais uma forma adjuvante e mais holística de lidar com doenças crónicas e doenças infecciosas. Esta perceção é paralela ao progresso nas abordagens farmacológicas feitas às plantas, que permitiram que as propriedades sinérgicas dos produtos à base de plantas medicinais

perdessem o rótulo de “charlatanismo” que lhes estava conotado, uma vez que adquiriam uma base sólida de evidências (5).

Torna-se, pois, evidente a importância que as plantas têm na vida das populações rurais. Mais que um suporte material para satisfazerem as suas necessidades fisiológicas, estas cumprem também uma função importante na caracterização da identidade de um povo (6). Com o passar dos anos, a modernização que se verificou na zona de Trás-os-Montes e Alto Douro, onde decorreu o estudo do presente trabalho, muito do património associado às práticas médicas utilizando plantas medicinais, foi-se perdendo.

Uma vez que a etnobotânica tem uma aceção claramente multidisciplinar, tornou-se essencial elaborar um estudo que desse resposta a algumas das áreas do conhecimento científico que constituem a etnobotânica e integrar esses mesmos conhecimentos. Para tal, foi fundamental a divisão metodológica deste trabalho em quatro partes essenciais: uma primeira parte que fizesse a contextualização teórica de todo o tema que é a etnobotânica, uma segunda parte que se pautou pela realização de trabalho de campo com a realização de entrevistas, mediante um inquérito semiestruturado, uma terceira parte que visa o tratamento dos dados relativos a entrevistas realizada e por último, uma quarta parte, onde se pretende ver cumpridos os objetivos propostos no tema dois, mediante a análise dos resultados obtidos no tratamento de dados.

Ao longo das entrevistas realizadas para esta dissertação de estrado, foi possível constatar que as referências a plantas estão presentes em muitos aspetos do património cultural, nomeadamente em determinados rituais e superstições, que muitas das populações ainda mantêm até aos dias de hoje. Um exemplo vivo deste património é a realização das míticas feiras tradicionais de Vilar de Perdizes cujo principal objetivo é manter a transmissão da utilização, principalmente a medicinal, dada às plantas pertencentes à flora desta região do país (4).

Os estudos etnobotânicos são essenciais para a preservação do património etnográfico, associado à relação homem-planta, permitindo, assim, a conservação do património cultural e das técnicas tradicionais associadas ao uso das plantas (6,7).

O distrito de Vila Real, que se encontra inserido na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, apresenta uma taxa significativa de emigração. A existência de zonas rurais isoladas com população maioritariamente envelhecida, torna este distrito uma área elegível para a realização de um estudo etnobotânico. Para além disso, a estrutura social e territorial deste distrito permite avaliar dois pontos de vista distintos nesta temática: o que concerne ao habitante das zonas rurais, maioritariamente idoso e que mantém o conhecimento antepassado da utilização das plantas medicinais, e o que concerne ao habitante das zonas urbanas, que devido ao êxodo rural foi-se afastando dos conhecimentos antropológicos ancestrais associados ao uso das técnicas de medicina tradicional com base nas plantas.

1.1 A Etnobotânica enquanto disciplina científica

Para Balick e Cox (7), a capacidade de compreender a relação entre as sociedades humanas e as plantas apenas era possível mediante uma abordagem interdisciplinar que permitisse integrar conhecimentos de áreas como a antropologia, arqueologia, botânica, química, ecologia, farmacologia e psicologia.

A interação entre as plantas e o homem foi o ponto de partida para o aparecimento de campos científicos que permitiram a análise desta interação. Foi em 1896 que o termo “etnobotânica” surgiu pela primeira vez com o botânico, John W. Harsberger (8). A sua definição foi originalmente aplicada ao estudo do relacionamento utilitário (incluindo o uso para fins medicinais) entre o ser humano e as plantas num ambiente primitivo. Mais tarde este conceito evoluiu num sentido mais amplo, abrangendo não apenas o relacionamento utilitário, mas também o relacionamento simbólico, cognitivo e ecológico entre o homem e a planta no ambiente moderno (9). Enquanto disciplina, a etnobotânica tem as suas raízes na botânica económica e colonial, sendo que ao longo da história comerciantes e exploradores referem o uso das plantas por povos indígenas, quer por razões económicas, quer por razões relacionadas com a sua aplicação enquanto benefício para a saúde (10). Na verdade, a própria etimologia da palavra remete para a sua definição: “*etno*”, o estudo das pessoas e “*botânica*”, o estudo das plantas (11).

Recentemente, surge o termo etnofarmacologia que muitas vezes se encontra relacionado com o termo etnobotânica. É essencial para a elaboração desta dissertação compreender os pontos em que diferem estes dois conceitos. Deste modo, convém esclarecer que a etnofarmacologia segue uma abordagem que visa a investigação experimental e validação biológica de plantas medicinais e de medicamentos que provêm de produtos naturais (plantas, animais e outras substâncias) recorrendo ao conhecimento interdisciplinar (7, 9). Estas duas disciplinas científicas possuem, no entanto, um denominador comum inerente ao prefixo “*etno*” que as relaciona com a componente humana e cultural. Assim, estas duas ciências envolvem investigação de campo no que toca ao conhecimento médico tradicional (9).

Desde que foi definido por John W. Harsberger, o conceito de etnobotânica foi sofrendo alterações, sendo que as definições mais modernas, incluindo as de Ford (1978), Berlim (1992) e Cotton (1996) mantêm a relação entre o homem e as plantas tradicionais. Porém Balick e Cox (10) ampliam este conceito afirmando que a etnobotânica é “*o estudo das interações entre plantas e pessoas, incluindo a influência das plantas na cultura humana*”, reiterando a capacidade que as plantas têm em moldar uma cultura e incorporar sociedades modernas ou ocidentais como já tinha sido sugerido anteriormente por outros autores. Recentemente houve uma expansão da etnobotânica em diferentes disciplinas apresentando, assim, uma abordagem deliberadamente multidisciplinar. Deste modo, os estudos etnobotânicos modernos utilizam uma série de métodos adaptados a diversos campos como a história, a botânica, a farmacologia, entre outros. O contributo multidisciplinar é tal que a

etnobotânica pode ser considerada uma subdisciplina dentro de uma disciplina mais ampla que é a biologia (10).

Para Alcorn (10) existem dois objetivos principais num estudo etnobotânico moderno: o primeiro é descrever os factos relativos ao uso de plantas e à gestão de plantas e o segundo é definir, descrever e investigar os processos etnobotânicos. Deste modo, nos últimos anos houve uma compilação de dados com maior objetividade metodológica e teórica. Associada a este realinhamento, procedeu-se a uma mudança consciente de hipóteses implícitas que testam inter-relações inferidas ao reunir dados etnobotânicos quantitativos e qualitativos. Estes dados são passíveis de ser avaliados estatisticamente (10). Assim, o conceito de etnobotânica quantitativa é definido “*como a aplicação de técnicas quantitativas para análise direta de dados relativos ao uso de plantas*” (12).

A etnobotânica e a etnofarmacologia desempenham um papel importante na descoberta de novos fármacos e permitem conservar e evitar a ameaça à integridade das culturas de um povo, embora as suas abordagens sejam muito diversas, elas partem de uma visão relativamente estática do uso de plantas medicinais (13).

1.2 Importância dos Estudos Etnobotânicos nos Recursos Farmacológicos

A medicina popular e a sua prática com recurso a plantas medicinais pode ser a chave para descobrir muitos dos mistérios que se encontram por trás de determinadas patologias. Deste modo, os produtos naturais, nomeadamente as plantas, e as estruturas com eles relacionados, como os metabolitos secundários funcionalmente ativos, são fontes essenciais para a descoberta e produção de novos produtos farmacêuticos (14).

Durante séculos, a Europa viveu um período de intercâmbio cultural e muitos dos produtos naturais e algumas preparações fitoterapêuticas usadas ainda hoje são derivadas de plantas e saberes pertencentes a culturas indígenas. De facto, nos últimos anos vários estudos etnobotânicos foram desenvolvidos no sentido de identificar novos produtos farmacêuticos (11), sendo que cerca de um quarto dos medicamentos de uso comum contém compostos isolados de plantas (2, 11).

Os estudos etnobotânicos, na descoberta de novos medicamentos, tiveram uma profunda influência até à segunda metade do século XX, momento em que se verificou uma crescente modernização. Recentemente, a pesquisa de informação relativa à utilização de plantas medicinais voltou a ter um grande interesse no seio da comunidade científica (15). Sendo assim, nos últimos anos, verificou-se um interesse crescente no desenvolvimento de estudos etnobotânicos destinados a identificar novos produtos farmacêuticos.

A pesquisa de novos medicamentos, tendo por base as plantas medicinais, segue duas estratégias principais: a medicina que utiliza plantas medicinais baseando-se nos efeitos sinérgicos de misturas complexas de vários compostos solúveis em água, enquanto que a biomedicina utiliza fármacos de compostos simples, derivados de plantas, utilizadas ou não na

medicina tradicional (16). Assim, esta última abordagem, mediante a identificação das espécies de plantas com compostos biologicamente ativos, permitiu isolar, por exemplo, a fisostigmina utilizada no tratamento do glaucoma. Todavia a primeira abordagem, centrada na caracterização e padronização de receitas tradicionais para a sua reformulação como medicamentos, permaneceu amplamente ignorada (11).

Os estudos etnobotânicos levaram ainda ao desenvolvimento de fármacos como por exemplo a reserpina (para o tratamento da hipertensão arterial) extraída da *Rauvolfia serpentina*, derivados da podofilotoxina (fármaco anticancerígeno) extraída da *Podophyllum peltatum* e a vimblastina e a vincristina (utilizadas no tratamento de certos tipos de cancro) extraídas da *Catharanthus roseus* (11,17). No entanto, muitos outros fármacos usados nos dias de hoje foram descobertos, a partir de plantas, tal como sugerido na literatura existente (11, 15). As tecnologias emergentes de produção, engenharia e análise biotecnológica vegetal, são essenciais na identificação e caracterização das plantas, revitalizando o interesse nos estudos etnobotânicos, permitindo, assim, a confluência do conhecimento indígena com as plataformas modernas de descoberta e produção de medicamentos (14,18). Deste modo, surge o conceito de etnofitotecnologia que permite utilizar a biotecnologia vegetal para melhorar a utilização cultural dada às plantas, conforme descrito pela etnobotânica. Esta prática interdisciplinar utilizada na descoberta e produção de novos medicamentos, permite a integração do conhecimento obtido nos estudos etnobotânicos com a manipulação biotecnológica atual (7,18).

O valor da informação recolhida para o desenvolvimento de novos medicamentos depende: da precisão na observação do uso médico dado à preparação, do seu uso ser ou não corroborado em condições científicas no laboratório, da experiência formal ou informal do entrevistado que fornece a informação, o papel atribuído ao efeito placebo, entre outros (11). É então evidente o valor da integração de estudos etnobotânicos com fitoquímicos e farmacológicos. Se por um lado, estes estudos podem não permitir o desenvolvimento de novos fármacos, por outro demonstram o valor de algumas plantas e alertam para os potenciais efeitos secundários que lhes são inerentes. Contudo, embora esta informação seja disponibilizada para a comunidade científica, é essencial que esta seja divulgada para o público em geral, nomeadamente para as regiões em que as plantas medicinais são usadas (15).

1.3 Estudos Etnobotânicos na Península Ibérica

Dada a localização geográfica, a Península Ibérica possui uma diversidade geológica, geográfica, biológica, cultural e linguística peculiar, possuindo, no que diz respeito às plantas, uma das floras mais ricas da Europa. A presença de uma diversidade de povos como os lusitanos, os celtas, os fenícios, os gregos, os romanos e os árabes, que habitaram durante séculos Portugal e Espanha e que deixaram enraizados os seus hábitos e costumes, torna a Península Ibérica um local de conhecimento etnobotânico profundo que apenas foi transmitido parcialmente até aos dias de hoje (3). De facto, muitas das bases da medicina

mediterrânica e europeia foram estabelecidas durante a antiguidade grega e durante o período do império romano por médicos e filósofos que construíram um consenso sobre o que era considerado um conhecimento médico eficaz (5). Muitas destas práticas seculares e a influência destes povos na cultura de Portugal e Espanha podem ser detetados nos nomes das plantas e em alguns remédios caseiros. A introdução de plantas oriundas de outras partes do globo, como a América e África, enriqueceu a medicina tradicional praticada na Europa, tendo para isso sido fundamental o contributo da Península Ibérica, principalmente do povo português (3).

Porém, a medicina tradicional tem sido considerada por alguns como uma prática antiga que deve ser abolida, sendo que o uso de plantas medicinais é considerado um sinal de pobreza e atraso de um povo. Embora cada vez mais se tenha perdido esse conhecimento, ainda é possível encontrar pessoas que se lembram como era a vida, quando a única forma que tinham para tratar determinadas doenças era recorrer ao uso de plantas medicinais. Todavia, a falta de contacto com a natureza leva a uma erosão célere do conhecimento etnobotânico tradicional, sendo essencial gravá-lo antes que seja tarde de mais (3,19).

Apesar de a Península Ibérica ser uma zona atrativa, desde o século XIX, para etnobotânicos, etnógrafos e médicos antropologistas, a elaboração de estudos etnobotânicos sistemáticos e fundamentados, com uma identificação etnobotânica confiável só teve início na década de 80. Contudo, e, não obstante o facto destes estudos terem ganho um substancial interesse ao longo dos últimos anos, tornando a Península Ibérica líder europeu na realização destes estudos, muitos deles são publicados apenas localmente e como teses de doutoramento ou dissertações de mestrado, não estando acessíveis para uma audiência internacional (3). Todos estes estudos têm como variável comum, a alta diversidade de espécies utilizadas com fins medicinais nesta parte da Europa (19).

Assim o interesse social, político e científico no conhecimento tradicional, nomeadamente no que diz respeito à etnobotânica, tem vindo a crescer, notando-se a necessidade de promovê-lo e conservá-lo (3).

1.4 Caracterização da Área de Estudo

A realização do estudo etnobotânico desta dissertação de mestrado foi levada a cabo no distrito de Vila Real, inserido na Região de Trás-os-Montes e Alto Douro, com incidência particular nos concelhos de Vila Real, Sabrosa, Peso da Régua, Santa Marta de Penaguião e Boticas. Desta forma foi possível obter informações etnobotânicas de pontos distintos do distrito de Vila Real (Anexo I) (20).

Este distrito estende-se por uma área de 4307,47 km², tendo uma população 196.720 habitantes, segundo fontes do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2015). O êxodo dos jovens agrava a desertificação que se tem verificado no distrito, ao passo que o número de habitantes com mais de 65 anos aumenta todos os anos (20).

- **Concelho de Vila Real**

O concelho de Vila Real, apesar da sua sede ser urbana, tem características rurais bem marcadas. É dominado por dois tipos de paisagem, que dadas as suas características influenciam a flora que é encontrada neste concelho. De um lado temos uma zona montanhosa marcada pelas Serras do Marão e do Alvão, e para sul, devido à proximidade do rio Douro, uma zona marcada pela presença de vinhedos em socalco (21).

- **Concelho de Sabrosa**

O concelho de Sabrosa, por sua vez, tem duas realidades geológicas distintas que influenciam a paisagem e o modo de vida dos seus habitantes. A norte apresenta uma zona granítica, marcada pela cultura de cereais, de pinheiros e onde subsiste a maioria das pessoas e, a sul, uma zona dominada pelo xisto e pela cultura da vinha (22).

- **Concelho de Peso da Régua**

O concelho de Peso da Régua é o apogeu da região demarcada do Douro. Localiza-se nas encostas da serra do Marão, no entanto são as margens do rio Douro que constituem a principal paisagem deste concelho. Na generalidade é um concelho com relevo bastante acidentado, onde se pode encontrar uma pequena faixa de terras planas e a partir desta linha plana um planalto extenso (23).

- **Concelho de Santa Marta de Penaguião**

O concelho de Santa Marta de Penaguião é, no setor produtivo, absolutamente marcado pela sua condição geográfica e histórica, orografia intensa e integração na Região Demarcada do Douro, o que transformou encostas inférteis em produtivas vinhas tal como acontece no concelho de Peso da Régua (24).

- **Concelho de Boticas**

O concelho de Boticas estende-se desde a Serra do Barroso até às Serras do Leiranco e Pindo, e da Serra das Melcas ou dos Marcos até ao rio Tâmega, apresentando deste modo uma flora bastante diversificada. Durante muitos séculos as características físicas do território, aliadas aos difíceis acessos, contribuíram para o isolamento desta região (25).

No que diz respeito às condições climáticas do distrito de Vila Real estas são diversificadas, indo desde um clima temperado continental a um clima temperado mediterrânico. Segundo os dados fornecidos pelo Instituto Português do Mar e Atmosfera (IPMA) para o período entre 1981-2010, a temperatura média oscilou entre os 6,3°C em janeiro e os 21,3°C em julho. No que toca à precipitação esta oscila entre os 15,1 mm em julho e os 162,3 mm em dezembro. Estas características contribuem para diversidade de espécies vegetais encontradas neste distrito (26, 27).

Os concelhos do distrito de Vila Real alvo do presente estudo estão, assim, influenciados pelo Setor Galaico-Português, o setor mais meridional e de maior influência de toda a região fitoclimática Eurosiberiana. Este setor inicia-se a leste da Serra do Larouco, atravessa o vale do Tâmega, prolonga-se pelas serras do Alvão e Marão e inflete a oeste na proximidade do rio Douro. Assim no que toca à sua vegetação encontramos a coexistência de

plantas mediterrâneas oriundas de períodos passados mais quentes, como o medronheiro (*Arbutus unedo*), o loureiro (*Laurus nobilis*) ou salsaparrilha-bastarda (*Smilax áspera*) com plantas tipicamente atlânticas. Assim, neste setor encontram-se numerosas espécies de apetência atlântica e oceânica como: hipericão (*Hypericum androsaemum*), giesteira-das-vassouras (*Ulex europaeus*) ou carvalhos (*Quercus róbur*). De uma forma geral a paisagem é dominada por tojais e urzais que resultam da degradação dos carvalhos (20, 28, 29).

2. Objetivos

A escolha do tema desta dissertação de mestrado vai de encontro à crescente procura e interesse demonstrando pela população em geral, na utilização de plantas medicinais e das respetivas práticas de utilização. Assim, o objetivo principal deste trabalho foi realizar um estudo etnobotânico que permitisse obter uma visão geral sobre a utilização das plantas medicinais pelos habitantes de alguns concelhos do distrito de Vila Real.

Os objetivos específicos a atingir neste trabalho passaram por 1- preservar os conhecimentos tradicionais e a cultura popular de alguns concelhos do distrito de Vila Real, inseridos na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, averiguando quais as plantas medicinais utilizadas, o fim farmacológico com que são utilizadas, as partes da planta e a forma como esta é preparada e a sua forma de administração; 2- avaliar qual a influência que a medicina popular e a utilização das plantas medicinais tem na vida das gentes desta região, qual a importância que dão à transmissão do conhecimento popular às novas gerações, a existência ou não de consciência da interferência que estas práticas podem ter na medicação habitualmente utilizada por estes habitantes e quem devem ser os principais responsáveis, nomeadamente no setor da saúde, pela transmissão deste conhecimento; e 3- em última análise, incentivar a realização deste tipo de estudos não apenas enquanto forma de preservação etnográfica, mas também enquanto potência da descoberta de novos medicamentos, uma vez que o trabalho será disponibilizado publicamente.

3. Material e Métodos

Ao longo dos últimos anos, o conjunto de métodos utilizados para avaliar as relações entre o homem e a plantas aumentou significativamente. A escolha da metodologia a utilizar para avaliar estas relações deve privilegiar a participação das comunidades que participam no estudo. Embora seja do senso comum que as comunidades, nomeadamente as agrícolas, hierarquizam os recursos, no desenvolvimento deste estudo, foi pedido aos participantes que partilhassem os conhecimentos que tinham relativamente ao uso de plantas para fins medicinais (30, 31).

3.1 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi feita recorrendo às plataformas *online* PubMed e Google Scholar e ainda a alguma literatura disponível em formato físico bibliotecariamente. Para a

pesquisa bibliográfica *online* foram utilizadas palavras chave como: “*ethnobotany*”, “*ethnopharmacology*”, “*ethnopharmacology and ethnobotany*”, “*ethnobotanical study and portugal*”, “*ethnobotanical study and iberian peninsula*”, “*ethnobotany and new drugs*”, “*ethnobotany and drugs researches*” e “*ethnopharmacology and drug discovery*”. Consideraram-se os seguintes critérios de exclusão: estudos etnobotânicos realizados em países que não pertencessem ao continente europeu; estudos que não fizessem menção aos conceitos de etnobotânica e/ou etnofarmacologia; estudos que referissem plantas específicas utilizadas na descoberta de novos fármacos.

A pesquisa bibliográfica foi crucial para a realização da componente teórica do presente trabalho, permitindo a contextualização do mesmo, e também para a realização do inquérito que serviu de guião no trabalho de campo.

3.2 Entrevistas

3.2.1 Fundamentos teóricos da entrevista e elaboração do inquérito

Na etapa inicial de elaboração e preparação da entrevista, foi fundamental procurar literatura sobre o tema que possibilitasse elaborar as questões de uma forma objetiva e que permitisse o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos. Nesta fase, também se torna relevante para a realização do estudo, a área de realização das entrevistas. Para a elaboração das questões, foi fundamental recorrer a estudos realizados por vários autores, sendo que a elaboração das questões finais teve como linha mestra o estudo realizado por Neves J.M *et al.* (4). Na formulação das questões houve preocupação em utilizar uma linguagem acessível e objetiva, com o intuito de não criar dúvida na sua interpretação ao entrevistado. Houve também um cuidado adicional na elaboração de questões abertas e fechadas, dando ao entrevistado a oportunidade, no caso das primeiras de fornecer toda a informação que pretendia, ao passo que nas segundas se procurou uma resposta clara e objetiva por parte do informante.

3.2.2 Recolha de dados

Apesar de alguns autores considerarem a experiência participativa do investigador, que se deve tornar um integrante da comunidade em que realiza o estudo, como a metodologia mais eficaz na obtenção de dados etnobotânicos (30), o recurso a entrevistas com um inquérito semiestruturado (4) é uma forma mais imediata de obter as informações desejadas. Deste modo, a realização de uma entrevista semiestruturada tem por base um guião com questões pré-definidas (inquérito) e que permitiram guiar o informante e obter as informações desejadas e não tornar a entrevista excessivamente fastidiosa. O inquérito semiestruturado utilizado na realização do presente estudo encontra-se no Anexo II.

A realização das entrevistas ocorreu em cinco concelhos do distrito de Vila Real, sendo eles: Vila Real, Sabrosa, Peso da Régua, Santa Marta de Penaguião e Boticas. Nestes

concelhos foi-se diretamente ao encontro do habitante, quer nas aldeias inseridas nesses concelhos, quer durante a visita a feiras como por exemplo as que ocorrem à terça-feira e sexta-feira em Vila Real.

Durante a realização das entrevistas houve a preocupação de se fazer o registo dos diferentes regionalismos dados à mesma planta, o que também é importante para a preservação do conteúdo cultural desta região. É ainda de referir que alguns entrevistados mencionaram mais que uma espécie de planta, tendo-se procedido ao seu registo.

3.3 Tratamento de dados

Para o tratamento de dados recorreu-se o *software* aplicativo informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS).

4. Análise de dados

4.1 Informação Identificativa

Pela análise da informação identificativa (Tabela 1), observa-se que o grupo etário mais frequente é o grupo de 50 - 70 anos com 48% das frequências; tendo 80% mais de 49 anos, configurando a amostra uma distribuição assimétrica negativa com menor proporção de jovens e maior proporção de idosos. A idade média é de 61 anos com um desvio padrão de 14,2 anos.

Tabela 1 - Tabela de frequências e estatísticas descritivas da informação identificativa

Variável	Estatísticas / Categorias	F.Absolutas	F.Relativas
Idade	<30 Anos	3	3,0%
	30 - 49 Anos	17	17,0%
	50 - 70 Anos	48	48,0%
	>70 Anos	32	32,0%
	Média ± D.Padrão	61,0 ± 14,2 anos	
Concelho de Residência	Boticas	21	21,0%
	Peso da Régua	16	16,0%
	Sabrosa	19	19,0%
	Santa Marta de Penaguião	17	17,0%
	Vila Real	27	27,0%
Género	Feminino	78	78,0%
	Masculino	22	22,0%
Perfil Urbanístico	Urbano	8	8,0%
	Rural - Urbano	22	22,0%
	Rural	70	70,0%
Nível de Escolaridade	Sem Escolaridade	20	20,0%
	1º Ciclo	18	18,0%
	2º Ciclo	17	17,0%
	3º Ciclo	21	21,0%
	Ensino Secundário	12	12,0%
	Ensino Superior	12	12,0%

Quanto a repartição geográfica dos inquiridos, 27% são oriundos de freguesias do concelho de Vila Real, 21% do concelho de Boticas, 19% do concelho de Sabrosa, 17% do concelho de Santa Marta de Penaguião e 16% do concelho de Peso da Régua (Tabela 1). Em relação ao género, a grande maioria é do sexo feminino (78%), resumindo-se o sexo masculino a menos de um quarto dos inquiridos (Tabela 1). No que diz respeito ao perfil urbanístico, destaca-se a predominância de inquiridos oriundos de zonas rurais (70%), somando a zona rural e rural-urbana uma importância de 92% neste estudo, havendo somente 8% residentes em zonas urbanas (Tabela 1). Por fim, no que diz respeito ao nível de escolaridade, este apresenta-se com algo heterogéneo, mas tendencialmente baixo, já que 20% dos inquiridos não tem qualquer nível escolar e 55% tem estudos inferiores ao 3º ciclo de ensino básico, havendo somente 12% de inquiridos com posse de estudo superiores (Tabela 1).

Observando os resultados da Figura 1, conclui-se que a maioria dos inquiridos (85%) não tem o costume de frequentar feiras, mercados ou lojas que vendem produtos de origem natural com fins medicinais, havendo apenas 15% que têm esse costume.

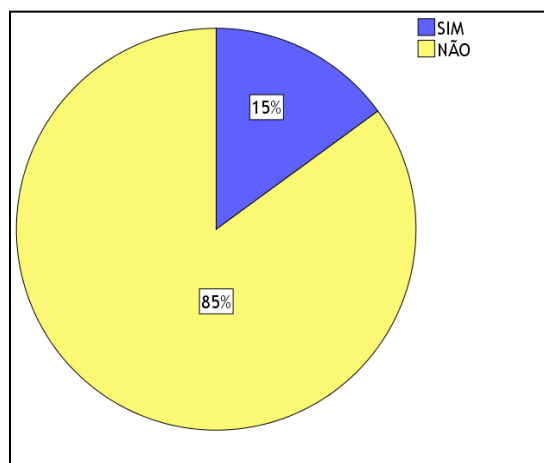


Figura 1- Representação sobre o costume das pessoas em frequentar feiras / mercados / lojas que vendem produtos de origem natural com fins medicinais

4.2 Informação Etnobotânica

Quando questionados sobre o conhecimento ou utilização de alguma planta com fim medicinal (Figura 2), vemos que a esmagadora maioria (96%) conhece pelo menos uma planta, sendo somente 4% a proporção de inquiridos que não conhecem qualquer planta. É de destacar que 42% dos inquiridos referiram uma planta, 35% duas plantas, 19% três plantas e 4% quatro plantas; equivalendo na sua globalidade a uma média 1,83 plantas por informante.

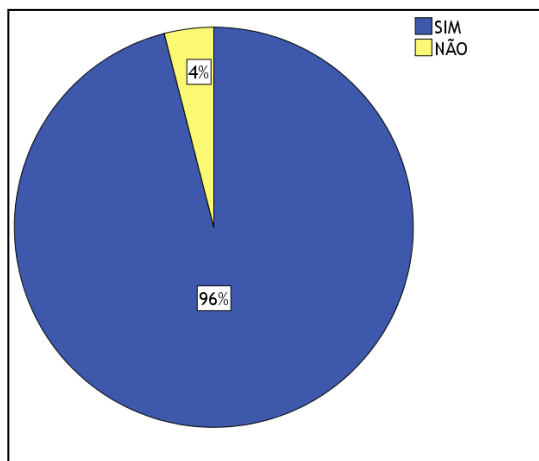


Figura 2 - Informação sobre conhecimento / utilização de alguma planta com fim medicinal

Em relação à designação das plantas mencionadas (Tabela 2), a planta modal é a erva cidreira com um peso de 23% do total de nomeações. Em segundo lugar do pódio, destaca-se a tília com 9,3% de importância. No terceiro lugar, empataram a videira e a carqueja com 8,2% das frequências, respetivamente. Em quarto lugar, as malvas e o milho assumem a mesma importância com 5,5% das frequências, respetivamente. Em quinto lugar, surge a figueira com 4,9% das frequências. Desta forma estas 7 plantas, formam 64,6% do total de plantas referidas. É de destacar que em sexto lugar do ranking de conhecimento surgem 3 plantas - funcho, noqueira e torga, com 4,4% das frequências respetivamente. Assim, estas 10 primeiras plantas (Figura 3) ocupam 77,8% do conhecimento etnobotânico do distrito de Vila Real.

Tabela 2 - Tabela de frequências das plantas com fins medicinais conhecidas / utilizadas

Variável	Categorias	F.Absolutas	F.Relativas
Plantas com fins medicinais conhecidas	Alecrim	1	0,5%
	Amieiro	1	0,5%
	Amieiro Negro	2	1,1%
	Camomila	2	1,1%
	Carqueja	15	8,2%
	Cebola	1	0,5%
	Cerejeira	6	3,3%
	Chá-Verde	1	0,5%
	Erva-Cidreira	42	23,0%
	Dente de Leão	1	0,5%
	Erva-Príncipe	1	0,5%
	Figueira	9	4,9%
	Freixo	1	0,5%
	Funcho (Fiólho)	8	4,4%
	Hipericão	3	1,6%
	Lúcia-Lima (Limonete)	6	3,3%
	Malvas	10	5,5%
	Medronheiro	1	0,5%
	Milho	10	5,5%
	Noqueira	8	4,4%
Oliveira	5	2,7%	
Perpétuas-Roxas	3	1,6%	

	Salsa	2	1,1%
	Salsaparrilha	2	1,1%
	Tília	17	9,3%
	Tomilho	1	0,5%
	Torga (Urze)	8	4,4%
	Urtiga	1	0,5%
	Videira	15	8,2%
	TOTAL	183	100%

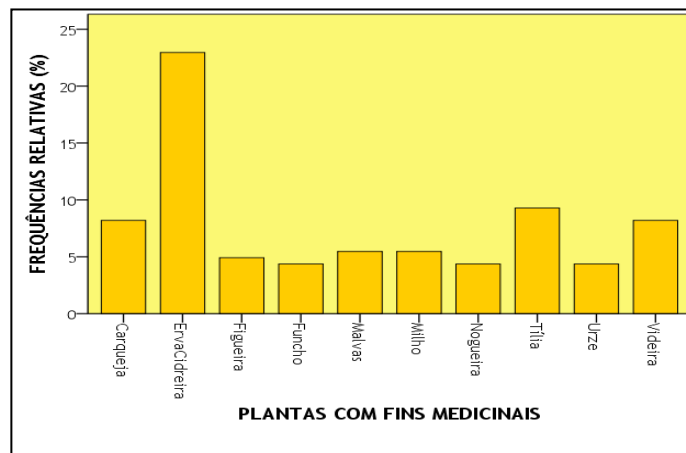


Figura 3 - Frequências relativas das 10 plantas medicinais mais mencionadas

Utilizando a análise de correspondências simples entre as plantas conhecidas e os concelhos de residência dos inquiridos (Figura 4), vemos que o Funcho e o Milho, são plantas sobretudo associadas ao concelho de Boticas. Também observamos que os concelhos vitivinícolas de Sabrosa, Peso da Régua e Santa Marta de Penaguião referem sobretudo a videira, mas também a figueira, oliveira, urtiga, torga, cebola e amieiro. É de destacar a posição central da noqueira, erva-cidreira, carqueja e malvas que são plantas comuns a todos os concelhos.

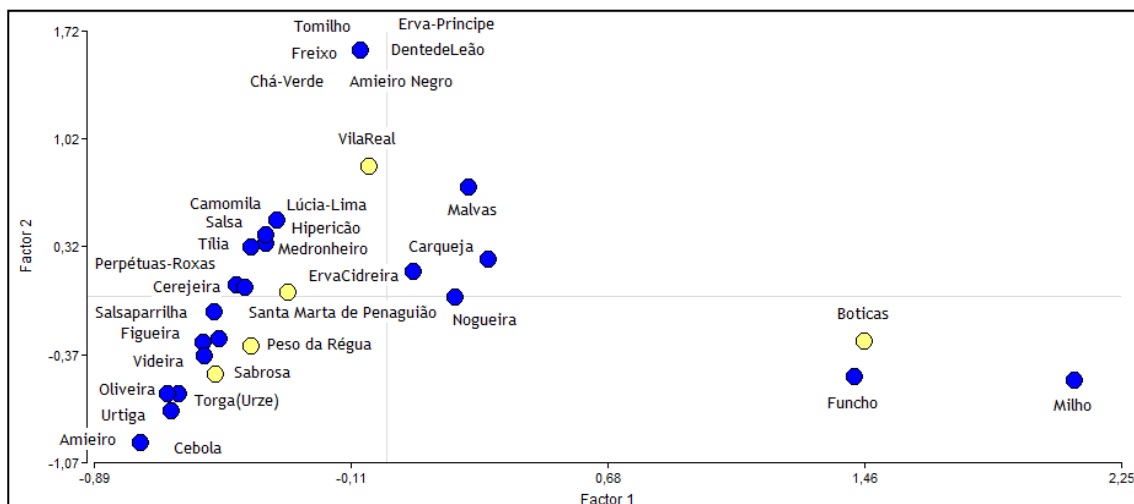


Figura 4 - Análise de Correspondências Simples entre as plantas conhecidas e concelhos

No que diz respeito à família de pertença das 29 plantas mencionada (Figura 5), vemos que 24% são Lamiaceae, 9,3% Tiliaceae, 8,2% Fabaceae, 8,2 Vitaceae e 6,0% Poaceae.

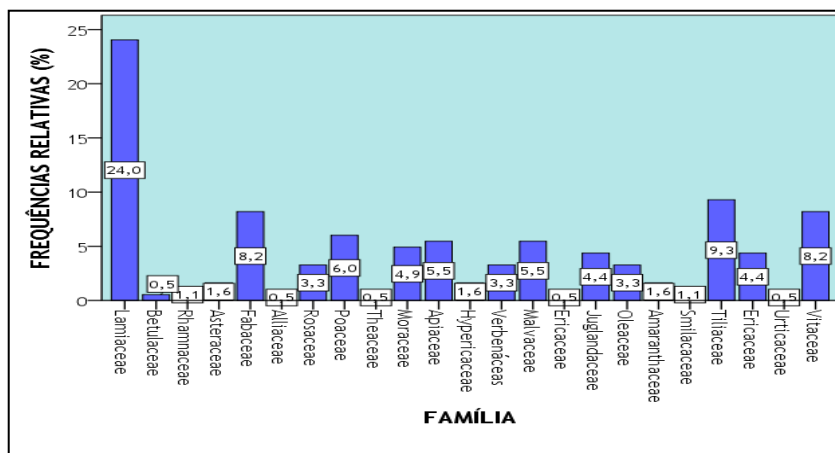


Figura 5 - Representação das famílias das plantas conhecidas / utilizadas com fins medicinais

Em relação à utilização terapêutica (Tabela 3), destaca-se como *outsider* a utilização para doenças do sistema digestivo com 37,7% das menções; seguindo-se em segundo lugar as doenças do sistema urinário (14,2%) e terceiro lugar as doenças do sistema respiratório (12,0%). Em quarto e quinto lugar, foram referidas as doenças da pele e doenças do sistema nervoso, com 10,9% e 10,4%, respectivamente.

Tabela 3 - Tabela de frequências do uso terapêutico das plantas com fins medicinais conhecidas / utilizadas

Usos terapêuticos	F.Absolutas	F.Relativas
Doenças do Sistema Urinário	26	14,2%
Doenças do Sistema Cardíaco	10	5,5%
Doenças do Sistema Nervoso	19	10,4%
Doenças do Sistema Digestivo	69	37,7%
Doenças da Pele	20	10,9%
Doenças do Sistema Reprodutor	3	1,6%
Doenças do Sistema Respiratório	22	12,0%
Doenças do Sistema Circulatório	11	6,0%
Doenças do Sistema Osteomuscular	2	1,1%
Distúrbios Metabólicos	1	0,5%
TOTAL	183	100,0%

Quanto a parte das plantas utilizadas, é de destacar a preferência inequívoca das folhas, utilizadas em 72,1% das plantas mencionadas. O caule é utilizado em 36,6% das plantas, as flores em 19,8% das plantas, enquanto a raiz e o fruto são as partes menos utilizadas, com 5,5% e 6,0%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Tabela de frequências da parte(s) da planta(s) utilizadas com fins medicinais

Parte da Planta	Utilização	F.Absolutas	F.Relativas
Caule	Sim	67	36,6%
	Não	116	63,4%
Folhas	Sim	132	72,1%
	Não	51	27,9%
Raiz	Sim	10	5,5%
	Não	173	94,5%
Flores	Sim	36	19,8%
	Não	146	80,2%
Fruto	Sim	11	6,0%
	Não	172	94,0%
TOTAL		183	100,0%

No que diz respeito à forma de administração da planta, a infusão é a rainha dos procedimentos de administração, com 73,8% das frequências. A decocção é a segunda forma mais utilizada (12%) e a lavagem é utilizada em 7,1% das formas de administração das plantas. As formas menos referidas foram as compressas (3,3%) e cataplasma (2,7%); enquanto os bochechos e emplastro foram raramente mencionados.

Tabela 5 - Tabela de frequências da forma de administração das plantas com fins medicinais conhecidas / utilizadas

Variável	Forma de Administração	F.Absolutas	F.Relativas
Forma de Administração Das Plantas com Fins Mediciniais Conhecidas	Infusão	135	73,8%
	Decocção	22	12,0%
	Compressas	6	3,3%
	Cataplasma	5	2,7%
	Lavagem	13	7,1%
	Bochechos	1	0,5%
	Emplastro	1	0,5%
	TOTAL	183	100,0%

Pela observação da Figura 6, vemos que a grande maioria dos informantes (69,9%) não sabe ou não conhece outro fim que não o terapêutico; havendo somente 30,1% dos entrevistados que conhecem outro fim para a planta - destes 60% mencionaram a alimentação humana, 25,5% a produção de bebidas alcoólicas, 23,6% a alimentação animal, 7,3% a produção de condimentos e 3,6% outros fins (Tabela 6).

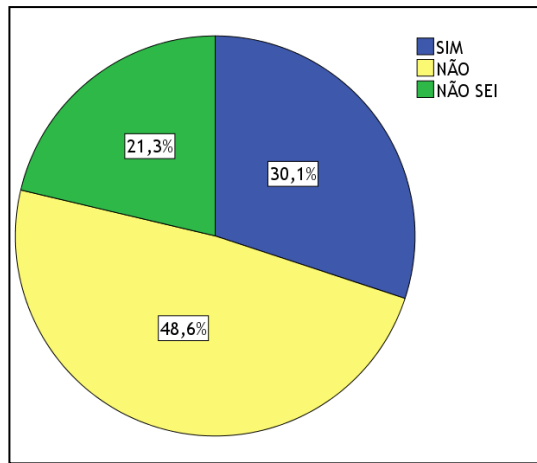


Figura 6 - Outras utilizações das plantas mencionadas

Tabela 6 - Tabela de frequências de outras utilizações dadas às plantas medicinais

Outro Fim Não Terapêutico	Utilização	F.Absolutas	F.Relativas
Alimentação Animal	Sim	13	23,6%
	Não	42	76,4%
Alimentação Humana	Sim	33	60,0%
	Não	22	40,0%
Produção Bebidas Alcoólicas	Sim	14	25,5%
	Não	41	74,5%
Produção de Condimentos	Sim	4	7,3%
	Não	51	92,7%
Outros	Sim	2	3,6%
	Não	53	96,4%
TOTAL		183	100,0%

Com base na Figura 7, vemos que a maioria dos inquiridos (64,8%) usa atualmente as plantas mencionadas, 20,7% usou no passado, 13,4% usa atualmente e no passado e 1,1% nunca usou; significando que 98,9% das plantas mencionadas são utilizadas quer atualmente e/ou no passado.

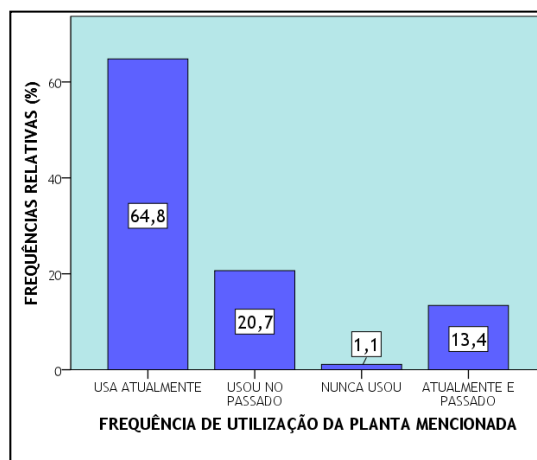


Figura 7 - Frequência de utilização das plantas mencionadas

Considerando a forma de obtenção da planta (Figura 8), vemos que a opção mais frequente é o cultivo da planta, mencionado 39,6% das vezes. A segunda opção é a apanha no campo, apontada em 30,2% das situações. Em terceiro lugar com um peso de 23,1% surge a opção de compra. É de destacar que para 7% das plantas mencionadas, a fonte de obtenção é mistas - cultiva e apanha no campo (2,7%), compra e apanha no campo (1,6%) e compra e cultiva (2,7%).

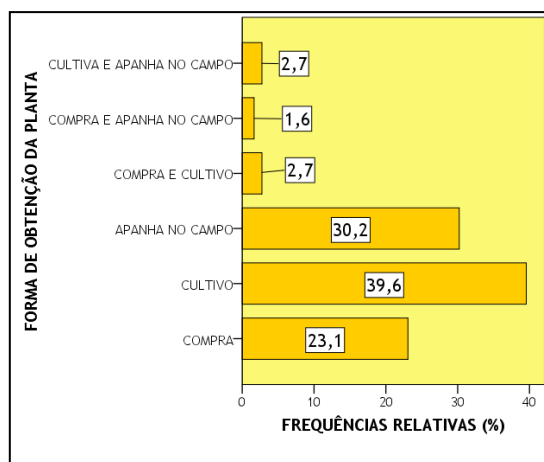


Figura 8 - Forma de obtenção das plantas mencionadas

Em relação à forma de obtenção do conhecimento (Figura 9), a grande maioria dos inquiridos (90,6%) referiu tendo sido transmitido por outrem, 2,1% apontou a internet, e 2,1% livros, revistas e jornais. É de destacar que 5,2% das respostas, apontaram várias fontes de obtenção de conhecimento.

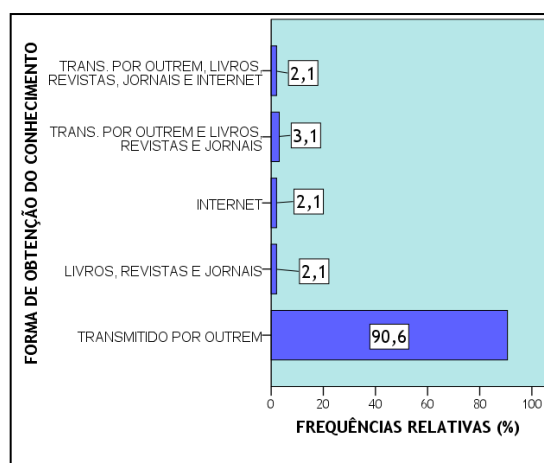


Figura 9 - Forma de obtenção do conhecimento

4.3 Opinião sobre a utilização de plantas com fins medicinais

Com base na informação da Tabela 7, vemos que a quase totalidade dos informantes (97%) considera “importante que o conhecimento que o povo tem sobre o uso de plantas

medicinais deve ser transmitido aos mais novos”. Quase três-quartos dos informantes (74%) diz que utilizaria as plantas medicinais em contrapartida dos medicamentos receitados pelo médico ou como complemento deste, caso conhecesse o seu uso medicinal. No que diz respeito à interferência entre plantas medicinais e medicamentos, é de notar que 76% desconhece tal facto. É de destacar o facto de 88% dos informantes considerar que as plantas medicinais são importantes para o tratamento de certas doenças; no entanto a maioria (76%) discorda do facto das plantas medicinais serem mais utilizadas que os medicamentos.

Tabela 7 - Tabela de frequências da opinião sobre os conhecimentos etnobotânicos

Variável	Categorias	F.Absolutas	F.Relativas
“O conhecimento que o povo tem sobre uso de plantas medicinais deve ser transmitido...”	Sim	97	97,0%
	Não	3	3,0%
“Se conhecesse o uso medicinal das plantas utilizava-as em vez dos medicamentos receitados pelo médico ou como complemento destes”	Sim	74	74,0%
	Não	26	26,0%
“Tem conhecimento que as plantas medicinais podem interferir ou interagir com os medicamentos”	Sim	24	24,0%
	Não	76	76,0%
“As plantas medicinais podem ser importantes para o tratamento de certas doenças”	Sim	88	88,0%
	Não	12	12,0%
“As plantas medicinais devem ser mais utilizadas que os medicamentos”	Sim	24	24,0%
	Não	76	76,0%

No que diz respeito à pessoa ligada à saúde responsável pelo ensino do uso de plantas medicinais (Figura 10), a grande maioria considera ser da responsabilidade dos médicos unicamente (71%). Dos restantes responsáveis apontados, os farmacêuticos receberam 15% da responsabilidade, os enfermeiros 5%, outros profissionais 6%; enquanto que 3% consideram ser da responsabilidade de múltiplos profissionais simultaneamente.

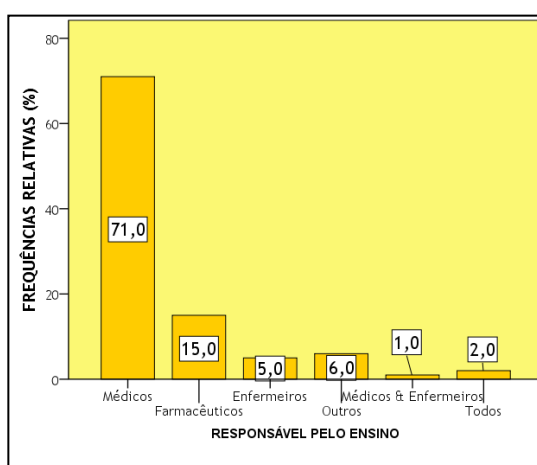


Figura 10 - Informação sobre o responsável pelo ensino deste género de conhecimento

O agrupamento dos entrevistados em função da opinião sobre o uso das plantas com fins medicinais foi realizado com a análise de clusters hierárquica com o método de agregação Ward e como medida de distância Gower; tendo-se retido 3 clusters. Aos entrevistados que pertencem ao cluster 1 denominaremos de “*peças totalmente adeptas da utilização de plantas medicinais*” já que todos consideram importante a transmissão de conhecimento aos mais novos, que 92,1% utilizariam as plantas para uso medicinal em detrimento dos medicamentos, que 60,5% conhece a existência de interação plantas / medicamentos, que todos consideram que as plantas podem ser importantes para certos tratamentos e já que 63,2% defendem maior utilização das plantas medicinais em contrapartida dos medicamentos; tendo este cluster 38% dos inquiridos.

Tabela 8 - Comparação da opinião sobre o uso de plantas com fins medicinais em função dos clusters

Variável	Categorias	Cluster 1 (n=38)	Cluster 2 (n=37)	Cluster 3 (n=22)	Teste de Qui-Quadrado
“O conhecimento que o povo tem sobre uso de plantas medicinais deve ser transmitido...”	Sim	38 (100%) [0,2]	37 (100%) [0,2]	22 (88%) [-0,5]	$\chi^2=9,278$; g.l=2 p=0,010 *
	Não	0 (0%) [-1,1]	0 (0%) [-1,1]	3 (12%) [2,6]	
“Se conhecesse o uso medicinal das plantas ... utilizava-as em vez dos medicamentos receitados pelo médico ou como complemento destes”	Sim	35 (92,1%) [1,3]	37 (100%) [1,8]	2 (8%) [-3,8]	$\chi^2=76,075$; g.l=2 p<0,001 ***
	Não	3 (7,9%) [-2,2]	0 (0%) [-3,1]	23 (92%) [6,5]	
“Tem conhecimento que as plantas medicinais podem interferir ou interagir com os medicamentos”	Sim	23 (60,5%) [4,6]	0 (0%) [-3,0]	1 (4%) [-2,0]	$\chi^2=44,962$; g.l=2 p<0,001 ***
	Não	15 (39,5%) [-2,6]	37 (100%) [1,7]	24 (96%) [1,1]	
“As plantas medicinais podem ser importantes para o tratamento de certas doenças”	Sim	38 (100,0%) [0,8]	37 (100,0%) [0,8]	13 (52%) [-1,9]	$\chi^2=40,909$; g.l=2 p<0,001 ***
	Não	0 (0,0%) [-2,1]	0 (0,0%) [-2,1]	12 (48%) [5,2]	
“As plantas medicinais devem ser mais utilizadas que os medicamentos”	Sim	24 (63,2%) [4,9]	0 (0%) [-3,0]	0 (0%) [-2,4]	$\chi^2=51,524$; g.l=2 p<0,001 ***
	Não	14 (36,8%) [-2,8]	37 (100%) [1,7]	25 (100%) [1,4]	

De forma antagónica, os entrevistados que pertencem ao cluster 3, serão denominados de “*peças totalmente não adeptas da utilização de plantas medicinais*” já que que 92% não utilizaria as plantas para uso medicinal em detrimento dos medicamentos, que 96% desconhece a existência de interação plantas/medicamentos, que 48% não considera que as plantas podem ser importantes para certos tratamentos e já que todos defendem maior utilização dos medicamentos em contrapartida das plantas medicinais; tendo este cluster 22% dos informantes.

Numa posição intermédia, aos inquiridos que pertencem ao cluster 2 denominaremos de “*peças parcialmente adeptas da utilização de plantas medicinais*” já que todos

consideram importante a transmissão de conhecimento aos mais novos, que todos utilizariam as plantas para uso medicinal em detrimento dos medicamentos, que todos desconhecem a existência de interação plantas / medicamentos, que todos consideram que as plantas podem ser importantes para certos tratamentos e já que todos defendem maior utilização das plantas medicinais em contrapartida dos medicamentos; tendo este cluster 37% dos informantes.

5. Discussão dos Resultados

A documentação do conhecimento é um passo essencial na etnobotânica, pois fornece dados para novos estudos que têm por base questões utilitárias (7). A realização deste estudo resultou em cem entrevistas que, tal como mencionado na secção três deste capítulo, tiveram como linha orientadora um inquérito semiestruturado.

Embora a entrevista seja aparentemente uma técnica simples e que não exige grandes subterfúgios, a sua preparação é fundamental. Apesar de ser um processo dinâmico, é importante que o entrevistador adote determinadas regras que o façam ser aceite no seio da comunidade em que vai realizar as entrevistas. De facto, aquando da realização das entrevistas para o presente estudo, foi essencial, muitas vezes, adequar a linguagem ao interlocutor, uma vez que muitos dos entrevistados foram pessoas com uma faixa etária superior a 60 anos ou com um reduzido nível de escolaridade. Também é fundamental que para se obter informação de qualidade e cientificamente relevante, seja atingido um determinado nível de empatia com o entrevistado, sendo necessário referir sempre qual o objetivo do estudo, a informação que se espera que seja fornecida e ainda, muitas vezes, garantir ao informante o seu total anonimato. Cabe ao entrevistador compreender que o informante pode ou não querer partilhar as informações, respeitando sempre os seus motivos que podem ser quer de índole pessoal quer cultural.

Na realização das entrevistas foi fundamental o entrevistador ter consciências das diferentes fase de preparação das mesmas: 1- planear o inquérito de modo a que este cumpra com os objetivos estipulados; 2- elaborar o inquérito que permite guiar a entrevista; 3- realizar trabalho de campo; 4- analisar os resultados ; 5- apresentar os resultados (32).

5.1 Caracterização dos Entrevistados

A maioria dos estudos etnobotânicos realizados em Portugal referem que o entrevistado que fornece mais informações pertence a uma faixa etária superior 60 anos (4, 33), no entanto, neste estudo, a média de idades obtidas é de 61 anos, sendo que, cerca de 20% dos entrevistados tem uma idade inferior a 49 anos. Este dado prende-se não apenas com o facto de as entrevistas terem sido realizadas em feiras frequentadas por vários escalões etários, mas também com o facto de um dos objetivos ser avaliar a importância que as plantas medicinais desempenham nas gentes desta região, sendo para tal importante conhecer a perspetiva das gerações mais novas.

No grupo de informantes entrevistados para este estudo optou-se por direcionar as entrevistas mais para mulheres (78%), uma vez que para além de a mulher ser naturalmente o género mais ligado à saúde e ao bem-estar, alguns estudos demonstraram que as mulheres possuíam um conhecimento etnobotânico mais vasto que os elementos do género masculino (3). Esta informação também se prende com outros estudos etnobotânicos realizados em Portugal em que cerca de 80% dos entrevistados foram indivíduos do sexo feminino (33).

A opção por realizar as entrevistas em zonas rurais e a habitantes de zonas rurais (70%), relaciona-se com o facto de segundo Leonti (7) as áreas rurais dos países desenvolvidos ainda hoje utilizarem as plantas medicinais em rituais de cura.

Apesar do estudo de Camejo-Rodrigues C *et al.* (33) admitir que os informantes são indivíduos idosos, que habitam em zonas rurais e tem um baixo nível de escolaridade, neste estudo verificou-se uma heterogeneidade dos níveis de escolaridade dos inquiridos, facto este justificado com a variedade de idades obtidas. Deste modo, a ideia de que o conhecimento etnobotânico está relacionado com níveis de escolaridade reduzidos não será alvo de discussão neste estudo.

5.2 Informação Etnobotânica

Nas cem entrevistas realizadas recolheu-se informação etnobotânica sobre 29 espécies diferentes, distribuídas por 23 famílias. Tal como nos estudos de Neves JM *et al.* (4), realizado na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, e Camejo-Rodrigues C *et al.* (33) as famílias Lamiaceae, Fabaceae e Apiaceae foram aquelas que apresentaram uma maior frequência relativa. Para além destas famílias também se destacam a família Tiliaceae, Vitaceae, Malvaceae e Poaceae, uma vez que para além das plantas pertencentes a estas famílias possuem características medicinais relevantes para os entrevistados, também são encontradas com relativa frequência na região onde este estudo foi realizado. Deste modo, é importante destacar-se, dado o número de vezes que foram mencionadas, a erva-cidreira, a tília, a carqueja, a videira, as malvas e o milho.

No que diz respeito aos usos terapêuticos dados às plantas medicinais estes relacionam-se diretamente com as plantas mais mencionadas. Assim, considerando a erva-cidreira, a tília, a carqueja, a videira, as malvas e o milho, as seis plantas mais mencionadas, pode afirmar-se que os fins terapêuticos mencionados pelos entrevistados são os fins a que estas plantas se destinam e que são confirmados pela literatura.

▪ Erva Cidreira

A erva cidreira (*Melissa officinalis*) é uma planta medicinal cujo uso remonta à antiguidade, fazendo parte da medicina tradicional europeia para o tratamento de diversas doenças. É uma planta que cresce em tufos, nomeadamente nos jardins e zonas ao redor, perto dos muros, em locais sombrios e húmidos. Tem flores pequenas de cor branca, que progressivamente adquirem um tom rosado. Exala um aroma semelhante ao limão que desaparece com a secagem. Pertence à família Lamiaceae, e como as demais plantas desta família, foi utilizada durante séculos na culinária como aromatizante (34).

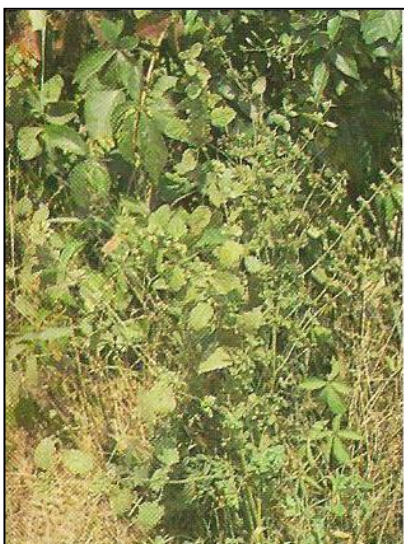


Figura 11 - Erva Cidreira (*Melissa officinalis*) (34)

Desde os árabes no século X que as características medicinais desta planta foram tidas em conta (34). Apesar de haver algumas aplicações desta planta que variam consoante a cultura, de um modo geral a sua aplicação é transversal na medicina tradicional, nomeadamente no tratamento, por exemplo, de doenças do sistema nervoso central, de problemas cardiovasculares e respiratórios, como antidepressivo e intensificador da memória (35). Geralmente utilizam-se apenas as partes aéreas da planta, sendo a sua principal forma de preparação a infusão, permitindo preservar e prevenir a decomposição dos componentes ativos, como o óleo essencial (34,35).

Recentemente foram realizados vários estudos farmacológicos que demonstram que *Melissa officinalis* possui várias atividades biológicas nomeadamente: propriedades antioxidantes, hipoglicémicas, hipolipidémicas, antidepressivas, ansiolíticas, antinociceptivas, anti-inflamatórias, espasmolíticas, antibacterianas e antifúngicas. Os estudos fitoquímicos permitiram identificar vários constituintes fitoquímicos de *Melissa officinalis*, particularmente compostos voláteis, triterpenos e compostos fenólicos, sendo que as suas propriedades medicinais estão mais associadas aos compostos voláteis (óleo essencial) e aos compostos fenólicos (35).

O óleo essencial é responsável pela atividade antibacteriana e antifúngica associada à planta, bem como pelo aroma cítrico que lhe está associado, devido à presença de isómeros como por exemplo o acetato citronelal. Os principais triterpenos isolados a partir de *Melissa officinalis* são os ácidos ursólico e oleanólico. Estes compostos possuem um amplo espectro de efeitos biológicos sobretudo atividades antifúngicas, citotóxicas e hemolíticas. Os compostos fenólicos, como os ácidos fenólicos são os principais componentes de *Melissa officinalis*. Estes compostos são os responsáveis pela atividade antioxidante atribuída a esta planta, nomeadamente pela presença de derivados do ácido hidroxicinâmico, como por exemplo, o ácido rosmarínico. Outros compostos fenólicos que são encontrados em *Melissa officinalis* são os taninos e os flavonoides, sendo que estes últimos são responsáveis pela atividade anti-inflamatória, anticancerígena, anti tuberculosa e antialérgica conotada a esta espécie (35,36).

Apesar de serem muitas as características medicinais que os estudos farmacológicos e fitoquímicos atribuem à erva-cidreira a população entrevistada continua a utilizá-la no tratamento de doenças associadas ao sistema digestivo.

▪ Tília

A tília (*Tilia cordata*) é uma árvore, considerada sagrada pelas antigas civilizações dada as suas características medicinais. É cultivada como árvore de sombra e ornamental, possuindo um tronco largo de casca lisa, flores brancas e um fruto globoso. Exala um cheiro agradável e característico, sendo as inflorescências jovens uma das principais partes

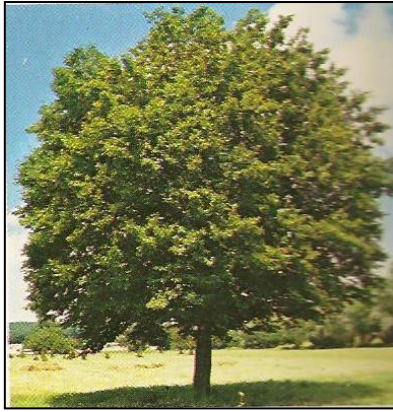


Figura 12 - Tília (*Tilia cordata*) (34)

utilizadas da planta (34). A tília, preparada essencialmente na forma de infusão, é utilizada sobretudo pelos seus efeitos a nível do sistema nervoso central, nomeadamente pelo efeito ansiolítico (34,37). Este efeito é atribuído à presença na planta de flavonoides, como os derivados do campferol, da apigenina e da crisina, que atuam nos recetores GABA- A, nomeadamente os benzodiazepínicos. Também apresenta propriedades espasmolíticas a nível intestinal, e hepatovesiculares. A sua utilização prolongada é contraindicada em doentes com cardiomiopatias, em doentes que utilizem anticoagulantes, na gravidez e na amamentação.

A presença de componentes como as mucilagens pode provocar obstrução intestinal e esofágica, bem como reduzir a absorção de outros medicamentos. Em conjunto com medicamentos anti-histamínicos e antidepressivos pode potenciar sedação característica destes grupos farmacológicos (37).

A utilização da tília para o tratamento de problemas do sistema nervoso é a principal aplicação mencionada pelos entrevistados, bem como a sua aplicação enquanto adjuvante em problema do sistema digestivo.

▪ Carqueja

Pterospartum tridentatum, é popularmente conhecida como carqueja. Pertence à família Fabaceae e cresce espontaneamente em Portugal, sob a forma de arbusto, com flores amarelas. Esta planta é tradicionalmente utilizada na gastronomia portuguesa e ainda na medicina popular. Nesta última utilização destacam-se as infusões feitas a partir das inflorescências secas que podem ser utilizadas para problemas do fígado, bexiga, rins e reumatismo (38).



Figura 13 - Carqueja (*Pterospartum tridentatum*) (41)

Segundo o estudo de Aires A. *et al.* (39) foi possível avaliar que *Pterospartum tridentatum* possuía derivados da taxifolina, ginestina, e derivados de ginesteína, bioquarina A- glucósido, bioquarina A e isoflavonas. A presença de taxifolina, ginestina e ginesteína está associada às atividades antioxidante, antimicrobiana e antihelmíntica, tornando esta planta interessante do ponto de vista biológico. A taxifolina é uma subclasse dos flavonoides abundante em vários tipos de plantas que tem interesse sobretudo para os suplementos alimentares ricos em antioxidantes. Por

outro lado, a ginesteína é uma isoflavona com propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes, sendo que este composto pode ser o principal responsável pela sua utilização na medicina tradicional (39).

Tal como os resultados obtidos no estudo da presente dissertação, as flores de carqueja são utilizadas na medicina popular portuguesa, nomeadamente, para o tratamento de irritações da garganta, caracterizadas pela presença sobretudo de tosse, dada as suas propriedades emolientes (40). Contudo, apesar da literatura mencionar outras utilizações para a carqueja, nomeadamente na gastronomia, nenhum entrevistado fez referência a esta característica.

▪ Videira

A videira (*Vitis vinifera*) é uma planta utilizada desde tempos ancestrais com origem na Ásia Menor. Foi amplamente cultivada pelos egípcios e pelos gregos, que a utilizavam para a alimentação e produção de vinho (34).



Figura 14 - Videira (*Vitis vinifera*) (41)

As folhas, frutos e sementes desta planta possuem propriedades adstringentes, homeostáticas e anti-inflamatórias. Tradicionalmente, as partes da planta anteriormente mencionadas, são utilizadas em preparações para a inflamação e para condições dolorosas como hemorroides e cefaleias (34,42). A uva fresca é rica em água, glúcidos, proteínas, grande

quantidade de potássio e vitaminas dos grupos B1, B2, B5, B6, C e provitamina A. A uva seca apresenta elevados níveis de açúcar e uma quantidade razoável de provitamina A e de todas as vitaminas do grupo B (34). Estudos recentes têm demonstrado que as folhas e os frutos de *Vitis vinifera* são ricos em flavonoides, taninos, resveratrol, viniferinas, ácidos fenólicos e derivados do ácido fenilacrílico (42).

No que diz respeito às características farmacológicas, a realização de estudo *in vitro* e *in vivo*, comprovaram os efeitos anti-inflamatórios, anti-edema, hepatoprotetores, antimicrobianos, antioxidantes e espasmolíticos conotado a *Vitis vinifera* (42).

Como é possível constatar pela análise de dados a utilização da videira, está restrita aos concelhos do distrito de Vila Real que se caracterizam pela presença frequente destas culturas na sua paisagem. Deste modo, a sua utilização enquanto planta medicinal, sobretudo no tratamento de problemas relacionados com o sistema circulatório e digestivo (nomeadamente a má circulação e hemorroides) está enraizada na cultura dos seus habitantes, e mesmo não sendo utilizada com frequência, a forma e o fim com que é utilizada foi mencionado por muitos dos entrevistados que habitam nesta parte do distrito.

▪ Milho

O milho (*Zea mays*) é um cereal cultivado em todo Mundo, especialmente na Europa, onde é sobretudo utilizado para a alimentação do gado, porém as suas propriedades diuréticas, uricosúricas e antisséticas fazem-no ser utilizado em várias partes do mundo para o tratamento de edema, de cistites, gota, cálculos renais, nefrite e prostatite. As



Figura 15 - Milho (*Zea mays*) (41)

propriedades descritas para o milho são atribuídas sobretudo ao germe do grão do milho e os estiletes, vulgarmente conhecidos por barbas de milho (34,43).

O germe do grão de milho contém um óleo que possui uma ação antiolesterolémica. As barbas de milho contêm proteínas, vitaminas, carboidratos, sais de Ca^{2+} , K^+ , Mg^{2+} e Na^+ , óleos voláteis, esteróis como o sitosterol e o estigmasterol, alcaloides, saponinas, taninos e flavonoides. Assim, esta parte da planta é utilizada pela sua ação diurética e emoliente (43).

Tal como a videira, a utilização do milho enquanto planta medicinal foi mencionada maioritariamente pelos entrevistados de um concelho específico do distrito de Vila Real, Boticas, e como descrito pela literatura existente, a sua principal utilização é para o tratamento de doenças relacionadas com o trato urinário.

▪ Malvas

A malva (*Malva sylvestris*) é uma planta da família Malvaceae, reconhecida pelas suas flores com cinco pétalas afastadas de cor malva, estreitas na base largas na parte superior, e pelos seus frutos rugosos, dispostos em coroa no cálice persistente. Desenvolve-se em solos com elevada percentagem de azoto de jardins ou terrenos baldios (34). Enquanto planta



Figura 16 - Malva (*Malva sylvestris*) (41)

medicinal, o seu uso remonta às civilizações grega e romana que a utilizavam pelas suas propriedades emolientes e laxantes. Na medicina tradicional é utilizada pelas suas características anti-inflamatórias (44). As principais partes utilizadas desta planta são a raiz, as folhas e as flores (antes de abrirem) (34).

Estudos fitoquímicos revelaram como componentes desta planta polissacarídeos, antocianinas, cumarinas, taninos, flavonas, flavonoides, leucoantocianinas, mucilagens, óleo essencial e trepenos (34,44).

O estudo de Prudente AS *et al.* (44), provou que o extrato hidralcoólico de *Malva sylvestris* tem interesse para o tratamento de estados inflamatórios, provando a eficácia descrita pelo seu uso etnofarmacológico sobretudo para o tratamento de inflamações cutâneas. A presença de compostos com atividade anti-inflamatória como malvidina 3-glucosido e quercetina permitem comprovar a sua atividade anti-inflamatória (44).

É ainda de referir que na realização deste estudo foi importante reconhecer que o nome comum de algumas plantas variava conforme o concelho onde a entrevista foi realizada. Assim, torna-se importante relacionar o nome atribuído pela maioria dos

entrevistados com os regionalismos mencionadas apenas por alguns dos informantes, uma vez que permite preservar as características etnográficas e a informação etnobotânica dos habitantes dessa região, e que também constituiu objetivo deste estudo.

5.2.1 Parte utilizada, forma de administração e preparação dos recursos

Tal como no estudo de Neves JM *et al.* (4) as infusões e as decocções das folhas e flores foram as principais formas de administração descritas pelos entrevistados. No entanto, a distinção entre infusão e decocção só foi possível ser feita mediante a descrição da forma de preparação apresentada pelo entrevistado, uma vez que vulgarmente lhe atribuíam o conceito “chá”. Deste modo, e para efeitos deste estudo torna-se importante distinguir ambos os conceitos.

As infusões e as decocções são preparações feitas à base de água, e que apresentam uma gama mais ampla de propriedades nutritivas da planta do que as preparações feitas à base álcool (45). Assim, a principal diferença entre as duas formas de preparação está associada ao momento em que é feita a adição da planta e a fervura da água. Enquanto que para a preparação de uma infusão, a água a ferver é adicionada à parte da planta medicinal que se quer preparar, na decocção a água é adicionada à planta e só depois se procede ao seu aquecimento até ebulição (46). Contudo, apesar de ser referido que as preparações à base de água deverem primar pela utilização de plantas secas, uma vez que a secagem é uma técnica essencial para romper a parede celular e permitir a libertação dos constituintes, verificou-se que, apesar de alguns informantes não referirem se utilizavam a parte da planta seca ou fresca, quando o referiam mencionavam a utilização das folhas ou flores secas para a preparação de infusões (por exemplo na preparação da erva cidreira e da carqueja) e a as folhas frescas na preparação das decocções (por exemplo na preparação das malvas e da folha de noqueira). É ainda de referir que tal como mencionado por Belew C (45) a decocção é utilizada para extrair os constituintes de partes mais densas da planta, como raízes ou cascas, tal como foi mencionado pelos informantes que fizeram referência à utilização da salsaparrilha.

Também se destaca a forma de preparação/utilização da figueira, sob a forma de cataplasma. O fruto não maduro da figueira liberta um líquido leitoso (*latex*) utilizado como cataplasma com função calicida, devido sobretudo à presença de enzimas proteolíticas, aminoácidos, minerais, açúcares, triterpenos e ácidos orgânicos. Alguns estudos demonstraram que a importância de utilizar o fruto não maduro se prende com a instabilidade das enzimas proteolíticas ao calor (47, 48).

De uma forma geral é de referir que os entrevistados não foram consistentes na descrição da forma de preparação das plantas utilizadas, sendo uns mais objetivos que outros, devido muitas vezes ao facto de já não se recordarem e não conseguirem precisar, por exemplo, doses ou tempos de preparação.

5.3 O conhecimento etnobotânico dos entrevistados

Independentemente da idade, 97% dos inquiridos são da opinião que o conhecimento etnobotânico deve ser transmitido às gerações mais novas. Este dado deve-se ao desejo de preservar os conhecimentos ancestrais que fazem parte da etnografia de um povo.

Analisando os dados obtidos verifica-se, assim, a existência de três perfis de opinião: 1- um com entrevistados que usam exclusivamente as plantas medicinais, sobretudo do género feminino e que demonstraram ter conhecimento da existência de interações entre as plantas e os medicamentos (“pessoas totalmente adeptas da utilização de plantas medicinais”); 2- outro de entrevistados que não utilizam as plantas medicinais (“pessoas não adeptas da utilização de plantas medicinais”); 3- entrevistados que consideram utilizar plantas medicinais, sobretudo como complemento à medicação prescrita pelo médico, mas que na sua maioria não tem consciência de que as plantas medicinais podem interagir com os medicamentos (“pessoas parcialmente adeptas da utilização de plantas medicinais”). Este último caso revelou ser o de maior preocupação, uma vez que existem vários estudos que demonstram não apenas a interação das plantas medicinais com os medicamentos, mas também a existência de efeitos secundários subjacentes (37, 49, 50).

Contrariamente ao que seria de esperar os entrevistados consideraram o médico o profissional do setor da saúde que deveria ser responsável pela transmissão do conhecimento etnobotânico. Porém durante a realização das entrevistas foi possível constatar que apesar do atrás mencionado, alguns entrevistados reconhecem que o farmacêutico é o profissional que menciona mais vezes a utilização de plantas medicinais como medida preventiva para determinadas patologias.

6. Conclusão

O uso de plantas medicinais está hoje inserido no limiar entre a ciência e a informação passada ao longo de várias gerações. A utilização de plantas para tratar determinadas patologias tem ganho nos últimos anos um lugar de destaque no seio da população, devido às evidências que têm sido demonstradas em estudos desenvolvidos nas áreas da botânica e da farmacologia.

Os dados fornecidos pelos entrevistados para o estudo desta dissertação, e que foram alvo de uma análise posterior recorrendo à estatística, demonstram que as populações dos concelhos de Vila Real, Sabrosa, Peso da Régua, Santa Marta de Penaguião e Boticas ainda hoje preservam alguns dos conhecimentos ancestrais relativos ao uso das plantas pelas suas propriedades medicinais. Porém, embora muitas das plantas mencionadas sejam do conhecimento popular, muito poucos estudos são encontrados na literatura e que refiram o uso que é dado tradicionalmente às plantas. Torna-se, assim, importante dinamizar a realização destes estudos dentro da comunidade científica, não apenas para aumentar o número de evidências dadas à utilização de plantas medicinais, mas também para o desenvolvimento de novos fármacos.

Os farmacêuticos devem fazer por obter o conhecimento sobre as plantas medicinais e os usos que lhes são conferidos pelos habitantes das populações onde estão inseridos, uma vez que ainda há ideia de que as plantas medicinais são desprovidas, quer de interações com medicamentos, quer mesmo de efeitos secundários, como foi comprovado neste estudo. Deste modo, torna-se essencial a criação de parcerias com entidades públicas e privadas que estabeleçam o contacto entre os investigadores e os habitantes de zonas rurais que possuem, não apenas o conhecimento botânico, mas também o farmacológico, dado às espécies das regiões onde estão inseridos.

Este trabalho também permitiu constatar que o conhecimento etnobotânico está a caminhar a passos largos para a extinção, isto é, o conhecimento que os entrevistados têm sobre as plantas medicinais, a sua utilização e a forma de preparação ainda está enraizado, mas em gerações mais velhas, havendo um distanciamento e falta de interesse por parte das gerações mais novas. Por isso, numa época em que muitas doenças apresentam resistência aos medicamentos existentes, torna-se essencial voltar aos conhecimentos tradicionais para a descoberta de novas curas e desenvolvimento de novos fármacos.

A divulgação de estudos desta índole, torna-se essencial no desenvolvimento da indústria farmacêutica, na preservação do conteúdo etnográfico de uma região e, em última análise, num ganho em saúde pública, uma vez que o conhecimento de práticas de medicina popular pode ajudar a prevenir e/ou tratar algumas patologias e ainda alertar as populações que utilizam estas práticas regularmente para possíveis interações com a medicação que se encontram a realizar.

Para concluir, os objetivos propostos na secção dois deste capítulo foram atingidos, contudo ainda há muito por fazer. Podiam realizar-se entrevistas em várias regiões, que apresentassem não apenas variedade botânica, mas também prevalência de algumas espécies que se encontram em todo o território português, de forma a generalizar a todo país, obtendo-se mais dados e, assim, realizar um estudo etnobotânico mais profundo e completo que contribuísse com mais informações, não apenas para a ciência, mas também para o património cultural do país.

Referências Bibliográficas

1. Phillipson JD, Anderson LA. Ethnopharmacology and western medicine. *J Ethnopharmacol.* 1989;25(1):61-72.
2. Ganjhu RK, Mudgal PP, Maity H, *et al.* Herbal plants and plant preparations as remedial approach for viral diseases. *VirusDisease.* 2015;26(4):225-236.
3. Quave CL, Pardo-De-Santayana M, Pieroni A. Medical ethnobotany in Europe: From field ethnography to a more culturally sensitive evidence-based cam? *Evidence-based Complement Altern Med.* 2012;2012.
4. Neves JM, Matos C, Moutinho C, Queiroz G, Gomes LR. Ethnopharmacological notes about ancient uses of medicinal plants in Trás-os-Montes (northern of Portugal). *J Ethnopharmacol.* 2009;124(2):270-283.
5. Leonti M, Verpoorte R. Traditional Mediterranean and European herbal medicines. *J Ethnopharmacol.* 2017;199(February):161-167.
6. Pardo M, Gómez E. Etnobotánica: aprovechamiento tradicional de plantas y patrimonio cultural. *An del Jardín Botánico Madrid.* 2003;60(1):171-182.
7. Leonti M. The future is written: Impact of scripts on the cognition, selection, knowledge and transmission of medicinal plant use and its implications for ethnobotany and ethnopharmacology. *J Ethnopharmacol.* 2011;134(3):542-555.
8. Arı S, Temel M, Kargıoğlu M, Konuk M. Ethnobotanical survey of plants used in Afyonkarahisar-Turkey. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2015;11(1):84.
9. Soejarto DD, Fong HHS, Tan GT, *et al.* Ethnobotany/ethnopharmacology and mass bioprospecting: Issues on intellectual property and benefit-sharing. *J Ethnopharmacol.* 2005;100(1-2):15-22.
10. Fuller RJM. Ethnobotany: Major Developments of a Discipline Abroad, Reflected in New Zealand. *New Zeal J Bot.* 2013;51(2):116-138.
11. Studies MP, Council I. Ethnobotany and Its Relevance in Contemporary. 2017;(May).
12. De Albuquerque UP. Quantitative ethnobotany or quantification in ethnobotany? *Ethnobot Res Appl.* 2009;7:1-4.
13. Heinrich M, Kufer J, Leonti M, Pardo-de-Santayana M. Ethnobotany and ethnopharmacology-Interdisciplinary links with the historical sciences. *J Ethnopharmacol.* 2006;107(2):157-160.
14. Ngo LT, Okogun JI, Folk WR. 21st Century Natural Product Research and Drug Development and Traditional Medicines. *Nat Prod Rep.* 2014;30(4):584-592.
15. Heinrich M. Ethnobotany and its role in drug development. *Phytother Res.* 2000;14(7):479-488. d
16. Leonti M, Stafford GI, Cero MD, *et al.* Reverse ethnopharmacology and drug discovery. *J Ethnopharmacol.* 2017;198:417-431.

17. Azam MNK, Rahman MM, Biswas S, Ahmed MN. Appraisals of Bangladeshi Medicinal Plants Used by Folk Medicine Practitioners in the Prevention and Management of Malignant Neoplastic Diseases. *Int Sch Res Not.* 2016;2016:12.
18. de la Parra J, Quave CL. Ethnophytotechnology: Harnessing the Power of Ethnobotany with Biotechnology. *Trends Biotechnol.* 2017;35(9):802-806.
19. Menendez-Baceta G, Aceituno-Mata L, Molina M, Reyes-García V, Tardío J, Pardo-De-Santayana M. Medicinal plants traditionally used in the northwest of the Basque Country (Biscay and Alava), Iberian Peninsula. *J Ethnopharmacol.* 2014;152(1):113-134.
20. Fernandes, José Manuel. Pela Nossa Terra - Trás-os-Montes 2017. Grupo do Partido Popular Europeu. 2016; 68-69:71
21. Município de Vila Real. Disponível em <http://www.cm-vilareal.pt/> [Acedido: 10-ago-2017]
22. Município de Sabrosa. Disponível em <http://www.sabrosa.pt> [Acedido: 10-ago-2017]
23. Câmara Municipal de Peso da Régua. Disponível em <http://www.cm-pesoregua.pt/> [Acedido: 10-ago-2017]
24. Santa Marta de Penaguião. Disponível em <http://www.cm-smpenaguiao.pt/> [Acedido: 10-ago-2017]
25. Município de Boticas. Disponível em <http://www.cm-boticas.pt/> [Acedido:10-ago-2017]
26. Normais Climatológicas 1981-2010. Disponíveis em <http://www.ipma.pt/pt/oclima/normais.clima/1981-2010/001/> [Acedido: 01-set-2017]
27. Normais Climatológicas 1981-2010. Disponíveis em <https://www.ipma.pt/pt/oclima/normais.clima/1981-2010/023/> [Acedio: 01-set-2017]
28. Costa JC, Aguiar C, Capelo JH, Lousã M, Neto C. Biogeografia de Portugal Continental. *Quercetea.* 1998;0:5-56.
29. Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas: Flora do Parque Natural do Alvão. Disponível em <http://www.icnf.pt/portal/ap/p-nat/pnal/flora> [Acedido: 02-set-2017]
30. Anderson, E. N., Pearsall, D., Hunn, E., & Turner, N. (2011). *Ethnobiology*. Hoboken.
31. Nacional E, Sag A-, Agust S. Exploracion etnobotánica y su metodología. :1-43.
32. De Lima, Marinús Pires. Inquérito Sociológico: Problema de Metodologia. Editorial Presença.1981; 60-64.
33. Camejo-Rodrigues J, Ascensão L, Bonet MÀ, Vallès J. An ethnobotanical study of medicinal and aromatic plants in the Natural Park of “Serra de São Mamede” (Portugal). *J Ethnopharmacol.* 2003;89(2-3):199-209.
34. Segredos e Virtudes das Plantas Medicinais. Seleções do Readers’s Digest. 1983; 205,211,279,328,336.
35. Shakeri A, Sahebkar A, Javadi B. Melissa officinalis L. - A review of its traditional uses, phytochemistry and pharmacology. *J Ethnopharmacol.* 2016;188:204-228.
36. Pedersen JA. Distribution and taxonomic implications of some phenolics in the family Lamiaceae determined by ESR spectroscopy. *Biochem Syst Ecol.* 2000;28:229-253.

37. Consolini AE, Ragone MI. Patterns of self-medication with medicinal plants and related adverse events--a South American survey. *Curr Drug Saf.* 2010;5(4):333-341.
38. Clara Grosso A, Costa MM, Ganço L, *et al.* Essential oil composition of *Pterospartum tridentatum* grown in Portugal. *Food Chem.* 2007;102(4):1083-1088.
39. Aires A, Marrinhas E, Carvalho R, Dias C, Saavedra MJ. Phytochemical composition and antibacterial activity of hydroalcoholic extracts of *pterospartum tridentatum* and *mentha pulegium* against *staphylococcus aureus* isolates. *Biomed Res Int.* 2016;2016
40. Vitor RF, Mota-Filipe H, Teixeira G, *et al.* Flavonoids of an extract of *Pterospartum tridentatum* showing endothelial protection against oxidative injury. *J Ethnopharmacol.* 2004;93(2-3):363-370.
41. Jardim Botânico da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Disponível em <https://jb.utad.pt/> [Acedido: 24-set-2017]
42. Aicha M, Abdelmalik B. In vivo analgesic activities and safety assessment of *Vitis vinifera* L and *Punica granatum* L fruits extracts. 2017;16:553-561.
43. Velazquez DVO, Xavier HS, Batista JEM, De Castro-Chaves C. *Zea mays* L. extracts modify glomerular function and potassium urinary excretion in conscious rats. *Phytomedicine.* 2005;12(5):363-369.
44. Prudente AS, Loddi AMV, Duarte MR, *et al.* Pre-clinical anti-inflammatory aspects of a cuisine and medicinal millennial herb: *Malva sylvestris* L. *Food Chem Toxicol.* 2013;58:324-331.
45. Belew C. Herbs and the childbearing woman. Guidelines for midwives. *J Nurse Midwifery.* 1999;44(3):231-252.
46. Guimarães R, Barros L, Dueñas M, *et al.* Infusion and decoction of wild German chamomile: Bioactivity and characterization of organic acids and phenolic compounds. *Food Chem.* 2013;136(2):947-954.
47. Lansky EP, Paavilainen HM, Pawlus AD, Newman RA. *Ficus* spp. (fig): Ethnobotany and potential as anticancer and anti-inflammatory agents. *J Ethnopharmacol.* 2008;119(2):195-213.
48. Bohlooli S, Mohebipoor A, Mohammadi S, Kouhnavard M, Pashapoor S. Comparative study of fig tree efficacy in the treatment of common warts (*Verruca vulgaris*) vs. cryotherapy. *Int J Dermatol.* 2007;46(5):524-526.
49. Ernst E. Herb-drug interactions. *Perfus.* 2012;25(3):69.
50. Leite PM, Martins MAP, Castilho RO. Review on mechanisms and interactions in concomitant use of herbs and warfarin therapy. *Biomed Pharmacother.* 2016;83:14-21.

Capítulo II - Estágio em Farmácia Hospitalar: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Unidade de Vila-Real

Introdução

Enquanto serviço direcionado para a comunidade envolvente, o hospital apresenta-se como um local privilegiado para o acesso ao medicamento, exigindo para tal uma monitorização alargada e eficaz. Deste modo, a farmácia hospitalar, em articulação com as demais estruturas do sistema hospitalar, garante uma utilização, dispensa e vigilância controlada, segura e racional do medicamento (1).

Conforme o plasmado no artigo 1º, capítulo I do Decreto-Lei nº 44204/1962, de 2 de fevereiro designa-se por Farmácia Hospitalar “o conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes couber” (2). Assim os serviços farmacêuticos permanecem autónomos quanto às suas funções científicas, técnicas e de gestão, devendo, porém, responder perante a administração pelo resultado do seu exercício (1).

Na equação doente, medicamento, hospital e médico, o farmacêutico hospitalar desempenha muitas vezes uma função de intermediário devendo ter um conhecimento profundo das patologias mais prevalentes do meio onde se insere, bem como da principal terapia farmacológica a utilizar no seu tratamento, devendo ser capaz de interpretar e validar a prescrição médica, resultando numa mais-valia para a saúde (1).

A realização deste estágio surge como um complemento ao conhecimento teórico adquirido ao longo de cinco anos. Deste modo, o seu principal objetivo é muito mais que o enriquecimento curricular, é o ganho de competências práticas e aplicação dos conhecimentos adquiridos que me auxiliarão a ser uma melhor profissional no futuro, apresentando-se como o primeiro contacto com o mundo do trabalho. A realização do relatório de estágio visa sintetizar todas as competências adquiridas entre 23 de janeiro de 2017 e 17 de março de 2017, inserido no plano curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior, e realizado no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD-EPE).

Metodologicamente, este relatório encontra-se dividido em onze partes que pretendem descrever de forma precisa as atividades desenvolvidas durante o período de estágio em farmácia hospitalar.

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

1.1 História e Caracterização

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), criada no ano de 2007, integrado na Área Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte). É constituído por cinco unidades hospitalares: o Hospital de S. Pedro, em Vila Real, onde se localiza a sede social, o Hospital D. Luiz I, no Peso da Régua, o Hospital Distrital de Chaves, em Chaves, o Hospital de Proximidade de Lamego, em Lamego e a Unidade de Cuidados Paliativos em Vila Pouca de Aguiar (3).

A Unidade Hospitalar de Vila Real abarca um edifício hospitalar monobloco de 9 Pisos e 8 pavilhões já com alguns anos de construção. Dada a crescente preocupação com a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população onde se insere, acrescem a estas construções o Centro Oncológico, a nova Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) (3).

O CHTMAD tem uma área de influência que abrange cerca de 300.000 habitantes das populações de: Tarouca, Tabuaço, S. João da Pesqueira, Montalegre, Lamego, Chaves, Boticas, Armamar, Vila Real, Vila Pouca de Aguiar, Santa Marta de Penaguião, Sabrosa, Ribeira de Pena, Peso da Régua, Murça, Mondim de Basto, Mesão Frio e Alijó (3).

Em algumas valências também abrange a parte norte do distrito de Vila Real, a parte sul do distrito de Bragança, o norte do distrito de Viseu e a área leste do distrito do Porto, estendendo assim, a sua influência a um total de cerca de meio milhão de habitantes; uma área coincidente com a da Associação de Municípios de Trás-os-Montes e Alto Douro e subjacente à do Centro de Oncologia (3).

1.2 Missão, Objetivo e Valores

Conforme contemplado no Regulamento Interno do CHTMAD, artigo 2º capítulo I, é missão do CHTMAD, prestar cuidados de saúde diferenciados com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde/sociais da comunidade, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efetividade e eficiência elevadas, destacando a importância do seu papel para o sucesso dos objetivos desta instituição. Também se apresenta como missão a difusão do ensino pós-graduado e o desenvolvimento das funções de formação consideradas necessárias ao desenvolvimento dos seus colaboradores e a investigação e o desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde (3, 4).

Segundo o artigo 4º, capítulo I do Regulamento Interno do CHTMAD, na sua atuação o objetivo do CHTMAD pautar-se-á pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e em tempo oportuno, eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável, bem como pela melhoria contínua global (4).

Os valores promulgados pelo CHTMAD constituem a contínua orientação para o doente; a qualidade das práticas, do serviço e dos equipamentos; a ética nas relações profissionais, pessoais e constitucionais; a organização de procedimentos, do planeamento estratégico e da eficiência e sustentabilidade, criando uma estrutura menos hierarquizada e com permanente capacidade de adaptação à mudança; a realização e a satisfação profissional e pessoal; e ainda fomentar a responsabilidade ambiental de modo permanente, tal como o disposto nos pontos 1 e 2 do artigo 3º capítulo I do Regulamento Interno do CHTMAD (3, 4).

2. Serviços Farmacêuticos Hospitalares

Afim de dar cumprimento ao artigo 8º, capítulo I do Decreto-Lei nº 44204/1962, de 2 de fevereiro, os Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SF) funcionam em parceria com os serviços clínicos e de enfermagem, estando representados no Conselho Técnico, na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e nas Comissões de Escolha e de Receção de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos (2). Os SF responsabilizam-se por assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade/eficácia/segurança dos medicamentos, por integrar as equipas de cuidados de saúde e promover ações de investigação científica e de ensino. A direção dos serviços farmacêuticos hospitalares é da responsabilidade de um farmacêutico (5, 6).

Entre outras, são funções dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares as seguintes (5):

- A seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
- O aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios clínicos;
- A produção de medicamentos;
- A análise de matérias-primas e produtos acabados;
- A distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;
- A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras);
- A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
- A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
- A participação nos Ensaios Clínicos;
- A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
- A Informação de Medicamentos;
- O desenvolvimento de ações de formação.

Deste modo, os serviços farmacêuticos do CHTMAD assumem como principais missões a garantia do acesso ao medicamento baseado nos parâmetros de qualidade farmacoterapêutica

(custo/efetividade/segurança); a promoção da utilização eficiente de recursos no âmbito de projetos de melhoria contínua da qualidade; bem como a promoção de ganhos de eficiência e eficácia no sistema de gestão integrado do circuito do medicamento (7).

2.1 Planificação dos Serviços Farmacêuticos de Vila Real

2.1.1 Localização dos Serviços Farmacêuticos

Os SF encontram-se localizados no piso 1 do edifício central do CHTMAD, sendo que o acesso pode ser feito por escadas ou elevador, cumprindo parte das normas que vêm dispostas no Manual de Farmácia Hospitalar tais como (5, 7):

- A. Facilidade de acesso externo e interno;
- B. Implantação de todas as áreas, incluindo os armazéns, no mesmo piso;
- C. O setor de distribuição de medicamentos a doentes ambulatoriais tem entrada exterior aos serviços farmacêuticos;
- D. Proximidade com os sistemas de circulação vertical como monta-cargas e elevadores.

Contudo deve ser referido que incorre uma exceção ao ponto B, uma vez que a área destinada à preparação de citotóxicos se encontra no piso 0 do Centro Oncológico (7).

2.1.2 Espaço Físico

A forma como os SF estão organizados visa a maior rentabilização possível dos recursos materiais e humanos, permitindo disponibilizar o medicamento correto, com qualidade e quantidade certas, de modo a cumprir com o estipulado na prescrição médica proposta, para cada doente do hospital quer em regime de internamento quer em ambulatório, contribuindo para a obtenção de um melhor rácio risco/benefício e custo/utilidade (7).

A apresentação do espaço físico constitui uma das primeiras etapas realizadas no estágio, tendo no meu caso, a sua apresentação ocorrido no primeiro dia. Assim os SF do CHTMAD encontram-se divididos nas seguintes áreas:

- Gabinete da Diretora dos Serviços Farmacêuticos
- Gabinetes dos Farmacêuticos
- Gabinete dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
- Gabinete dos Serviços Administrativos
- Sala de Reuniões
- Área de ambulatório
- Vestiários e W.C.
- Sala do Centro de Informação de Medicamentos (CIM) destinada também ao armazenamento dos Ensaios Clínicos, de Hemoderivados, Psicotrópicos e Estupefacientes e medicação destinada aos doentes com Hepatite C.
- Área de receção e conferência de encomendas

- Armazém de Soros
- Área de distribuição clássica
- Armazém geral
- Áreas descentralizadas: armazenamento de colírios, material de penso e contrastes, produtos de nutrição, antissépticos e desinfetantes
- Área destinada à distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU)
- Laboratório
- Sala de Reembalagem
- Área de frios
- Armazém de inflamáveis
- Extensão da Farmácia no Centro Oncológico.

A planta dos SF pode ser consultada no Anexo III (7).

2.1.3 Recursos Humanos

Os recursos humanos constituem um dos pilares essenciais dos SF, sendo que a existência de meios humanos, num número e qualidade adequados, é essencial ao cumprimento das funções e da missão a que se propõem (5).

No caso do CHTMAD, e cumprindo com o promulgado no artigo 10º, Capítulo I do Decreto-Lei nº 44204/1962, de 2 de fevereiro a direção dos SF é da responsabilidade de um farmacêutico (2), neste caso fica a Doutora Almerinda Alves que na sua ausência é substituída pela Doutora Florbela Oliveira. Atualmente, distribuídos pelas diferentes unidades hospitalares que constituem o CHTMAD trabalham nos SF 38 colaboradores nas seguintes proporções (8):

- 13 Farmacêuticos Hospitalares (FH);
- 12 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT);
- 5 Assistentes Técnicos (AT);
- 8 Assistentes Operacionais (AO).

2.1.4 Horário de Funcionamento

No CHTMAD os SF encontram-se em funcionamento de segunda-feira a sexta-feira, das 9h às 19h, encontrando-se um FH de prevenção das 19h às 24h. Sábado, domingo e feriados os SF encontram-se encerrados havendo um FH de prevenção das 9h às 24h (7).

O sistema de prevenção não exige a presença física do FH nos SF, todavia, este deve estar disponível para, no horário de funcionamento deste serviço, se deslocar a qualquer uma das unidades hospitalares que fazem parte do CHTMAD (7).

2.1.5 Sistema Informático

Para facilitar a gestão e organização dos SF e permitir uma correta integração da informação relacionada com os doentes e materiais, os SF utilizam um sistema de informação e gestão informáticos próprios, designado por “GHAF” - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia que se encontra interligado com um programa de gestão de doentes - “SONHO”.

3. Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos

3.1 Aprovisionamento

Uma das responsabilidades dos SF é, em articulação com o Serviço de Aprovisionamento, adquirir os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, de modo a evitar que haja falhas na distribuição destes produtos quer no hospital quer no regime de ambulatório (1). No caso do CHTMAD o aprovisionamento assenta numa metodologia definida e certificada. Constituem fases prévias ao processo de aquisição: a definição de necessidades, o plano de aquisições, a seleção de fornecedores e a adjudicação (1).

A seleção de medicamentos no CHTMAD é feita conforme o descrito no Despacho n.º 13885/2004, de 25 de junho, tendo como linha orientadora o Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento (FHNM), que é adaptado de acordo com as necessidades terapêuticas dos doentes que frequentam a unidade hospitalar, cabendo à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), elaborar as adendas de aditamento ou exclusão, tal como previsto no ponto 2.2 do Anexo do Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro (5,9,10).

Para ser um processo rentável e profícuo, é importante considerar na aquisição dos produtos, os custos de encomenda, de compra, de posse e de rutura (1). No CHTMAD a utilização de um programa de gestão hospitalar informatizado - GHAF, facilita o processo de aprovisionamento.

O consumo de medicamentos é efetuado recorrendo a pontos de encomenda, *stocks* de alerta e faltas detetadas pelos colaboradores. Numa primeira fase, é necessário realizar uma análise ao consumo de medicamentos, permitindo estimar a quantidade a partir da qual deve ser realizada a encomenda - definição dos Pontos de Encomenda; estimar a quantidade mínima que deve existir para evitar rutura de *stock* - definir os *Stocks* de Alerta (1). Esta análise é realizada pela Diretora Técnica dos SF, no caso da Unidade de Vila-Real, e pelas responsáveis pelos SF no caso das outras unidades hospitalares que são parte integrante do CHTMAD. Após esta fase, é elaborada uma lista comum de produtos a adquirir em cada unidade hospitalar. De seguida é realizada uma transferência interna ou uma nota de encomenda que atende às seguintes variáveis: volume de encomenda, *stock* existente e urgência do pedido, sendo que, no caso da transferência interna, esta é registada, aviada, conferida e enviada, emitindo uma Guia de Transferência. Cabe aos Assistentes Técnicos a elaboração da nota de encomenda e emissão de uma Guia de Entrada. O controlo deste processo é feito mediante

verificação de uma lista de confirmação e pendentes, que dada a utilização do programa GHAF, pode ser consultada a qualquer momento.

Durante o período de estágio nos SF do CHTMAD, pude acompanhar a diretora dos SF, Dr^a Almerinda Alves, na análise dos consumos, bem como assistir à elaboração de notas de encomenda e à preparação da medicação a enviar para as restantes unidades hospitalares pertencentes ao CHTMAD.

3.2 Sistemas e Critérios de Aquisição

No CHTMAD, os medicamentos adquiridos devem ser aprovados pelo Conselho de Administração, estando incluídos numa lista que deve ser suficientemente abrangente para permitir tratar a maioria das patologias, mas de tal forma restrita que evite duplicações desnecessárias. A definição das estimativas de consumo depende da análise de consumos realizados em anos anteriores e da evolução das tendências de consumo, sendo necessário considerar variações sazonais, a evolução do hospital, a incidência de determinada patologia, as existências em *stock* e o seu prazo de validade. As estimativas de consumo são enviadas ao Serviço de Aprovisionamento responsável por elaborar o plano de compras da instituição (1).

Após a aprovação do plano de compras, é elaborado um Caderno de Encargos pelo Serviço de Aprovisionamento em conjunto com a Diretora Técnica dos SF. O Caderno de Encargos é um documento que compila toda a informação essencial sobre os processos de compra, nomeadamente os critérios de seleção e desempate na escolha do fornecedor. Cabe aos fornecedores a elaboração de uma lista de preços e características de cada produto, bem como das condições de aquisição (1). Esta lista é analisada pela Diretora Técnica dos SF e pelo Serviço de Aprovisionamento, que escolhem o fornecedor consoante o disposto no Caderno de Encargos. No final, as propostas de adjudicação são enviadas para o Conselho de Administração para serem aprovadas.

As aquisições de medicamentos obedecem ao estabelecido no Código da Contratação Pública, existindo a obrigatoriedade de aquisição ao abrigo do contrato público de aprovisionamento, se o medicamento integrar o catálogo dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde que pode ser consultado *online* (1).

Caso o medicamento não conste do catálogo dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, o CHTMAD recorre aos seguintes procedimentos de aquisição ajuste direto ou concurso público.

No caso do Ajuste Direto, e como o processo de compra é baseado em estimativas, podem surgir necessidades que não foram inicialmente previstas como é o caso de medicamentos específicos ou novos medicamentos aprovados (1). Nestas situações, é da responsabilidade da Diretora Técnica dos SF verificar a presença dos novos produtos no catálogo da Administração Central do Sistema de Saúde. Caso o produto conste no catálogo, é necessário contactar o fornecedor que apresente as melhores condições comerciais e que não tenha avaliação negativa.

No caso específico das benzodiazepinas, dos estupefacientes e dos psicotrópicos, o documento original da nota de encomenda é enviado por correio, juntamente com o Anexo VII, Modelo nº 1506 (Portaria nº 981/ 98, de 8 de junho) (11) (Anexo IV).

Quando se tratam de medicamentos com Autorização de Utilização Especial (AUE), a autorização especial é enviada ao fornecedor na primeira aquisição. Os medicamentos AUE são medicamentos cuja autorização de utilização em Portugal é dada pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, INFARMED, I.P., uma vez que constituem medicamentos que não possuem Autorização de Introdução no Mercado (AIM) ou que apesar de possuírem AIM, não estão efetivamente comercializados (1). Os pedidos de medicamentos com AIM são apresentados à Direção Clínica, enviados para a Administração e de seguida para o INFARMED, I.P. que posteriormente emite uma decisão. (Anexo V)

Algumas vezes, os esforços realizados pelos SF do CHTMAD para evitar ruturas de stock são infrutíferos, pelo que, em situações de emergência, pode ser emitido um pedido de empréstimo a uma outra unidade hospitalar, ou recorrer a um armazenista ou a uma Farmácia Comunitária.

Durante a minha permanência nos SF do CHTMAD, acompanhei o processo de seleção de alguns fornecedores, adquirindo conhecimentos sobre como agir em situações de emergência como a rutura de *stock* e aquisição de medicamentos que necessitam de autorização especial de utilização.

3.3 Receção e Conferência de Produtos Adquiridos

A receção dos produtos adquiridos ocorre numa zona específica dos SF (Área de Receção e Conferência de Encomendas), sendo esta função da responsabilidade de um AO, cabendo ao FH e/ou TDT a sua conferência. Quando rececionam a encomenda estes colaboradores devem conferir os produtos e a existência de uma guia de remessa/fatura que deve ser comparada com a nota de encomenda e o produto recebido. As encomendas recebidas devem ser conferidas qualitativa e quantitativamente. Neste processo deve ter-se em consideração se o produto recebido corresponde ao produto encomendado e se a quantidade está conforme a encomenda. Deve avaliar-se, também, as condições em que o produto foi entregue, nomeadamente o prazo de validade, o estado de conservação das embalagens, a dosagem, o lote, a forma farmacêutica e preço. Produtos que exigem uma conservação a 2-8°C, deve-se verificar se estes foram transportados à temperatura adequada de modo a garantir que estes se encontram no melhor estado possível (5,12).

Estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas, hemoderivados e medicamentos utilizados nos ensaios clínicos, vêm em embalagens lacradas que são recebidas pelo AO e de seguida conferidas pelo FH. O FH deve conferir as encomendas qualitativa e quantitativamente e comparar com a guia de remessa/fatura. Os hemoderivados, em particular, devem fazer-se acompanhar pelo boletim de análise e o certificado de libertação do lote aprovado pelo INFARMED, I.P. Todos os medicamentos que necessitam de um certificado de libertação de lote, como as vacinas, devem ser conferidos por um FH.

Os citotóxicos constituem outra situação especial. No que toca à receção esta ocorre de forma semelhante aos restantes medicamentos, no entanto o transporte tanto fora como dentro do hospital requer protocolos específicos. Deste modo, estes medicamentos devem ser transportados em embalagem separadas e a embalagem/cartonagem deve estar devidamente identificada com o rótulo Citotóxico e “*Biohazard*”. Dentro do hospital o transporte destes medicamentos até à Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos (UCPC), deve ocorrer em malas de plástico com fechos laterais, que devem apresentar o rótulo Citotóxico e “*Biohazard*”.

Todas as guias de remessa/faturas devem ser datadas e assinadas. De seguida as informações devem ser inseridas por um AT no GHAF e finalmente enviadas para a contabilidade.

No caso de ser detetada alguma não conformidade é preenchido um impresso próprio que é enviado ao fornecedor. Semestralmente é atribuída uma classificação ao fornecedor, cumprindo com o estipulado nas normas de qualidade.

Durante o período de estágio pude acompanhar as várias etapas de receção e conferência de produtos, assistindo nomeadamente à conferência de encomendas relativas a benzodiazepinas e medicamentos para utilizar nos ensaios clínicos a decorrer no CHTMAD. Relativamente a este último ponto foi-me explicado que muitas encomendas de medicamentos utilizados em ensaios clínicos, fazem-se acompanhar de um dispositivo que controla a temperatura a que este esteve sujeito durante o transporte, de forma a garantir a qualidade dos medicamentos. No entanto a informação relativa à receção dos medicamentos com ensaios clínicos será abordada na Secção 8.

3.4 Armazenamento

O armazenamento de medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, deve garantir que as condições de luz, temperatura, humidade, espaço e segurança sejam tais que não alterem as suas características (5,12). De forma a garantir que estas condições de climatização estão asseguradas, os SF do CHTMAD possuem um sistema informatizado, designado “*Sirius Stockage Monoposte*”, que monitoriza, ao longo do dia a temperatura e a humidade. Sempre que os limites destas duas variáveis são ultrapassados, o alarme dispara, emitindo um sinal sonoro, o que permite perceber a existência de uma anomalia e proceder à sua correção. Quando os SF estão encerrados, o alarme dispara na central telefónica, efetuando-se o contacto ao farmacêutico que se encontra de prevenção.

Os medicamentos são armazenados por ordem alfabética de principio ativo. Aquando do armazenamento deve ter-se em consideração os seguintes princípios:

- “*First in First out*” (*FIFO*): O primeiro medicamento que chegou aos SF é o primeiro a ser dispensado quando os prazos de validade são iguais.
- “*First expire First out*” (*FEFO*): Neste princípio é necessário ter-se em conta o prazo de validade. Deste modo o primeiro medicamento a ser dispensado deve ser aquele que tem o prazo de validade mais curto.

Quando a validade do medicamento está em vias de expirar, estes são rotulados com uma etiqueta própria - “Atenção à Validade” -, de forma a escoar o medicamento antes que a validade seja atingida. Quando existem medicamentos com validade expirada, estes são retirados para incineração ou são recolhidos pelo fornecedor.

Para facilitar o acesso ao medicamento, o CHTMAD utiliza rótulos identificativos e um sistema de cores, quando existem diferentes dosagens do mesmo medicamento. Assim quando existem apenas duas dosagens do mesmo medicamento é adotada a cor branca para a dose mais baixa e a vermelha para a dose mais alta; ao passo que se existirem doses intermédias o esquema de cor adotado será branco para a dose mais baixa, azul e verde nas doses intermédias e o vermelho na dose mais elevada. A adoção de um sistema de cores visa minimizar os erros de dispensa de medicamentos e auxiliar os profissionais, quando existem situações de emergência.

Sumariamente podemos distinguir dois tipos de armazenamento nos SF do CHTMAD:

- Armazenamento Geral;
- Armazenamento Especial.

Durante o estágio foi-me permitido aceder aos locais de armazenamento dos medicamentos, permitindo-me um contacto direto com os mesmos, observar a manutenção das condições de climatização que asseguram o seu correto armazenamento.

3.4.1 Armazenamento Geral

No armazenamento geral os medicamentos encontram-se organizados por ordem alfabética de principio ativo (denominação comum internacional - DCI) e compartimentados por categoria de produto: Medicamentos injetáveis e Formulações orais e tópicas, que se encontram em estantes rolantes no Armazém Geral; Material de penso, Nutrição entérica e parentérica e Soluções desinfetantes não inflamáveis.

Para armazenamento geral, os SF do CHTMAD, também possuem dois armários diferenciados (Kardex®) que funcionam simultaneamente como armários de armazenamento e distribuição de medicamentos e permitem a gestão de lote, prazo de validade e *stock*.

3.4.2 Armazenamento Especial

O armazenamento especial, constitui uma forma de armazenamento que se destina a produtos com características especiais de conservação ou cujas características justifiquem o armazenamento individualizado. Tratam-se de produtos como: Injetáveis de grande volume (Armazém de Soros); Gases Medicinais, que se encontram separados do restante armazém, segundo o sistema AVAC (Ar, Ventilação e Ar Condicionado) e com segurança contra incêndios; Concentrados de eletrólitos, que apesar de estarem nas prateleiras rolantes junto dos restantes medicamentos, fazem-se acompanhar do rótulo “Deve ser Diluído”; Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas que estão armazenados num cofre ou armário com fechadura de segurança e são de manipulação exclusiva do FH; Citotóxicos,

armazenados num local seguro, devidamente identificado e acompanhados de um *Kit* de derrame (5).

Como parte integrante do armazenamento especial também são de referir os medicamentos com necessidade de refrigeração, que são armazenados por ordem alfabética em frigoríficos que têm acoplado o programa “*Sirius Stockage Monoposte*”, sendo acionado o alarme sonoro quando a temperatura atinge valores fora do intervalo 2-8°C. Os Citotóxicos que necessitam de sistemas de refrigeração têm frigoríficos próprios devidamente identificados.

O armazenamento de medicamentos de ambulatório também constitui uma forma de armazenamento especial, sendo que no CHTMAD, estes se encontram dispostos em armários, próximos do local de ambulatório, e organizados por ordem alfabética e por patologia

Os hemoderivados, os medicamentos para a hepatite C e os medicamentos a utilizar em ensaios clínicos também são armazenados de forma individualizada e separada dos restantes produtos farmacêuticos, sendo que os medicamentos a utilizar nos ensaios clínicos se encontram em armários fechados.

As matérias-primas para a preparação de manipulados não estéreis e os materiais de acondicionamento também são armazenados em local específico, neste caso o laboratório.

4. Distribuição

Os medicamentos desempenham um papel importante na proteção, manutenção e restabelecimento na saúde dos indivíduos. O fornecimento de medicamentos apropriados, de qualidade garantida e em quantidades adequadas deve ser uma preocupação de todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde.

A distribuição de medicamentos é uma das funções do FH sendo a face mais visível do seu trabalho e o denominador comum da atividade farmacêutica em todas as unidades hospitalares. A distribuição deve promover o uso racional do medicamento, sendo que deverão ser implementadas, em sinergia com os Serviços Clínicos, políticas e procedimentos conducentes à racionalização da terapêutica (6).

Os SF do CHTMAD fazem a distribuição de medicamentos assente numa metodologia e circuitos definidos, disponibilizando o medicamento correto, na quantidade e qualidade corretas, fazendo cumprir a prescrição médica para cada doente e todos os doentes do hospital (6). A distribuição de medicamentos pretende também garantir a correta administração dos medicamentos, diminuir erros relacionados com a medicação, monitorizar a terapêutica, reduzir o tempo de enfermagem dedicado a tarefas administrativas e manipulação de medicamentos e racionalizar os custos com a terapêutica.

O Despacho nº 23 de 28 de janeiro de 1992, converte em imperativo legal, o sistema de distribuição individual diária em dose unitária que é, assim, considerado o mais seguro e eficaz (6).

Quando não é possível recorrer-se a esta distribuição, nomeadamente nos serviços de bloco operatório, unidade de cuidados intensivos de coronários (UCIC), serviço de urgência,

sala de tratamento da urgência e serviço de psiquiatria. deverá recorrer-se ao sistema de distribuição que melhor garanta os objetivos pretendidos, melhor eficácia e segurança.

Sumariamente podem considerar-se 6 tipos de distribuição:

- Distribuição Clássica;
- Reposição por *stocks* nivelados;
- Distribuição Personalizada;
- Distribuição Individual Diária em Dose Unitária;
- Distribuição a Doentes em Ambulatório;
- Distribuição de Medicamentos sujeitos a controlo especial.

Durante a realização do estágio nos SF do CHTMAD, foi-me permitido participar na realização de cada um dos tipos de distribuição enumerados acima, sendo que as atividades realizadas no âmbito de cada setor serão referidas no final da descrição referente a cada tipo de distribuição.

4.1 Distribuição Clássica

A distribuição clássica, também denominada distribuição tradicional, é o sistema de distribuição mais antigo, porém está cada vez mais em desuso. É a forma de distribuição mais fácil e imediata, todavia não permite um controlo e gestão de *stocks* eficaz. No caso do CHTMAD, este sistema de distribuição foi substituído pela Reposição por *Stocks* Nivelados (Secção 5.2), sendo apenas utilizado em algumas situações do quotidiano, nas quais o Enfermeiro Chefe faz uma solicitação aos SF. Constituem produtos farmacêuticos, para os quais a distribuição clássica continua a ser utilizada, os seguintes: antissépticos e desinfetantes, algum material de penso, injetáveis de grande volume, entre outros.

No CHTMAD, a dispensa de medicamentos pelo sistema de distribuição clássica ocorre com uma periodicidade específica: para serviços que têm maior número de doentes, duas vezes por semana, e para serviços mais pequenos um dia específico da semana. Os pedidos são elaborados pelo enfermeiro chefe e emitidos para a plataforma informática, a que têm acesso os SF. Nos SF o pedido é rececionado, procedendo-se à análise da quantidade solicitada, o tipo de produto farmacêutico e o stock existente. O pedido é preparado por um FH ou TDT, cabendo a distribuição aos AO, devendo ser asseguradas as características de acondicionamento. No serviço, os enfermeiros conferem a medicação enviada pelos SF rubricando a requisição e devolvendo-a à Farmácia. O processo de atualização informática do *stock* e arquivo da requisição são feitos nos SF, por um AT.

Uma vez que este método de distribuição é pouco utilizado no CHTMAD, pude apenas constatar que os principais produtos enviados para os serviços por este sistema de distribuição constituem antissépticos e desinfetantes, nomeadamente para os serviços de Medicina A e Medicina B.

4.2 Reposição por Stocks Nivelados

O sistema de Reposição por Stocks Nivelados ou Reposição por níveis é caracterizado pela utilização de um sistema automatizado, o *Pyxis MedStation 3500® (Pyxis)*. No CHTMAD, este equipamento pode ser encontrado em praticamente todos os serviços, sendo que em serviços como a UCIC, serviço de urgência geral e sala de tratamento, bloco operatório, e serviço de psiquiatria, é o sistema de distribuição por excelência. Também se verifica que alguns serviços, como a Pneumologia-Unidade de Isolamento de Doenças Infeciosas (UIDI), e que se encontram no mesmo piso, o equipamento *Pyxis MedStation 3500®* pode ser partilhado. Este equipamento é constituído por uma unidade básica de controlo (consola), localizada nos SF, que possibilita a consulta do *stock* e dos prazos de validade dos medicamentos armazenados. A determinação do *stock* é feita de acordo com as necessidades do serviço em que o equipamento se localiza. No CHTMAD, as dimensões da estação são variáveis, podendo possuir apenas um bloco, como na Sala de Tratamentos das Urgências, ou ser acrescida de um frigorífico como no Bloco Operatório.

O sistema de Reposição por Stocks Nivelados visa suplementar o regime de Distribuição Diária Individual em Dose Unitária (Secção 4.4) quando ocorrem alterações a esse regime fora do horário dos SF ou quando surge no serviço um novo doente (13). Os medicamentos existentes no *Pyxis* são previamente definidos por via de um trabalho interdisciplinar entre médico, enfermeiro e FH responsáveis pelo serviço, mediante as necessidades que este tem. Em conjunto estabelecem os limites máximos e mínimos dos medicamentos armazenados no *Pyxis* (6). Todos os produtos contidos no *Pyxis* estão integrados no *stock* dos SF até que são retirados para administração ao doente pelo enfermeiro. O acesso a este género de equipamento é limitado, sendo necessário um número de utilizador, palavra passe e impressão digital, permitindo controlar as atividades de reposição e dispensa.

Para se efetuar a reposição de medicação no *Pyxis MedStation 3500®*, é necessário consultar-se o relatório de necessidades disponibilizado pela consola central. As quantidades a repor devem ter em atenção os gastos do serviço onde se localiza o *Pyxis*, o *stock* existente nos SF, e as quantidades existentes no *Pyxis*. No CHTMAD os *Pyxis*, estão abastecidos com medicação para três dias de forma a assegurar que não haja ruturas durante o fim de semana. O processo de reposição é efetuado por um farmacêutico, devendo prestar-se/aplicar-se os princípios FIFO/FEFO (13).

Uma estação do *Pyxis MedStation 3500®*, tem três níveis de segurança: a segurança máxima, que são gavetas destinadas sobretudo ao armazenamento de psicotrópicos e estupefacientes em que apenas uma unidade de medicamento é disponibilizada de cada vez; segurança média, constituída ou por uma gaveta que tem compartimentos fechados com uma tampa transparente, que abre sempre que o medicamento solicitado é selecionado, ou por uma gaveta “*carrossel*”, em que apenas uma porção da gaveta de forma triangular é aberta; segurança mínima constituída por gavetas cujos compartimentos ou prateleiras são de livre acesso. É ainda essencial referir que no caso dos *Pyxis* não é necessário que a requisição de

estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas se faça acompanhar do Anexo X, Modelo nº 1509 (Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, com retificação de 20 de fevereiro) (14) (Anexo VI).

Durante o período de estágio no CHTMAD, para além de me ser permitido preparar a medicação que seria utilizada para fazer a reposição da estação de *Pyxis*, nomeadamente para as estações presentes nos serviços de Medicina A e Medicina B, Obstetrícia, Pneumologia-UIDI, Serviço de Urgência Geral e Sala de tratamento, também pude acompanhar e auxiliar as FH responsáveis por cada um dos serviços atrás enunciados na atividade de reposição de medicação nos *Pyxis*. Estas atividades constituíram a primeira forma de contacto com os medicamentos, o que me permitiu consolidar a perspetiva da medicação utilizada para as diversas patologias inerentes a cada um dos serviços acima referidos.

4.3 Distribuição Personalizada

A Distribuição Personalizada ou Individualizada abrange todos os medicamentos que são distribuídos individualmente por doente e que devido aos riscos associados à sua utilização, constituem produtos farmacêuticos de controlo rigoroso. Constituem medicamentos sujeitos a distribuição individualizada, os hemoderivados, eritropoetinas e medicamentos que não constam no Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento.

No caso da Distribuição Personalizada, o modelo de prescrição/distribuição varia consoante o tipo de medicação, devendo sempre verificar-se o seu correto preenchimento.

As secções que se seguem constituem a sumarização dos sistemas de Distribuição Personalizada praticados no CHTMAD, referindo no final de cada sumarização do sistema, as atividades realizadas no seu âmbito durante o período de estágio em Farmácia Hospitalar.

4.3.1 Distribuição Personalizada de Hemoderivados

Os hemoderivados ou medicamentos derivados do plasma humano, são medicamentos de elevado valor terapêutico, e que dado a sua origem necessitam de um processo de produção altamente rigoroso, devendo ser obtidos a partir de indivíduos saudáveis (15). Uma vez que o plasma humano constitui uma matéria-prima escassa que requer elevados custos de produção e controlo uma vez que se trata de um derivado do sangue humano, pelo que se impõe uma vigilância apertada, com legislação adequada e específica. Deste modo o Despacho Conjunto dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde de 4 de setembro de 2000, publicado no Diário da República nº 252, 2ª série de 30 de outubro de 2000 define os procedimentos de registo de requisição, distribuição e administração dos medicamentos hemoderivados que devem ser tidos em conta. Assim como o plasmado no ponto nº 1 do despacho enunciado atrás: todos os atos de requisição distribuição e administração dos medicamentos derivados do plasma devem ser registados em fichas modelo (Anexo VII). Estas fichas modelo têm duas vias, uma “Via Farmácia” e outra “Via Serviço”. Estas fichas

constituem o modelo de requisição dos hemoderivados e são levadas por um AO para os SF onde o seu correto preenchimento é verificado por um FH, que de seguida completa o preenchimento da ficha e cede o hemoderivado prescrito (16, 17). A ficha modelo também é acompanhada de colantes que são colocados nas embalagens tornando assim este procedimento individualizado. O impresso com a “Via Farmácia” e a “Via Serviço” regressa ao serviço onde foi feita a prescrição acompanhado da medicação fornecida e depois de devidamente assinada pelo enfermeiro, a “Via Farmácia” é devolvida aos SF onde é arquivada por um período de 50 anos. No CHTMAD, como forma de organização interna dos SF existe ainda um documento onde são registados os hemoderivados cedidos, o nome do doente a quem são cedidos, o serviço para o qual são cedidos, data de cedência e hora.

De forma a garantir a máxima segurança e qualidade dos hemoderivados o INFARMED, I.P. realiza estudos por lote que permitem a emissão de um Certificado de Autorização de Utilização do Lote de Fabrico (CAUL), onde constam o número de lote, o prazo de validade, o nome comercial, a dose, as substâncias ativas, o número de unidades de cada lote, o número de AIM e o laboratório que aprova analiticamente a qualidade e a segurança do lote (18). A encomenda destas substâncias deve ser acompanhada pelo CAUL, por uma guia de remessa e pelo relatório de análise microbiológica e físico-química. Uma vez que os hemoderivados são substâncias cuja manipulação tem exigências específicas, a receção, conferência e cedência são da responsabilidade do farmacêutico. Os boletins analíticos e certificados de aprovação, emitidos pelo INFARMED, I.P., exigidos nas requisições, são também arquivados.

Neste âmbito, foi-me permitido auxiliar a FH na cedência de hemoderivados, o que permitiu o contacto com as fichas modelo utilizadas na prescrição, e assim adquirir as competências necessárias para uma correta análise e preenchimento das mesmas.

4.3.2 Distribuição Personalizada de Estimulantes da Hematopoiese (Eritropoetinas)

O Despacho nº 29793 de 19 de novembro de 2008 prevê que: *“Todos os insuficientes renais crónicos em diálise beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, independentemente de efetuarem tratamento em unidades hospitalares ou centros de diálise extra-hospitalares, têm acesso gratuito à epoetina zeta, metoxi polietilenoglicol-epoetina beta, darbepoetina alfa, epoetina alfa e epoetina beta”* (19).

Cabe aos FH preparar esta forma de distribuição personalizada. Todos os dias a calendarização dos doentes em diálise é rececionada nos SF procedendo-se à preparação da medicação, com etiquetagem contendo os dados do doente e realizando-se o registo individual do número do lote e prazo de validade de cada unidade. Uma vez que se trata de medicação com condições de acondicionamento especial, deve ser armazenada devidamente no frio sendo garantida a sua conformidade. Para um controlo e gestão de stocks efetiva deve ser realizada a imputação do consumo no programa GHAF, devendo haver um registo do número gerado.

Neste setor permitiram-me realizar a preparação e débito da medicação para ser enviada para o Hospital de Dia de Hemodiálise, sendo esta supervisionada por uma FH.

4.3.3 Distribuição Personalizada de Medicamentos que não constam no Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento

A aquisição de produtos farmacêuticos por parte das unidades hospitalares deve ser feita com vista a cumprir o estipulado no ponto 2.1 do Despacho n.º 2061-C de 4 de fevereiro de 2013: *“É obrigatória a utilização do Formulário Nacional de Medicamentos e a observância dos protocolos de utilização de medicamentos elaborados CNFT, pelos prescretores nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde”* (20). No entanto, podem existir situações em que medicamentos não contemplados no FNM podem ser utilizados, desde que sejam incluídos em adenda ao Formulário. Estes medicamentos devem ser propostos pelo diretor do serviço hospitalar à CFT do hospital, fazendo-se acompanhar de um relatório fundamentado onde se demonstre o valor acrescentado do medicamento face às alternativas terapêuticas existentes. Após obtida concordância da CFT do Hospital a proposta é submetida à Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT). Estes medicamentos constituem, assim, medicamentos de distribuição personalizada.

Durante o período de estágio analisei os impressos correspondentes a estes medicamentos, verificando os parâmetros que devem ser preenchidos para serem submetidos à apreciação da CFT do hospital e posteriormente à CNFT e Conselho de Administração do Hospital, sendo que só após a homologação da ata da CFT é que se procede à aquisição destes medicamentos.

4.4 Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

Como referido no tópico de introdução desta secção, a Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU) é o sistema de distribuição, que pela sua segurança e efetividade é tido como o sistema de distribuição por excelência (5,6). Destina-se a doentes que se encontram em regime de internamento, sendo um sistema caracterizado pela distribuição diária (segunda a sexta-feira) da medicação em dose unitária por doente e por toma. Dado que no fim de semana os SF se encontram encerrados, à sexta-feira, a medicação é preparada para um período de 3 dias (sexta-feira, sábado e domingo) (21).

Na DIDDU, a medicação é armazenada em malas identificadas com o nome de cada doente e o número do processo. Caso esta não caiba na mala é enviada à parte com a identificação do doente. Se se tratar de um medicamento que exija condições de refrigeração, só é retirado do frigorífico no momento da entrega, sendo que previamente foi identificado com o nome do doente e colocado o rótulo - “Conservar no frigorífico 2-8°C”.

Ante de se iniciar a preparação da medicação para a DIDDU, o FH revê a prescrição médica disponibilizada por via eletrónica e *online*, atentando não só à dose, frequência e via de administração, mas também às possíveis interações medicamentosas, duplicações de

medicação e adequação do tratamento (6). Caso o FH detete alguma anormalidade na prescrição é contactado o médico prescriptor, são feitas as devidas alterações, caso seja necessário, e registado o erro. Após validada a medicação é gerado um mapa farmacoterapêutico do serviço que é enviado para o Kardex®.

No CHTAMAD, a medicação para DIDDU é preparada pelos TDT, e ao fim do dia é transportada para os serviços pelos AO.

O serviço de pediatria é o único serviço em que a medicação para DIDDU é revista e preparada por uma FH. Deste modo, durante o meu estágio nos SF do CHTMAD, pude preparar a medicação para este serviço, sob a supervisão da FH responsável pela pediatria.

4.5 Distribuição a Doentes em Ambulatório

A distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório, surge para fazer face a situações de emergência em que o fornecimento dos medicamentos não possa ser assegurado pela farmácia comunitária, bem como para realizar um controlo eficiente e rigoroso de determinadas patologias e terapêuticas prescritas. Assim, o FH assume um papel importante na interpretação e revisão da prescrição médica, sendo esta, a sua atividade central no setor de ambulatório. Neste âmbito, cabe ao FH dispensar o medicamento na dose e condições corretas, fornecer a informação para a sua correta utilização e contribuir para a deteção de potenciais reações adversas, através de programas de Farmacovigilância (Secção 7) (1).

O principal objetivo da distribuição a doentes em ambulatório visa possibilitar ao doente a continuação dos tratamentos fora do hospital, diminuindo, desta forma, o custo do internamento em meio hospitalar e os riscos associados ao internamento, como as infeções nosocomiais (1,5).

A distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório é regida por leis próprias e específicas que determinam quais os medicamentos que podem ser dispensados, de forma gratuita ao doente. Os medicamentos que englobam a dispensa gratuita em ambulatório são medicamentos de dispensa exclusiva em Farmácia Hospitalar. Apesar de alguns existirem e poderem ser dispensados via Farmácia Comunitária, mas, uma vez que estão previstos na legislação, são dispensados pelos SF hospitalares de forma gratuita.

A prescrição dos medicamentos é feita até à data correspondente à consulta seguinte, porém, a medicação cedida é apenas para um mês, tal como o previsto na Circular Normativa nº 01/CD/2012 do INFARMED, I.P. (22). Isto permite um acompanhamento mais personalizado dos doentes, fazendo uma avaliação da adesão à terapêutica e da existência de reações adversas aos medicamentos. Constitui uma exceção à Circular Normativa referida em cima a terapia antirretrovírica, que deve ser cedida para um período mínimo de 90 dias, tal como previsto no Despacho nº 13447-B/2015 de 20 de novembro (23). São ainda exceções, situações previstas e devidamente autorizadas pelo Conselho de Administração, sendo que nestes casos a dispensa pode ser efetuada para um período de tempo superior a um mês.

No CHTMAD, a farmácia de ambulatório é constituída por duas áreas, uma exterior, para os doentes entrarem e próxima de circulação vertical, e uma área de dispensa separada da área de espera e das restantes divisões dos SF de forma a promover a maior privacidade e confidencialidade do doente (5). A sala de dispensa possui armários de armazenamento de medicamentos e dois frigoríficos, havendo uma clara organização dos medicamentos por ordem alfabética, estando os da terapêutica antirretrovírica, Hepatite C e oncologia separados dos restantes. A dispensa da medicação é realizada pelo FH que deve proceder a uma identificação correta do doente e do médico que prescreveu, bem com verificar a conformidade da receita (1). Por vezes, dado o estado de saúde debilitado do doente este não se pode dirigir ao ambulatório dos SF hospitalares, pelo que a medicação pode ser cedida a um familiar ou cuidador que se deve fazer acompanhar, não apenas da receita onde estão prescritos os medicamentos necessários, mas também pela sua identificação pessoal (Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão). Contudo, caso se esteja presente o início de uma nova terapêutica, os medicamentos devem ser dispensados ao próprio doente a fim de assegurar a correta instrução da posologia e esclarecer possíveis dúvidas inerentes à terapêutica.

Aquando da dispensa, o FH deve garantir que o doente ou o cuidador assine a receita médica de forma a garantir que a recebeu medicação prescrita. A receita fica nos SF, sendo arquivada por um AT e devolvida ao doente ou cuidador a guia de tratamento. De forma a garantir uma dispensa correta, o FH deve registar na receita médica e na guia de tratamento as quantidades dispensadas, o lote e validade da medicação e ainda a data de dispensa. Sempre que possível a medicação deve ser fornecida dentro da cartonagem com o respetivo folheto informativo.

No decorrer do meu período de estágio estive várias vezes no ambulatório a assistir e auxiliar na dispensa de medicamentos por este sistema de distribuição. Para além de constituir uma das primeiras abordagens que tive com o doente, permitiu-me conhecer as patologias que têm legislação específica para permissão de dispensa em ambulatório, bem como constatar quais os medicamentos mais frequentemente prescritos para cada patologia.

4.5.1 Distribuição a Doentes em Ambulatório: Hepatite C

De um modo particular, torna-se pertinente a abordagem aquando da dispensa em ambulatório de medicação para a hepatite C, devido ao impacto que esta doença causa tendo obrigado a uma legislação específica.

Deste modo a dispensa em ambulatório deste género de medicação específica permite a garantia da equidade no acesso às terapêuticas efetivas para a Hepatite C em tempo útil, permitindo, ao mesmo tempo, um controlo do risco clínico, tal como o descrito pelo Despacho nº 1824 - B de 18 de fevereiro de 2015 (24).

Dado o custo inerente a esta medicação a sua dispensa é altamente controlada. Assim a CNFT definiu modelos de decisão técnica para melhorar a sua racionalidade, fazendo uso de um procedimento de utilização dos medicamentos para a Hepatite C, com critérios de

inclusão e exclusão rigorosos, medidas de monitorização do cumprimento dos protocolos e avaliação dos resultados clínicos da utilização destes medicamentos (24).

Para a efetividade de utilização desta medicação e consequente prescrição e dispensa, o médico deve registar o pedido de terapêutica, fornecendo a informação sobre o genótipo e subtipo do vírus, informação demográfica, e alguns dados clínicos do doente, nomeadamente terapêutica realizada anteriormente, no “Portal da Hepatite C” do INFARMED, I.P.

Uma vez que esta medicação é aprovada para um determinado doente, há necessidade de identificar toda a medicação, deste modo e de forma a garantir a confidencialidade, as caixas são identificadas pelas 3 primeiras consoantes do apelido do doente e pelas 2 primeiras consoantes do nome próprio (1). Apesar da terapêutica estar aprovada e todo o tratamento se encontrar disponível nos SF, só é realizada dispensa para um período de 30 dias, tal como previsto pela Circular Normativa nº 01/CD/2012 do INFARMED, I.P. (22).

A pertinência desta subsecção, no âmbito da distribuição a doentes em ambulatório ganha importância uma vez que esta é a principal forma de dispensa da medicação ao doente com Hepatite C. No estágio realizado no CHTMAD, tive oportunidade de me deparar com situações de dispensa desta terapêutica, sendo momentos de sensibilização não apenas para um correto acompanhamento do doente, mas também para a manutenção da sua confidencialidade.

5. Produção e Controlo

A formulação e preparação de medicamentos de forma controlada é uma área da Farmácia Hospitalar designada Farmacotecnia. Para uma produção e controlo eficazes de formas farmacêuticas estéreis e não estéreis, é necessário o cumprimento de normas elaboradas de acordo com os requisitos legais em vigor (5).

Assim, existem preparações farmacêuticas realizadas e dispensadas pelos SF do CHTMAD que objetivando a garantia da qualidade são preparados de forma segura e eficaz. Porém, devido às melhorias técnicas e avanços científicos na Indústria farmacêutica os procedimentos de produção e controlo de medicamentos são realizados apenas: quando os medicamentos comercializados são inadequados às características fisiopatológicas inerentes a grupos de doentes específicos, quando existem condições de manipulação especiais, quando há necessidade de procedimentos de reembalagem, quando ocorre descontinuação ou não há a introdução no mercado de determinado fármaco. De forma a responder a estas exigências os SF devem estar aptos a abranger a preparação de formas farmacêuticas estéreis e não estéreis (25).

5.1 Preparação de Formas Farmacêuticas Não Estéreis

Constituem preparações de formas farmacêuticas não estéreis o processo de reembalagem de doses unitárias sólidas, a preparação de doses individuais e específicas para determinados grupos de doentes, preparação de medicamentos manipulados e preparações assépticas realizadas em ambiente controlado, não esterilizado (6, 25).

5.1.1 Reembalagem de doses unitárias sólidas

A reembalagem é um processo fundamental nos sistemas de distribuição permitindo dispor do medicamento de forma individualizada, na dose prescrita, diminuindo o tempo de preparação do fármaco para administração pelo serviço de enfermagem, minimizando o risco de contaminação e os erros de administração (26).

Qualquer produto farmacêutico dispensado sobre a forma unitária pelos SF do CHTMAD está devidamente identificado com a Denominação Comum Internacional (DCI), lote, data de validade e laboratório fornecedor. Porém, alguns blisters não se encontram adaptados a esta realidade, pelo que é necessário recorrer à reembalagem. Outro motivo que leva os SF a recorrerem a este processo é a inexistência, no fornecedor da dose prescrita pelo que é necessário fracionar os fármacos de dose mais elevada, com posterior reembalagem (5, 6).

O processo de reembalagem ocorre numa área separada fisicamente das restantes áreas dos SF, sendo um processo realizado por um TDT e supervisionado por um farmacêutico.

O prazo de validade constitui o parâmetro determinante no processo de reembalagem, sendo que, se não ocorrer a remoção do medicamento do blister este permanece igual ao definido pelo fabricante. Porém, caso ocorra a remoção do medicamento do blister, aquando do seu fracionamento, o prazo de validade deverá ser calculado tendo em conta uma das seguintes situações: 25% do tempo restante entre a data de reembalagem e o prazo de validade indicado pelo fabricante, ou 6 meses após a reembalagem, se 25% da diferença de tempo entre a reembalagem e a data de validade indicada pelo fornecedor for maior ou igual a seis meses (26).

5.1.2 Preparação de Doses Individuais e Específicas

Em especialidades como Pediatria, dadas as diferenças fisiológicas proeminentes, a preparação de medicamentos em doses individuais e específicas assume especial importância. Associada a estas diferenças fisiológicas acresce a dificuldade de deglutição das formas sólidas, sendo essencial produzir formulações que facilitem a administração neste grupo de doentes. Deste modo os SF, optam muitas vezes por produzir doses individuais, os “papeis farmacêuticos”, obtidos por pulverização das formas sólidas orais comercializadas, e pela preparação de formulações orais líquidas extemporâneas.

No decorrer do estágio no CHTMAD, tive a oportunidade de observar a produção de “papeis farmacêuticos” de Pantoprazol para o serviço de Pediatria, sendo este o principal medicamento preparado em dose individual nos SF.

5.1.3 Medicamentos Manipulados

Apesar de terem caído em desuso, os SF do CHTMAD ainda produzem alguns medicamentos manipulados, sendo este um procedimento executado mediante prescrição médica. Esta prescrição deve ser analisada atentamente, nomeadamente no que respeita à segurança da preparação, à dose prescrita e potenciais incompatibilidades.

A produção de medicamentos manipulados ocorre num local específico dos SF, sendo realizada por um TDT ou FH, responsável pela realização e confirmação dos cálculos necessários à preparação, pela sua correta elaboração e pelo registo na folha de Preparação de Manipulados. O produto final deve satisfazer os requisitos da prescrição médica e respeitar as exigências estabelecidas na monografia galénica da forma farmacêutica constante na Farmacopeia Portuguesa. O produto final é ainda corretamente rotulado com: nome do local de trabalho (SF do CHTMAD), nome da Diretora Técnica do mesmo, a DCI, forma farmacêutica, dosagem, quantidade dispensada, data de validade, nome do doente ou número do processo clínico (se possível) entre outras informações pertinentes, nomeadamente a forma de conservação se esta for especial (25).

Atualmente a quantidade de medicamentos preparados no CHTMAD é muito reduzida, uma vez que há medicamentos manipulados com pouca rotatividade, o que não justifica a aquisição de matérias-primas e a sua manutenção em stock. Deste modo, sempre que ocorre a prescrição de um medicamento manipulado que não pode ser preparado no CHTMAD, é solicitada a sua realização à Farmácia Comunitária de Lordelo que assegura a sua preparação nas condições de qualidade e segurança necessárias. Em última instância e caso seja um medicamento estéril específico, o pedido é feito ao Hospital de São João, no Porto, com o qual o CHTMAD estabelece protocolo, nomeadamente para preparações destinadas à Neonatologia.

Durante o período de estágio no CHTMAD, tive a oportunidade de observar a preparação da suspensão IPO, utilizada no tratamento das mucosites, constituída por nistatina (antifúngico), lidocaína a 2% (anestésico) e bicarbonato de sódio a 1,4% (corretor do pH). Para além desta preparação também são realizadas: a solução de ranitidina, a solução de furosemida, o soluto de Lugol, ácido acético a 5%, ácido tricloroacético a 35% e a 5%, pomada de vaselina salicilada a 5%, citrato de sódio a 3%, entre outras, como pude constatar pela análise do *dossier* onde estão arquivadas as folhas de preparação.

5.2 Produção de Formas Farmacêuticas Estéreis

As formas farmacêuticas estéreis, como os medicamentos citotóxicos e as misturas para nutrição parentérica, são realizadas obrigatoriamente sob a supervisão de um FH e requerem um ambiente controlado, de forma a evitar problemas associados à estabilidade e

esterilidade. Deste modo, durante a sua realização, fatores ambientais como temperatura, humidade e pressão devem ser corretamente controlados (5).

5.2.1 Medicamentos Citotóxicos

O CHTMAD, possui uma Unidade Centralizada de Preparação de Citostáticos (UCPC), alocada ao Centro Oncológico, onde ocorre a preparação dos medicamentos citotóxicos, e que é da responsabilidade dos SF. A UCPC, obedece a um conjunto de normas e procedimentos específicos, de forma a garantir o cumprimento dos padrões de qualidade e esterilidade necessários.

Sendo preparações estéreis, exigem condições especiais de modo a evitar contaminação microbiológica e a existência de pirogénios. Assim a sala de preparação apresenta um sistema de duas portas de duplo encravamento que ligam a uma antecâmara de passagem obrigatória, sendo uma porta do lado de fora da sala de preparação e outra no interior, estando uma porta fechada enquanto a outra está aberta. A sala de preparação também possui uma janela de dupla porta para transferência de produtos. A transferência dos produtos é procedida de uma vaporização com álcool etílico a 70%, estando obrigatoriamente uma porta fechada quando a outra estiver aberta (5,27).

A sala de preparação deve apresentar uma pressão negativa, sendo esta verificada diariamente. Outras características que pode observar inerentes à sala de preparação foram a existência de superfícies expostas lisas, impermeáveis e sem juntas o que permite minimizar a libertação e acumulação de partículas e facilitar aplicação de agentes de limpeza e desinfetantes (5,27).

Antes da sessão de quimioterapia ter o parecer positivo por parte do médico, o doente é submetido a análises hematológicas e exames que o clínico considere relevantes para determinar a viabilidade da sessão. De seguida, e caso o doente reúna todas as condições para receber o tratamento, a informação é transmitida à equipa de enfermagem e a prescrição é enviada, no impresso próprio (Anexo VIII), para os SF através de um AO, que também se faz acompanhar do colante de identificação do doente, que será utilizado para identificar os fármacos dispensados, no Livro de Registos. A preparação destes medicamentos só ocorre depois da validação da prescrição pelo FH responsável pela UCPC.

O FH procede à confirmação da prescrição mediante o protocolo de quimioterapia instituído, sendo que, qualquer não conformidade deve ser registada e reportada ao médico prescritor. Caso esteja prescrita pré-medicação, a sua dispensa ocorre de imediato, sendo este ato da responsabilidade do FH.

Cabe ainda ao FH, a realização dos cálculos necessários, de acordo com a superfície corporal do doente, o protocolo de quimioterapia e a elaboração do rótulo de identificação. O rótulo para além de fornecer os dados do doente, deve facultar informação quanto ao citostático e reconstituente utilizado, sistema de administração, e sempre que aplicável, o diluente utilizado. No rótulo também deve constar o resultado do cálculo que serve de

protocolo à preparação e a velocidade de infusão, possibilitando instruções acrescidas relativas à administração.

O material necessário para a preparação do citostático, nomeadamente o reconstituente, o diluente (quando necessário), o fármaco e o sistema de administração, é preparado pelo FH e transferido para o interior da câmara de preparação. Antes deste material ser transferido para dentro da câmara, deve ocorrer o registo dos lotes e volumes dos fármacos utilizados num Mapa de Produção Diário e, dos soros de diluição, num Mapa de Produção Semanal.

A preparação dos medicamentos citostáticos, ocorre numa Câmara de Fluxo Laminar Vertical (CFLV) do tipo IIB, sendo realizada por um TDT destacado para a preparação dos fármacos apoiado por outro TDT, responsável por fornecer ao operador todo o material necessário para a preparação e verificar todas as medições e procedimentos realizados. Os TDT devem entrar na CFLV devidamente protegidos, de forma a garantir a segurança pessoal e de terceiros (5).

Antes de ser devidamente acondicionada e rotulada, a preparação é avaliada quanto há existência de partículas suspensas e coloração. O TDT de apoio deve notificar o FH que se encontra no exterior da CFVL, permitindo que este confirme que o volume da preparação corresponde ao doente e ao fármaco prescrito. A preparação finalizada é enviada para o Hospital de Dia ou internamento, sendo transportada por um AO, em malas próprias, com a indicação de “Material Citotóxico”, juntamente com o livro de registo da receção da preparação que deve ser assinado pelo enfermeiro.

Caso seja detetada uma não conformidade ou haja interrupção da administração, a preparação é enviada para o circuito de resíduos para posterior incineração, devendo ser anotada a ocorrência na folha de registo de inutilizações de citostáticos. Por outro lado, caso os citostáticos não sejam administrados são devolvidos à UCPC, sendo avaliada a possibilidade de reutilização mediante as condições apresentadas (27).

De modo a evitar desperdícios, no final de cada dia o FH, responsável pela UCPC, avalia a calendarização dos ciclos de quimioterapia para o dia seguinte, de modo a verificar a possibilidade de conservação dos fármacos remanescentes no interior da CFLV. Quando a estabilidade do fármaco o permite, este é armazenado no respetivo diluente, ficando o frasco devidamente identificado com o nome e o volume, porém quando o fármaco apresenta pouca estabilidade, procede-se à sua rejeição para uma *biobox*, que posteriormente é encaminhada para incineração, juntamente com todo o material clínico que esteve em contacto com os citostáticos.

Durante o estágio no CHTMAD, tive a oportunidade de contactar, durante uma semana, com a realidade da UCPC, sendo possível observar toda a dinâmica inerente a produção dos citostáticos, bem como, realizar algumas das atividades da responsabilidade do FH, como o registo dos medicamentos e posterior envio para o interior da sala de preparação, dispensa da pré-medicação e verificação dos citostáticos preparados.

5.2.2 Preparação de Nutrição Parentérica

A elevada oferta por parte da indústria farmacêutica e o reduzido número de doentes com necessidade de bolsas de nutrição parentérica, levou o CHTMAD a optar pela não realização deste tipo de preparações. Deste modo, os SF do CHTMAD, são responsáveis pela aquisição de bolsas bi ou tri compartimentadas, previamente formuladas pela indústria, que podem ser centrais ou periféricas consoante a osmolalidade da preparação. Em casos excecionais, como a necessidade de bolsas de nutrição parentérica para Neonatologia, o CHTMAD recorre aos serviços do Hospital de S. João, no Porto, para a sua preparação.

Embora não seja prática dos SF do CHTMAD, durante o período de estágio tive a oportunidade de abordar este assunto com a diretora técnica dos SF, permitindo-me esclarecer todas as dúvidas no que toca, não só à preparação de nutrição parentérica, mas também à utilização da nutrição entérica.

6. Informação Sobre Medicamentos e Atividades de Farmácia

Clínica

6.1 Informação Passiva e Informação Ativa

O carácter multidisciplinar associado a um centro hospitalar, permite que, sempre que necessário, os profissionais de saúde recorram aos SF para esclarecer questões relativa aos fármacos ou esta informação pode ser cedida como iniciativa dos SF sempre que estes achem pertinente. Deste modo a informação dada pelo farmacêutico pode adquirir um carácter ativo ou passivo (5).

Na forma passiva da cedência de informação pelo FH, o contacto pode ocorrer de forma pessoal, via telefónica ou por escrito, designando-se pedido de informação (5). Este pedido é registado num modelo próprio. Caso seja uma questão inexistente na base de dados, cabe ao FH realizar uma pesquisa bibliográfica que sustente a informação concedida de forma a que esta seja concreta e sucinta. O pedido de informação é constituído pela questão realizada, a forma como foi realizada, por quem foi realizada, quando foi realizada, os dados do doente, caso seja necessário, a fonte bibliográfica utilizada, os documentos que foram enviados para sustentar a resposta e a resposta enviada, devidamente assinada e datada. Após preenchidas as folhas de pedido de informação estas são armazenadas na base de dados do registo de informações enviadas.

A informação ativa é realizada por iniciativa dos SF, utilizando o Centro de Informação do Medicamento (CIM), sendo caracterizada pela dinamização de seminários e realização de panfletos para o doente (5).

Durante o estágio no CHTMAD, assisti diversas vezes à prestação de informação por via passiva, sendo o contacto telefónico a forma mais utilizada para a sua transmissão. Neste âmbito, foi-me solicitado realizar o registo dos pedidos de informação na base de dados, permitindo-me concluir que, na maioria das vezes estes se prendem com as formas de

administração existentes para determinado fármaco, a forma correta de o administrar e a disponibilidade deste, nos SF.

6.2 Erros de Medicação

Uma das mais importantes atividades de Farmácia Clínica praticada pelo FH é a deteção de erros de medicação. A deteção precoce destes erros pode evitar danos prejudiciais ao doente, bem como evitar encargos desnecessários para os SF, o próprio hospital e até para o erário público.

Consideram-se erros de medicação, ocorrências relacionadas com a prática profissional, produtos, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, transcrição, etiquetagem, reembalagem, nomenclatura, dispensa, conservação, distribuição, administração, educação, monitorização e uso (28).

No CHTMAD, a deteção de erros é vista numa perspetiva formativa e não punitiva, pelo que se tem em consideração que as notificações não poderão ser utilizadas com outros fins, senão aqueles que permitem a análise das causas do erro, de forma a garantir a melhoria continua dos serviços (28).

Todos os erros de medicação são registados num impresso próprio que fica arquivado (Anexo VIII) (28). As notificações podem ser realizadas pelo FH, ou pelo médico ou enfermeiro. Este registo permite uma gestão do erro de medicação com uma avaliação periódica das causas do erro e propostas de melhoria. As avaliações realizadas são enviadas para o Gabinete de Qualidade e apresentadas nas reuniões da CFT.

Durante o estágio nos SF, foi-me permitido participar na gestão do erro de medicação, realizando um estudo estatístico relativo ao ano de 2016, que foi enviado para o Gabinete de Qualidade.

7. Farmacovigilância

A Farmacovigilância tem como objetivo promover a qualidade e segurança dos medicamentos, defendendo não apenas o doente, mas também a Saúde Pública. Assim torna-se importante a deteção, avaliação e prevenção das Reações Adversas a Medicamentos (RAM).

O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) surge em 1992, sendo constituído pela Direção Geral do Risco de Medicamentos do INFARMED, I.P. e por sete Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF). Cada URF tem a função de promover ações de formação juntos dos notificadores e avaliar as notificações de RAM ocorridas na sua área geográfica. Uma vez que a terapêutica utilizada a nível hospitalar é múltipla e complexa, a existência destas unidades reveste-se de elevada importância (5,29). O SNF monitoriza a segurança dos medicamentos com AIM nacional, sendo que quaisquer RAM associadas a medicamentos com AUE devem ser comunicadas ao INFARMED, I.P ou a uma URF, tal como previsto na alínea c) do artigo 9º, Secção I, Capítulo II do Anexo da Deliberação nº 1546/2015 de 6 de agosto (30).

O FH desempenha um papel fundamental nos programa de Farmacovigilância. Assim, adquire a responsabilidade de controlar a terapêutica administrada a cada doente, dando particular atenção aos efeitos adversos que possam surgir, à recolha de informação sobre interações medicamentosas, interações da ordem fármaco/alimento, duplicação de prescrição, RAM, incompatibilidades e uso indevido dos medicamentos.

Sempre que seja detetada uma RAM, cabe ao profissional de saúde e mesmo ao doente notificar o INFARMED, I.P., qualquer que seja a sua gravidade. Esta informação pode concluir a uma nova avaliação risco/benefício do fármaco em causa, cuja conclusão determina qual a relevância a atribuir à RAM encontrada (29).

Toda a informação recolhida pelo INFARMED, I.P. é comunicada não só ao titular de AIM, mas também à Agência Europeia do Medicamento (EMA), originando uma base de dados internacional.

Neste âmbito, apesar de durante o período de estágio nos SF não ter existido nenhuma notificação de RAM, foi-me explicado todo o processo de notificação, havendo uma constante sensibilização para a importância do FH nos programas de Farmacovigilância.

8. Ensaios Clínicos

Os Ensaios Clínicos, uma vez que se tratam de uma forma de investigação clínica estão previstos e definidos na Lei nº 21/2014, de 16 de abril. Deste modo e segundo o redigido pela lei citada anteriormente, considera-se um Ensaio Clínico: *“qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”* (31).

O CHTMAD é um participante ativo na realização de Ensaios Clínicos, sendo que, aquando da realização deste estágio, estavam a decorrer 14 ensaios clínicos, distribuídos por várias especialidades, sendo cada um da responsabilidade de uma farmacêutica, que garante que todo o processo é seguido à risca nomeadamente no que diz respeito ao correto preenchimento da documentação, à dispensa do medicamento em estudo e à receção do medicamento devolvido pelo doente. Os SF são assim responsáveis pela receção, armazenamento, preparação, dispensa, recolha e devolução ou destruição do medicamento (32, 33).

Os Ensaios Clínicos, sobretudo os que envolvem seres humanos, devem ser realizados segundo o estipulado nas Boas Práticas Clínicas, particularmente no que diz respeito às questões éticas e científicas aquando do registo e notificação (6). A Comissão de Ética para a Investigação Clínica surge da necessidade de garantir o cumprimento das Boas Práticas, sendo uma das suas competências a emissão de pareceres para realização de Ensaios Clínicos que

utilizam Medicamentos de Uso Humano. Deste modo, esta Comissão salvaguarda a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos participantes no Ensaio Clínico.

Para um Ensaio Clínico ser aplicado nas unidades hospitalares, é necessária uma aprovação prévia pelo INFARMED, I.P. Só assim, o Ensaio Clínico pode ser distribuído pelos hospitais onde vai ser realizado, sendo que nessa altura, o FH responsável recebe um *dossier*, onde está toda a documentação respeitante ao Ensaio Clínico.

No CHTMAD, a receção de medicamentos relativos aos Ensaio Clínicos é da responsabilidade da FH, responsável por este setor, que deve verificar todas as condições qualitativas e quantitativas da encomenda, sendo que a guia de remessa é arquivada no *dossier* do medicamento, de forma a facilitar um maior controlo (33).

Sempre que o medicamento experimental é rececionado, o promotor do ensaio deve ser informado da sua conformidade. O promotor é uma entidade singular ou coletiva, instituto ou organismo, responsável pela conceção, realização, gestão ou financiamento de um estudo clínico. O armazenamento do medicamento experimental deve ter em consideração o preenchimento da Ficha de Ensaio Clínico, o registo da data de receção, do número de caixas, o lote, o prazo de validade e o nome do FH que realizou a conferência. Caso seja detetada alguma não conformidade, esta deve ser também registada (33).

O processo de dispensa de um medicamento experimental é um processo metuculoso, sendo que sempre que ocorra uma dispensa, é preenchido o modelo definido pelo promotor para o registo do ensaio segundo um protocolo estabelecido, sendo registada a quantidade do medicamento distribuída e data de distribuição, assim como as iniciais para validação do promotor. Também é feito o registo do número do Centro de Investigação, o nome do investigador, as iniciais do participante, a descrição do medicamento, o número de randomização e outras informações exigidas pelo protocolo. Quando o participante regressa ao Centro de Investigação, o medicamento experimental não administrado deve ser devolvido, sendo registada a quantidade ou o número de embalagens vazias. Isto permite o seguimento do participante e verificar se está a ocorrer uma correta adesão à terapêutica (33).

No ensaio clínico há ainda um profissional dotado de competência científica ou clínica, que é designado pelo promotor, para acompanhar o estudo clínico e para o manter permanentemente informado, relatando a sua evolução e verificando as informações e dados coligidos. Quando solicitado pelo monitor, é feita a reconciliação do medicamento e a sua devolução para posterior destruição, acompanhada por uma guia de transporte, elaborada pelo monitor e assinada pelo FH responsável (33).

Durante o estágio no CHTMAD, todo o processo relativo aos ensaios clínicos foi-me explicado pela FH responsável por este setor, sendo que tive a oportunidade de consultar os dossiers existentes nos SF e assistir à receção de medicamentos experimentais.

9. Farmacocinética Clínica: monitorização de fármacos na prática clínica

No CHTMAD, a farmacocinética não está inserida nos SF, estando restrita aos profissionais de saúde que exercem as suas funções em laboratório, dirigido por um médico patologista. Porém, durante o estágio visitei os serviços de análises clínicas do CHTMAD onde me foi explicada a dinâmica desta atividade na unidade hospitalar.

Deste modo, e uma vez que a farmacocinética objetiva principalmente a administração e monitorização de fármacos através das medições de nível sérico de fármaco, foi-me explicado que no caso do CHTMAD, as principais determinações séricas são efetuadas a nível de imunossuppressores, nomeadamente Tracolimus, Sirolimus, Ciclosporina e Everolimus, podendo também ocorrer monitorização de outros fármacos como a Carbamazepina. A determinação das concentrações sérica segue protocolos específicos, realizando-se sempre um ensaio de controlo. Nesta perspetiva tive a oportunidade de, para além de assistir à determinação das concentrações séricas dos fármacos imunossuppressores referidos acima, de realizar um dos ensaios de controlo, tendo por base o protocolo utilizado.

10. Comissões Técnicas

No CHTMAD, as comissões técnicas assumem um caráter importante enquanto indicadores de qualidade hospitalar e como estimulantes na criação de novos critérios de excelência que contribuem para a contínua melhoria dos serviços de saúde.

Constituem comissões técnicas do CHTMAD: comissão de coordenação oncológica, comissão de normalização de consumos, comissão técnica da certificação da conformidade da interrupção da gravidez, comissão de qualidade e segurança, comissão de medicina transfusional, comissão de informatização clínica, comissão de gestão de vagas, comissão de farmácia e terapêutica, comissão de ética e grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (4). No entanto, uma vez que nem todas carecem da obrigatoriedade da presença de FH, neste relatório apenas serão abordadas as três comissões técnicas cuja legislação determina como imperativo a presença do FH: comissão de farmácia e terapêutica, comissão de ética e grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

10.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão de apoio técnico de caráter consultivo do conselho de administração do hospital (34). Tem um papel decisivo na seleção de medicamentos, funcionando como um órgão de assessoria, consulta, coordenação e informação em relação ao medicamento. É da sua responsabilidade avaliar a necessidade de inclusão de fármacos no arsenal terapêutico, tendo em consideração a população alvo da sua

assistência e o valor terapêutico dos mesmos, bem como definir os critérios de utilização e monitorização do seu uso (35).

A principal função da CFT é zelar para que o hospital disponha de uma política para a utilização do medicamento que assente numa estratégia de informação que garanta o maior rigor e segurança possíveis na prescrição farmacológica, visando também a sustentabilidade da despesa. Desta forma a CFT, objetiva a racionalização de custos, a uniformização de critérios e a eficácia no tratamento do doente (35,36).

A CFT, é constituída por seis elementos, três médicos e três farmacêuticos, sendo presidida pelo Diretor Clínico do hospital que nomeia os médicos, cabendo à Diretora Técnica dos SF, nomear os farmacêuticos. Dada a dimensão do CHTMAD, a CFT reúne pelo menos uma vez por mês (35,36).

Constituem competências da CFT: zelar para que o hospital disponha de medicamentos necessários e adequados para a prestação de cuidados a todos os doentes; definir a política de utilização dos medicamentos; recolher, estudar e notificar reações adversas inerentes ao uso de medicamentos; difundir a informação necessária ao uso racional de medicamentos; promover estudos de utilização de medicamentos; elaborar a lista de equivalentes terapêuticos; fomentar a cooperação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos; analisar e elaborar adendas privativas de aditamento ou exclusão de medicamentos do FHNM; e fazer cumprir o FHNM e suas adendas (35,36).

A CFT poderá nomear subcomissões ou grupos de trabalho com caráter consultivo para determinadas áreas terapêuticas cujos, pareceres deverão ser entregues à CFT (35).

Durante o período de estágio no CHTMAD, tive a oportunidade de analisar o *dossier* relativo à CFT existente nos SF, bem como consultar a legislação inerente a esta comissão.

10.2 Comissão de Ética

Com o objetivo de dinamizar a reflexão sobre os problemas éticos, surge o Decreto-Lei nº 97/95, 10 de maio, que se destina à instituição de Comissões de Ética nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. Assim, cabe à Comissão de Ética zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, de forma a garantir a integridade e dignidade humanas (37).

A Comissão de Ética apresenta-se como uma comissão de apoio técnico e consultivo, multidisciplinar, constituída por sete membros designados entre farmacêuticos, médicos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos, entre outros profissionais da área das ciências sociais e humanas (34,37).

As competências inerentes à Comissão de Ética devem assentar no plasmado no artigo 6º, do Decreto-Lei nº 97/95, 10 de maio (37).

10.3 Grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Como o estipulado pelo Despacho nº 2902/2013, 22 de fevereiro, a criação de um Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), resultante da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção e do Programa Nacional de Prevenção das Resistências a Antimicrobianos, objetiva a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (38).

De modo a implementar e fazer cumprir estes objetivos a nível local, o Despacho n.º 15423/2013, 26 de novembro visa a criação de um Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, que substitui as Comissões de Infeção Hospitalar e as Comissões de Antibióticos. Como o imposto neste Despacho, o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, é um grupo multidisciplinar, que inclui, obrigatoriamente na sua composição, para além de outros profissionais de saúde, o FH (39).

No caso do CHTMAD este grupo é composto por: por médicos de diferentes áreas, nomeadamente medicina interna e cirurgia, um assistente de patologia clínica, um FH e vários enfermeiros.

É da competência do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e uso de antimicrobianos, promover práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que diz respeito à higiene das mãos, ao uso de equipamento proteção individual e controlo ambiental, que no caso do CHTMAD era feita mediante a afixação de cartazes informativos em zonas destinadas ao efeito. É ainda da sua competência rever e validar as prescrições de, pelo menos carbapenemes e fluorquinolonas, nas primeiras 96h após prescrição, garantir o cumprimento dos programas de vigilância epidemiológicas, entre outras competências que se encontram plasmadas no ponto 13 do Despacho n.º 15423/2013, 26 de novembro, sendo que as competências atrás referidas foram aquelas que mais me atentaram durante a exposição do funcionamento do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, no CHTMAD, durante o período de estágio (39).

Ainda durante o estágio tive a oportunidade de contactar com toda a legislação referente ao PPCIRA e analisar o *dossier* existente nos SF, onde estão discriminadas algumas das atividades realizadas neste âmbito.

11. Outras Atividades

Durante o estágio realizado nos SF do CHTMAD, tive a oportunidade de desenvolver outras atividades que não estavam descritas na Caderneta do Aluno. Estas atividades constituíram momentos de enriquecimento pessoal e profissional, pondo à prova alguma teoria adquirida ao longo do MICF.

Neste âmbito, foi-me proposto a realização de um *draft* de um Programa de Reconciliação Farmacoterapêutica (Anexo IX). A Reconciliação Farmacoterapêutica é uma ferramenta importante que deveria ser utilizada sempre que possível no meio hospitalar, pois é fundamental para reduzir o número de internamentos, bem como evitar ou corrigir situações de polimedicação existentes. Uma vez que durante o meu estágio nos SF do CHTMAD estive acompanhada por mais duas alunas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto a realização do *draft* resultou de um intenso trabalho de equipa.

Durante o período de estágio, e uma vez que os SF estão em contacto permanente não apenas com o doente, mas também com os serviços existente na unidade hospitalar tive oportunidade de realizar a análise estatística dos inquéritos de satisfação dos utentes e dos serviços (Anexo X). Este género de questionários constitui uma atividade fundamental para a monitorização e avaliação da qualidade dos SF.

De forma a enriquecer o meu conhecimento nas mais diversas áreas disponibilizadas no CHTMAD, durante o estágio tive a oportunidade de assistir a três Consultas da Dor. Aqui, apesar de o papel do FH não estar muito presente, constatei a importância deste género de consulta, nomeadamente para o doente oncológico, e da sua importância na melhoria da qualidade de vida do doente.

O CHTMAD proporciona com alguma frequência conferências para os seus colaboradores, garantindo a sua constante formação. Durante este estágio tive a oportunidade de participar numa conferência intitulada “Eutanásia vs Distanásia”. Este tema, dada a sua atualidade, permitiu-me um maior esclarecimento sobre esta temática.

Por último, durante o período de estágio, os SF do CHTMAD foram alvo de um processo de inspeção por parte do INFARMED, I.P. Neste âmbito, pude auxiliar as FH na preparação de alguns documentos que foram solicitados pelos inspetores destacados pelo INFARMED, I.P. Esta atividade constituiu um momento de enriquecimentos pessoal e profissional, permitindo-me uma reflexão sobre a importância do trabalho diário do FH, algumas vezes subvalorizado.

Considerações Finais

No final do período de estágio no CHTMAD, posso concluir que do FH é esperado muito mais que um apoio ao serviço clínico. Espera-se que o FH tenha um conhecimento concreto das patologias mais prevalentes e dos medicamentos mais eficazes no seu tratamento, para que possa interpretar e validar a prescrição médica, efetuando muitas vezes intervenções que constituem verdadeiros ganhos em saúde para o doente.

Para além do conhecimento científico que lhe é inerente, também é esperado que o FH seja dotado de sensibilidade humana, capacidade de atuar em equipas multidisciplinares e exercer, muitas vezes, as suas funções sob um elevado nível de *stress*.

Considero assim que na prática da Farmácia Hospitalar, constituem áreas de conhecimento fundamentais a farmacoterapia, a farmacoepidemiologia, a farmacoeconomia,

a fisiopatologia, sendo fundamentais para uma prática clínica segura, eficaz e de excelência, havendo sempre a necessidade da constante atualização científica.

Um estágio curricular desta índole, constituiu um momento de contínua aprendizagem, superação e aplicação de todos os conhecimentos teóricos adquiridos durante o MICF, sendo uma mais valia no meu crescimento enquanto profissional e enquanto pessoa.

Referências Bibliográficas

1. Viegas E, Falcão F, Cabrita J. Tópicos em Farmácia Clínica e Intervenção Farmacêutica. 2016.
2. Decreto-Lei nº 44 204, de 2 de fevereiro de 1962. Regulamento geral da Farmácia hospitalar. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
3. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. Disponível em <http://chtmad.com/> [Acedido: 14-fev-2017]
4. Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. 2007
5. Manual da Farmácia Hospitalar: Ministério da Saúde. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005.
6. Boas Práticas de Farmácia Hospitalar. Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, Ordem dos Farmacêuticos. 1999
7. Norma de Procedimento “Apresentação do Serviço”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
8. Norma de Procedimento “Gestão de Recursos Humanos”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
9. Despacho n.º 13885/2004, de 25 de junho. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos - Obrigatoriedade de utilização. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
10. Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro. Regulamenta as comissões de farmácia e de terapêutica dos hospitais do sector público administrativo (SPA) integrados na rede de prestação de cuidados de saúde referidos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
11. Portaria n.º 981/98, de 8 de junho. Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
12. Norma de Procedimento “Missão, Visão e Política da Qualidade”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
13. Norma de Procedimento “Reposição de stocks”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE
14. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, alterado pela Declaração de retificação n.º 20/93, publicada na I Série-A do Diário da República n.º 43, de 20 de Fevereiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
15. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Estatuto do Medicamento. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.

16. Despacho Conjunto dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde nº 1051 de 4 de setembro de 2000, publicado no Diário da República nº 252, 2ª série de 30 de outubro de 2000. Procedimentos de registo de requisição, distribuição e administração dos medicamentos hemoderivados.
17. Despacho n.º 28356/2008, de 13 de outubro publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 69, de 8 de abril de 2008. Aquisição dos produtos derivados do plasma humano. Revoga o despacho do Ministro da Saúde n.º 5/95, de 25 de janeiro. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
18. Certificado de Autorização de Utilização do Lote de Fabrico. Disponível em <http://www.infarmed.pt> [Acedido:20-fev-2017].
19. Despacho nº 29793 de 19 de novembro de 2008.
20. Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 24, 1.º Suplemento, de 4 de fevereiro de 2013. Cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e estabelece as suas competências e composição. INFARMED- Gabinete Jurídico e Contencioso.
21. Norma de Procedimento “Distribuição Unitária”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
22. Circular Normativa nº 01/CD/2012. Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar.
23. Despacho nº 13447-B/2015 de 20 de novembro. Estabelece disposições para a dispensa da terapêutica antirretrovírica.
24. Despacho n.º 1824-B/2015, de 18 de fevereiro. Define os critérios clínicos de doentes no acesso a medicamentos para o tratamento da Hepatite C e a assunção de garantias de cumprimento de prazos e critérios que assegurem equidade de acesso dos doentes aos respetivos tratamentos e por consequência a integração no Formulário Nacional de Medicamentos.
25. Norma de Procedimento “Preparação de Medicamentos”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
26. Norma de Procedimento “Reembalagem”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
27. Norma de Procedimento “Preparação e Dispensa de citostáticos”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
28. Norma de Procedimento “Registo e Análise de Erros de Medicação”. Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
29. Farmacovigilância. Disponível em <http://www.infarmed.pt> [Acedido:01-mar-2017].
30. Deliberação nº 1546/2015 de 6 de agosto.
31. Lei n.º 21/2014, de 16 de abril. Aprova a lei da investigação clínica.
32. Norma de Procedimento “Boas Práticas em Ensaio Clínicos”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.

33. Norma de Procedimento “Ensaio Clínicos”, Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD,EPE.
34. Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.
35. Regulamentos da Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHTMAS, EPE.
36. Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro
37. Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio. Regulamenta as comissões de ética para a saúde.
38. Despacho nº 2902/2013, 22 de fevereiro.
39. Despacho n.º 15423/2013, 26 de novembro

Capítulo III - Estágio em Farmácia Comunitária: Farmácia Montezelos, Vila Real

Introdução

A Farmácia Comunitária é um estabelecimento de saúde, por excelência cujo principal objetivo é a cedência de medicamentos, de forma segura, informada e eficiente, minimizando os riscos inerentes ao uso dos medicamentos e permitindo uma constante avaliação da sua utilização, de forma a reduzir a elevada morbi-mortalidade associada aos medicamentos (1).

O farmacêutico inserido numa comunidade em constante mudança, necessita cada vez mais de assumir um papel multifacetado, indo muito para além da dispensa de medicamentos. Deste modo, estabelece-se o conceito de farmacêutico comunitário que se responsabiliza pelas necessidades do doente e da comunidade, tornando a farmácia uma unidade imprescindível para o funcionamento completo do sistema de saúde. Assim, ações de promoção para a saúde, assentes em educação, proteção e prevenção, tornam a farmácia local de formação e pedagogia na saúde, e o farmacêutico, o seu porta-voz na difusão de prestação de cuidados em saúde eficaz e informada (1).

O estágio curricular no âmbito da Farmácia Comunitária, torna-se o culminar inevitável de cinco anos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), não apenas porque durante a realização do MICF, muito para além do conhecimento teórico, foram-nos transmitidas práticas essenciais à formação de um farmacêutico comunitário, mas também, dado o panorama atual em Portugal, esta se torna a área de intervenção do farmacêutico mais imediata, após a conclusão da formação no ensino superior.

Durante o estágio, realizado na Farmácia Montezelos, em Vila Real, entre os dias 20 de março de 2017 e 2 de junho de 2017, sob a orientação da Doutora Eugénia Fernandes, tive a oportunidade de observar e integrar o dia-a-dia de uma Farmácia Comunitária, constituindo não apenas um momento de aprendizagem profissional e deontológica, mas também de crescimento pessoal, tornando-se uma experiência desafiante e enriquecedora.

1. Organização da Farmácia

A Farmácia Montezelos encontra-se aberta desde 2002, sob a Direção Técnica da Dr^a Maria Elvira Rodrigues Pereira (2).

A dinâmica e organização da Farmácia Montezelos visam a fidelização dos utentes, através da melhoria permanente no seu atendimento, antecipando as necessidades da comunidade em que está inserida. Com o lema “*Por uma Saúde Real*” a Farmácia Montezelos objetiva a otimização dos seus serviços com o intuito de melhorar a saúde e bem-estar dos

utentes, contribuindo, também, para a formação de uma comunidade mais informada no que toca ao medicamento (2).

1.1 Localização e Horário de Funcionamento

A Farmácia Montezelos localiza-se na Rua de Montezelos, nº 39, em Vila Real (2). É uma farmácia num meio citadino, que tanto tem utentes habituais como tem utentes esporádicos. A sua localização numa zona urbanizada, com facilidade de acesso e estacionamento gratuito, constitui uma mais valia a favor da farmácia. Encontra-se aberta ao público de segunda a sexta-feira entre as 8h e 30min e as 20h e ao sábado entre as 8h e 30min e as 19h e 30min. Os dias de serviço são estipulados previamente, com base num calendário de serviços das farmácias da zona, ocorrendo, geralmente, de 12 em 12 dias. Nestes dias, a farmácia está aberta de forma ininterrupta entre as 20h e as 8h e 30min do dia seguinte.

Os horários de funcionamento da farmácia bem como a farmácia de serviço encontram-se afixados na porta, em local bem visível (1).

1.2 Perfil dos Utentes

A Farmácia Montezelos, dada a sua localização presta serviços a uma população muito heterogénea. Se por um lado se encontra numa zona urbanizada na cidade de Vila Real, por outro lado também se encontra próxima do trajeto que leva a várias aldeias. Assim, apesar da diversidade de utentes, a sua maioria são idosos, portadores, muitos deles, de doenças crónicas e são utentes habituais da farmácia. Este facto constitui uma mais valia, permitindo um acompanhamento farmacoterapêutico dos doentes de maior qualidade e uma avaliação da sua saúde de uma forma mais segura e eficaz. Muitas vezes, ocorre a criação de laços de intimidade, com estes utentes, o que para além de contribuir para a sua fidelização à farmácia, contribui para uma maior eficiência e aceitação do aconselhamento feito por parte dos farmacêuticos.

A outra parcela é constituída por utentes ocasionais com perfis económicos e sociais muito variados. Estes utentes constituem um estímulo adicional para a equipa e asseguram uma diversidade de situações que contribuem para a melhoria do atendimento e do aconselhamento farmacêutico.

1.3 Recursos Humanos

Para garantir que o atendimento é o mais profícuo e eficaz possível, a Farmácia Montezelos é constituída por uma vasta equipa de profissionais, dotados não apenas de conhecimento científico, sempre atualizado devido à participação em formações, mas também de valores éticos e pessoais, que garantem o superior interesse do utente (2).

Conforme plasmado nos artigos 23º e 24º, capítulo IV, do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto e alterados pelo Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto e pela Lei nº 16/2013,

8 de fevereiro respetivamente, a Farmácia Montezelos opera mediante a existência de um quadro farmacêutico e de outro não farmacêutico (3,4,5)

No que diz respeito ao quadro farmacêutico, a Farmácia Montezelos conta na sua equipa com 7 farmacêuticos, sendo dois deles, a Diretora Técnica e Proprietária e a Farmacêutica Substituta. Por outro lado, no que respeita ao quadro não farmacêutico, fazem parte da equipa dois Técnicos Auxiliares de Farmácia.

Tal como previsto no artigo 21º, capítulo III do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto alterado pelo Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto, a Diretora Técnica tem as competências que se encontram descritas na legislação anteriormente referida, sendo que esta assume a responsabilidade por todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia (3,4). Porém, durante o período de estágio pude observar que as competências da Diretora Técnica vão muito para além daquelas que a legislação prevê, sendo que muitas vezes esta também assume um papel não apenas de moderadora de conflitos proporcionando um bom ambiente entre todos os elementos da equipa, mas também de promotora de incentivo contribuindo para a motivação de todos os profissionais de saúde.

Ao farmacêutico compete-lhe a dispensa de medicamentos de forma segura, eficaz e informada, visando sempre o bem-estar e a saúde do utente, a realização de um aconselhamento responsável no que toca ao uso racional dos medicamentos, e sempre que possível, a realização da monitorização e seguimento farmacoterapêutico, entre outras atividades que sejam consideradas como parte dos cuidados farmacêuticos (1).

Apesar das diferenças inerentes aos dois grupos de profissionais de saúde, durante o estágio na Farmácia Montezelos, pude constatar que uma equipa sólida do ponto de vista das relações interpessoais, é uma equipa que se entreaajuda, o que culmina em ganhos para a saúde do utente.

1.4 Espaço Físico da Farmácia

1.4.1 Espaço Exterior

Tal como previsto pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED, I.P.), na instalação de uma farmácia devem ser observadas as normas orientadoras que se encontram definidas pelas “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária”. Deste modo, cumprindo com o estabelecido por essas normas, a Farmácia Montezelos apresenta um aspeto *“característico e profissional, facilmente visível e identificável”*, nomeadamente com a presença da Cruz das Farmácias Portuguesas colocada perpendicularmente à fachada do edifício e que está iluminada durante a noite quando a farmácia está se serviço, e também pela inscrição “FARMÁCIA” no cimo da fachada (1).

Tal como previsto nas normas, a fachada da Farmácia Montezelos, conta ainda com uma montra principal que é renovada periodicamente, consoante as campanhas em vigor na farmácia e com uma placa com a sua designação social, o nome da Diretora Técnica e Proprietária, como consta no certificado de registo do INFARMED, I.P (1).

Ainda no exterior da farmácia é possível consultar-se o horário de funcionamento e as farmácias que estão de serviço permanente. Constituem, também, elementos do espaço físico exterior da Farmácia Montezelos, o postigo e uma campainha para quando a farmácia se encontra de serviço permanente (1).

Tal como descrito, no artigo 10º do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, as “farmácias devem dispor de condições que permitam o acesso dos cidadãos portadores de deficiência às suas instalações” (3). No caso da Farmácia Montezelos, isto verifica-se mediante a existência de uma rampa de acesso ao interior da farmácia.

1.4.2 Espaço Interior

Conforme previsto nas normas definidas pelas “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária” o interior da farmácia comunitária “*deve ser profissional permitindo a comunicação eficaz com os utentes*”. Para além do anteriormente referido as instalações da farmácia também devem ser tais que garantam uma adequada segurança e conservação dos medicamentos (1). Deste modo a Farmácia Montezelos está equipada com um sistema de climatização que permite manter as condições de preservação dos medicamentos (25°C ± 2; 60% HR), que é verificado regularmente.

Atendendo ao proposto na Deliberação nº 1502/2014, de 3 de julho, de uma forma geral o espaço interior da Farmácia Montezelos encontra-se dividido nas seguintes áreas (3,6):

A. Sala de Atendimento ao Público

Esta área constitui o principal espaço de interação entre o farmacêutico e/ou técnico auxiliar de farmácia com o utente. Deste modo, deve ser uma área com boa visibilidade, ampla e bem iluminada. No caso da Farmácia Montezelos esta área é constituída por dois balcões com dois postos de trabalho cada um. Cada posto de trabalho está equipado com um terminal informático, com o programa *SIFARMA 2000* instalado e uma impressora para emissão de faturas e impressão de versos de receitas. Ao longo dos balcões é possível existir expositores de pequenas dimensões e panfletos de temática diversa na área da saúde. Nesta sala também se podem encontrar lineares de várias marcas de dermocosmética, puericultura e alimentação infantil, produtos sazonais, uma zona destinada aos produtos de utilização veterinária e um expositor de óculos de sol e “leitura”, para utentes que não tenham nenhuma patologia oftálmica. Nesta área também existe um espaço de entretenimento infantil e uma zona de conforto para os utentes utilizarem quando estão à espera de serem atendidos.

Para segurança do utente, da farmácia e dos profissionais que lá trabalham, toda a sala de atendimento ao público encontra-se protegida por um sistema de videovigilância fechado.

B. Armazém

O armazém é constituído por duas zonas distintas. Uma permite o acesso mais direto aos medicamentos e é constituída por um armário de gavetas deslizantes, onde os medicamentos estão organizados por ordem alfabética e divididos em medicamentos de

referência e medicamentos genéricos. As gavetas inferiores deste armário destinam-se ao armazenamento de ampolas bebíveis, supositórios e óvulos e produtos referentes ao Protocolo da Diabetes. De forma a agilizar o atendimento, este armário também conta com gavetas destinadas exclusivamente à arrumação dos contraceptivos orais, produtos oftálmicos (colírios e pomadas) e soluções orais de pequenas dimensões. Ainda nesta zona de acesso mais direto ao medicamento existe um linear para os xaropes e soluções orais, um linear para os produtos de aplicação tópica e outro para os produtos de higiene dentária e colutórios. Na outra zona do armazém estão armazenados os *stocks* de medicamentos que não cabem na zona de acesso mais direto ao medicamento, os produtos capilares, os produtos de podologia, leites infantis e outros suplementos alimentares e produtos de dermocosmética que não tenham linear específico. Existe ainda uma prateleira que se destina ao armazenamento dos produtos que foram encomendados pelos utentes, e que ficam reservados para um levantamento posterior.

Também no armazém existe uma zona destinada à receção e conferência da encomenda, equipada com um terminal informático.

C. Laboratório

Apesar de o número de medicamentos manipulados (MM) ser reduzido na Farmácia Montezelos e sendo obrigatória a existência de um laboratório, este encontra-se devidamente equipado com o material necessário à produção dos MM e também de preparações extemporâneas. A bibliografia que suporta a preparação de manipulados e alguns dossiers internos sobre esta temática, encontram-se no laboratório, como é o caso da Farmacopeia Portuguesa VIII, o Formulário Galénico Português, os *dossiers* com as fichas de segurança das matérias-primas e os boletins analíticos e as fichas de preparação dos medicamentos.

D. Instalações Sanitárias

As instalações sanitárias são disponibilizadas para toda a equipa da Farmácia Montezelos, bem como para os utentes que necessitem. Nesta zona podemos ainda encontrar um conjunto de cacifos que permite aos profissionais que trabalham na farmácia arrumar os seus pertences.

E. Gabinete de Atendimento Personalizado

O Gabinete de Atendimento Personalizado permite que as farmácias prestem os serviços farmacêuticos referidos na Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro, como a administração de vacinas que não constem no Plano Nacional de Vacinação e a administração injetável de medicamentos (7). Neste local também são realizados os testes rápidos de glicémia, colesterol total e triglicéridos e a medição da pressão arterial. A existência de um gabinete de atendimento personalizado permite que na farmácia exista um local mais reservado que pode ser utilizado quando os utentes necessitem de um aconselhamento mais individualizado,

F. Gabinete da Direção Técnica

É o local onde muita documentação da Farmácia Montezelos está arquivada, sendo o local de excelência para a realização de todo o trabalho administrativo. É no Gabinete da

Direção Técnica que a Diretora Técnica recebe e reúne com os delegados e representantes dos laboratórios com os quais a farmácia trabalha.

G. Zona de Recolhimento

A zona de recolhimento é utilizada como local de descanso quando a farmácia se encontra de serviço. No caso da Farmácia Montezelos, é também neste local que ocorre o aconselhamento nutricional, duas vezes por semana, realizado por uma dietista (*Dieta EasySlim®*) e por uma nutricionista (nutrição clínica), sendo estas supervisionadas por um farmacêutico responsável.

1.5 Recursos Informáticos

A utilização de um *software* informático seguro, célere e eficaz é essencial para o funcionamento da farmácia. No caso da Farmácia Montezelos, o *software* informático utilizado é o *SIFARMA 2000* da *Glintt*. Este *software* permite não só a realização de funções essenciais ao dia-a-dia da farmácia, a gestão e receção de encomendas, processamento de devoluções, faturação, inventário e processamento de receituário, mas também auxiliar o farmacêutico durante o atendimento, fornecendo diversas informações como: grupos homogêneos, composições quantitativas e qualitativas, indicações terapêuticas, posologia e doses, contraindicações, reações adversas, interações, frases de segurança, classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Code*) e *iSaúde*.

Para aceder ao sistema informático, cada colaborador possui um nome de utilizador e *password* própria, confidenciais e intransmissíveis, que são solicitados no início de cada sessão de trabalho e que permitem monitorizar as atividades realizadas por cada um.

2. Informação e Documentação Científica

A existência de informação técnica e científica fidedigna e atualizada, é essencial na cedência de medicamentos, no aconselhamento e na prestação de outros serviços farmacêuticos. Deste modo, a Farmácia Montezelos disponibiliza aos seus colaboradores um conjunto de fontes de informação essenciais que podem ser consultadas sempre que o colaborador ache conveniente, permitindo enriquecer o seu atendimento no que refere ao fornecimento de informações ao utente, relativamente a indicações, contraindicações, interações, posologia e precauções no uso dos medicamentos.

Tal como definido pelas “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária”, são consideradas fontes de informação de acesso obrigatório, aquando da cedência do medicamento, o Prontuário Terapêutico e o Resumo das Características do Medicamento (RCM). As “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária” também recomenda a elaboração de Procedimentos Operativos Normalizados que orientem a pesquisa em fontes de informação para uso clínico e para consulta de centros de informação de medicamentos (1). Neste contexto, a Farmácia Montezelos possui, uma biblioteca básica com as seguintes publicações: Prontuário Terapêutico, Código Deontológico Farmacêutico, Direito Farmacêutico, Manual de Merck, Formulário Galénico Português, Farmacopeia Portuguesa IX,

Simposium Terapêutico 2015 e Índice Nacional Terapêutico 2015. Também existe bibliografia correspondente a alguns produtos específicos, nomeadamente dermocosmética, muitas vezes fornecida pelos delegados que representam cada marca, e ainda bibliografia relativa a produtos de ortopedia.

Periodicamente, a Farmácia Montezelos, recebe circulares informativas provenientes do INFARMED, I.P., e da Associação Nacional de Farmácias (ANF), relativas a nova legislação, descontinuação de produtos/lotos, entre outras.

3. Medicamentos e Outros Produtos de Saúde

O denominador comum e mais importante na farmácia é o medicamento. Logo, torna-se de extrema importância conhecer a sua definição e distingui-lo de outros produtos de saúde que aparentemente possam parecer semelhantes, como os produtos fitoterapêuticos, homeopáticos, alimentação especial e dietéticos, cosméticos, higiene corporal e produtos de uso veterinário, que não cumprem os requisitos estabelecidos na definição presente na legislação.

Deste modo, tal como definido no Estatuto do Medicamento, alínea dd), artigo 3º, Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, medicamento é *“toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”* (8). É do conhecimento geral, que à farmácia comunitária estão muitas vezes associados, para além do conceito de medicamento, o de medicamento de referência, vulgarmente designado “medicamento de marca” e o de medicamento genérico. Assim tal como descrito nas alíneas ii) e oo), artigo 3º, Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, medicamento de referência é todo o *“medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos”*, ao passo que medicamento genérico é o *“medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”* (8).

Por vezes, sobretudo nas especialidades de Dermatologia e Pediatria, ainda chegam à farmácia receitas na qual o médico prescreve um medicamento manipulado. Estes medicamentos podem ser feitos com base numa fórmula magistral ou num preparado oficial. Para efeitos do escrito atrás e segundo as alíneas w) e bbb), artigo 3º, Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, fórmula magistral é *“qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado”* ao passo que preparado oficial é *“qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares,*

destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço” (8).

4. Aprovisionamento e Armazenamento

Para que os medicamentos e todos os produtos passíveis de dispensa na farmácia estejam disponíveis para o utente na quantidade e qualidade pretendidas, o mais celeremente possível, o farmacêutico e os outros profissionais de saúde que trabalham na farmácia, exercem as suas funções, não apenas no atendimento, mas também na gestão de encomendas e controlo de *stocks*. Esta gestão é feita atendendo ao perfil dos utentes e aos hábitos de prescrição dos médicos entre outras características, de forma a evitar ruturas de *stock* e impacto elevado no capital da farmácia e permitir uma maior rentabilização do espaço na farmácia.

O aprovisionamento engloba a receção e armazenamento de encomendas, controlo de entradas e saídas, análise de preços, descontos, bonificações, previsão de consumos, controlo dos prazos de validade e realização de devoluções.

Neste âmbito, durante o período de estágio na Farmácia Montezelos, foi-me permitido realizar várias atividades relacionadas com o aprovisionamento e armazenamento, que se encontram descritas nas subsecções seguintes.

4.1 Critérios de Seleção do Fornecedor

A escolha do fornecedor certo é essencial para uma gestão eficiente e inteligente da farmácia. No caso da Farmácia Montezelos a escolha do fornecedor assenta nos seguintes critérios: melhores condições de pagamento, maior rapidez de entrega, menor número de faltas de produtos e maior facilidade na devolução.

Genericamente, a Farmácia Montezelos trabalha com três armazenistas *Cooprofar*, *Alliance Healthcare* e *OCP*, recebendo um total de 4 encomendas diárias de pedidos realizados por telefone ou via informática. Alguns dos produtos encomendados a um armazenista não são encomendados a outro uma vez que um apresenta condições especiais de aquisição em relação ao outro.

Produtos de ortopedia com tamanhos específicos, como é o caso das meias de compressão, são disponibilizados mediante encomenda. Produtos de uso veterinário, dado os custos elevados apresentados pelos 3 armazenistas referidos acima, muitas vezes são encomendados a uma armazenista específico, a *Siloal, S.A.*

Algumas encomendas, de grandes dimensões de produtos relacionados com a dermocosmética, produtos sazonais e medicamentos genéricos ou de referência, por vezes são encomendados, ao próprio laboratório, quando as condições que este apresenta são favoráveis à farmácia.

Durante o período de estágio tive oportunidade de realizar encomendas via informática e telefónica, sendo que algumas das encomendas foram realizadas aquando do atendimento quando não existia, em *stock*, o produto que o utente necessitava.

4.2 Ficha de Produto e Ponto de Encomenda

A Ficha de Produto, é uma das funcionalidades do *software SIFARMA 2000* que facilita a gestão dos produtos na farmácia. A Ficha de Produto fornece informações sobre o *stock* máximo e mínimo do produto, o *stock* existente, os índices de rotatividade, preço de custo, preço de venda ao público (PVP), fornecedor, o local em que este se encontra armazenado na farmácia, entre outras informações.

Os *stocks* máximos e mínimos são estabelecidos tendo em consideração o perfil dos utentes, os hábitos de prescrição, a sazonalidade dos produtos, fundo de maneiio da farmácia, publicidade nos *media*, entre outros critérios que sejam pertinentes (1). O intervalo entre os dois *stocks* não deve ser demasiado grande, sendo que este se deve aproximar o máximo possível dos consumos reais, isto é, um produto com maior rotatividade deve ter um *stock* máximo maior que um de baixa rotatividade. A existência destes dois critérios de encomenda, torna-se importante, pois em alguns casos evita a rutura de *stock* ao passo que em outras situações evita que haja uma acumulação desnecessária do produto.

Aquando da venda de um produto o *SIFARMA 2000*, procede à atualização do *stock*, sendo que quando o *stock* mínimo é atingido o produto é enviado para a proposta de encomenda gerada automaticamente, permitindo repor os seus níveis.

Quatro vezes ao dia são realizadas encomendas na farmácia: duas ao final da manhã (uma às 11h e outra às 13h), para os produtos vendidos no período da manhã e que chegam à farmácia ao início da tarde, e outras duas realizada ao final da tarde (uma às 17h e outra às 20h) para os produtos vendidos neste período e que chegam à farmácia ao fim do dia ou na manhã do dia seguinte, permitindo assegurar, também os dias em que a farmácia está de serviço. O objetivo destas encomendas é suprimir as necessidades diárias de produtos de elevada rotatividade. Quando alguns produtos se encontram esgotados no armazenista para o qual se enviou a encomenda, o *SIFARMA 2000*, no final da receção da encomenda, permite transferir os produtos em falta para outro armazenista, evitando que haja falhas no *stock* da farmácia.

Em caso de rutura de *stock*, ou em situações cujo produto não faz parte do portfólio habitual da farmácia e é solicitado pelo utente, o programa *SIFARMA 2000*, permite efetuar uma “encomenda instantânea”, neste caso para a *Alliance Healthcare*. No entanto, para alguns produtos, é necessário consultar os outros dois armazenistas referidos na subsecção anterior, devido à diferença de preços apresentada, sendo nestes casos a “encomenda instantânea” realizada através dos *gadgets* disponibilizados pelos armazenistas. Quando não é possível realizar a “encomenda instantânea”, há necessidade de esta ser realizada mediante uma chamada telefónica para os armazenistas, sendo neste caso considerada uma encomenda manual. Para evitar a rutura de *stock* de alguns produtos, nomeadamente medicamentos que se encontrem frequentemente esgotados no armazenista, na Farmácia Montezelos foi criada uma mensagem instantânea, que aparece quando ocorre a venda desses produtos e que pede que estes sejam encomendados mediante “Via Verde”. Esta forma de encomenda, para além

da seleção do armazenista, requer que seja introduzido o código da receita que originou a venda.

Por vezes, quando se trata de uma encomenda de maiores dimensões, esta é feita diretamente ao laboratório, muitas vezes por intermédio do comercial que se desloca periodicamente à farmácia.

Durante o estágio na Farmácia Montezelos, tive a oportunidade realizar as várias formas de encomenda referidas anteriormente, sendo supervisionada pelo colaborador responsável pela realização das encomendas, que me sensibilizou sempre para a escolha do armazenista que melhores condições apresentava.

4.3 Receção e Conferência de Encomendas

Quando a encomenda chega à farmácia, esta vem acondicionada em contentores, devidamente identificados com número, código de barras e o nome da farmácia. As encomendas são acompanhadas por uma fatura ou guia de remessa, no formato original e duplicado, que auxilia a receção e conferência da encomenda. A fatura contém a identificação do fornecedor, identificação da farmácia, hora e local de expedição e de chegada, designação dos produtos, quantidade encomendada e enviada, bonificação ou percentagem de desconto, Preço de Venda à Farmácia ou Preço de Faturação (PVF), PVP e o Imposto de Valor Acrescentado (IVA). No caso dos estupefacientes e psicotrópicos, estes ainda são acompanhados de uma guia de requisição numerada e duplicada. Posteriormente estas guias são assinadas, carimbadas e datadas pelo farmacêutico, sendo o duplicado enviado para o fornecedor para comprovar a sua receção e o original arquivado na farmácia por um período de três anos (9).

Quando a encomenda contém produtos com condições especiais de refrigeração (2-8°C), estes vêm acondicionados em contentores com proteção térmica, que geralmente têm uma cor diferente dos restantes contentores da encomenda, permitindo a sua identificação, e facilitando a sua receção e conferência prioritárias.

Todas as encomendas efetuadas encontram-se disponíveis no *SIFARMA 2000* separadas por fornecedor, o que facilita o processo de receção da encomenda. Para se efetuar a receção da encomenda é necessário introduzir o número da fatura/guia de remessa, o valor total da encomenda e realizar a leitura ótica do produto ou, quando esta não é possível, a introdução manual do código do produto. No caso da Farmácia Montezelos, de forma a agilizar o processo de receção da encomenda, um dos colaboradores coloca a encomenda em cima de uma bancada própria para o efeito, cumprindo, o máximo possível, a ordem alfabética, cabendo a outro colaborador efetuar a receção da encomenda. Aquando da receção da encomenda existem vários parâmetros a ter em consideração, nomeadamente: 1- prazo de validade dos produtos rececionados (aqui procede-se à alteração da validade do produto sempre que esta seja inferior à validade do último produto igual rececionado ou quando o produto apresenta o *stock* a zero); 2-integridade das embalagens recebidas, realizando-se a devolução e reclamação para o fornecedor sempre que não se verificar a

integridade física das embalagens; 3-verificar se a quantidade descrita na fatura corresponde à quantidade realmente enviada; 4-comparar o PVF e o PVP dos produtos rececionados, com os valores apresentados na última encomenda dos mesmos produtos. A contínua atualização de preços requer que o profissional que realiza a receção da encomenda esteja atento aos preços praticados, realizando a sinalização da alteração de preço sempre que esta ocorra. No caso dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com a impressão de uma nova etiqueta e no caso dos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) mediante a colocação na embalagem de um *post-it* com a inscrição “novo preço”; 5-verificar a existência de produtos com bónus e que muitas vezes vêm faturados com os restantes produtos (1).

No que diz respeito a encomendas de matérias-primas, estas devem ser acompanhadas do Boletim de Análise e da Ficha de Segurança do produto que devem cumprir as normativas da Farmacopeia.

Após o registo de todos os produtos recebidos é essencial confirmar se o valor final da encomenda inserida no sistema corresponde ao valor descrito na fatura.

Quando se trata de uma “encomenda instantânea”, realizada pelos *gadgets* dos armazenistas ou por contacto telefónico, o *SIFARMA 2000* permite criar manualmente a encomenda, uma vez que esta não existe no menu “Receção de Encomendas”, levando o sistema a assumir a encomenda e permitir proceder à sua receção.

Durante o estágio na Farmácia Montezelos tive a oportunidade de fazer a receção e conferência de encomendas dos três armazenistas o que me permitiu contactar não só com diferentes tipos de faturas, mas também com a *software* informático utilizado na farmácia, verificando que este permite a receção de encomendas de forma profícua.

4.3.1 Marcação de preços

A marcação de preços ocorre de forma distinta quer se tratem de MSRM, quer se tratem de outros produtos farmacêuticos como os medicamentos de venda livre e outros produtos de saúde. Deste modo os MSRM apresentam o PVP impresso na embalagem, devendo este ser conferido aquando da receção da encomenda, garantindo que coincide com o PVP discriminado na fatura. Os PVP dos MSRM são estabelecidos pelo INFARMED, I.P., de acordo com os termos descritos no Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho (10).

Os medicamentos de venda livre e os produtos de saúde não têm um PVP definido uma vez que este valor altera consoante o PVF imposto por cada fornecedor. O PVP destes produtos é calculado tendo em conta três variáveis: o PVF, o IVA (6% ou 23%) e ainda a margem de comercialização definida pela farmácia. Quando se atualiza o PVF o programa atualiza o PVP automaticamente baseando-se nas três variáveis apresentadas, sendo que por vezes tem que se fazer uma correção na margem de comercialização de modo a que o produto não apresente um valor muito elevado em comparação com o último produto igual vendido.

4.4 Critérios e Condições de Armazenamento

Na Farmácia Montezelos, aquando da conferência e receção da encomenda, cabe ao profissional que realiza este processo colocar os medicamentos e produtos de saúde em prateleiras posicionadas ao lado do local de conferência, libertando o espaço onde a encomenda foi colocada, para processar a sua receção, facilitando o posterior armazenamento. Quando se realiza o acondicionamento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos é necessário ter em conta as suas características e particularidades, sendo este um processo de gestão essencial para que sejam dispensados ao utente os produtos com o melhor estado de conservação possível. Na Farmácia Montezelos o armazenamento de todos os produtos farmacêuticos é feito atendendo a alguns critérios, tais como: a máxima racionalização do espaço na farmácia; manutenção das condições de estabilidade do produto (garantindo as condições de temperatura, humidade e luz sendo que para os medicamentos que necessitem de refrigeração as condições de armazenamento são 2-8°C isentos de condensação e humidade e os restantes medicamentos a 25°C e humidade inferior a 60%); o prazo de validade dos produtos [*First- expire, First- out* (FEFO)] ou caso estes não apresentem prazo de validade ou as validades sejam iguais [*First- in, First- out* (FIFO)] (1).

No armazenamento também se deve ter em consideração a natureza do produto, isto é: MSRM armazenados em gavetas deslizantes fora da vista dos utentes, MNSRM expostos em local apropriado visível pelos utentes porém inalcançável para estes, medicamentos e produtos veterinários armazenados em local próprio separados dos restantes produtos, matérias primas destinadas à preparação de medicamentos manipulados são acondicionadas no laboratório, os dispositivos médicos têm expositores, prateleiras ou gavetas próprias, e os produtos de dermocosmética têm lineares específicos alcançáveis e facilmente visíveis pelo utente. No armazenamento de alguns medicamentos é necessário ter em atenção tramites legais, nomeadamente no caso dos estupefacientes e psicotrópicos que se regem por legislação particular e que devem ser armazenados em locais de acesso exclusivo aos colaboradores da farmácia.

Durante as primeiras semanas de estágio na Farmácia Montezelos o facto de ter auxiliado no armazenamento dos medicamentos e produtos de saúde acrescido ao facto de já ter realizado nesta farmácia o estágio observacional, foi essencial para que na fase de atendimento ao utente, não dispensasse muito tempo na procura dos produtos. A permanência na secção do armazenamento na farmácia também foi fundamental para iniciar o contacto com os medicamentos de referência e relembrar alguns fármacos lecionados durante o MICF.

4.5 Controlo dos Prazos de Validade

Para uma gestão eficiente dos medicamentos e produtos de saúde na farmácia é essencial realizar-se um controlo eficiente dos prazos de validade. Deste modo este controlo ocorre em duas fases diferentes: numa primeira fase aquando da conferência e receção da

encomenda, e numa segunda fase com a impressão mensal de uma lista com os produtos cuja validade vai expirar num espaço de 2 meses.

Aquando da conferência e receção da encomenda é essencial a verificação do prazo de validade dos produtos e compará-la com o prazo de validade apresentado pelo *software* informático. Deste modo, se o prazo de validade apresentado é inferior ao prazo de validade apresentado no *software* informático deve proceder-se à sua alteração. Quando o *stock* do produto também está a zero o novo prazo de validade deve ser inserido aquando da receção do produto.

Na Farmácia Montezelos, um dos colaboradores é responsável pela impressão da listagem dos produtos cujo prazo de validade está na iminência de terminar. Deste modo, todos os medicamentos e produtos de saúde cujo o prazo de validade termina dentro de 2 meses são retirados das gavetas, prateleiras e armazém e são enviados ao fornecedor com uma nota de devolução. Constituem exceção os produtos do Protocolo Nacional da Diabetes que são retirados 6 meses antes do prazo de validade expirar.

Durante o período de estágio na Farmácia Montezelos tive a oportunidade de realizar o controlo dos prazos de validade aquando da receção e conferência da encomenda e realizar o controlo dos prazos de validade mensal, tendo sido alertada para a importância deste processo na gestão dos produtos na farmácia. No final procedi ainda à atualização dos prazos de validade dos produtos que ficaram em *stock*.

4.6 Gestão de Devoluções

A devolução de produtos farmacêuticos é realizada em situações específicas, constituindo uma parte essencial da gestão da farmácia. Deste modo constituem situações que justificam a devolução de produtos farmacêuticos: divergências diárias, proximidade do fim do prazo de validade ou retirada do mercado do produto mediante circular do INFARMED, I.P, da Associação Nacional de Farmácias (ANF) ou fornecedores.

As divergências diárias são situações detetadas aquando da conferência e receção da encomenda e que originam uma devolução devido a faturação de um produto não encomendado, a discrepâncias entre os produtos faturados e os produtos enviados e embalagens incompletas ou danificadas. Nestes casos receciona-se a encomenda normalmente, sendo no final enviada uma nota de devolução ao fornecedor.

A nota de devolução é constituída pelos dados da farmácia, o número da fatura, o fornecedor, os produtos devolvidos e os motivos de devolução. Os produtos devolvidos são acompanhados de dois exemplares da nota de devolução devidamente carimbados e rubricados, ficando um terceiro exemplar arquivado na farmácia até à chegada da nota de crédito. No que toca à devolução de estupefacientes e psicotrópicos a sua devolução processa-se separadamente dos restantes produtos.

Após analisar e aceitar as devoluções o fornecedor pode optar por emitir uma nota de crédito para a farmácia ou substituir o produto por novo igual. Se, pelo contrário, a devolução

não é aceite pelo fornecedor, o produto farmacêutico é devolvido à farmácia constituindo uma quebra.

No período de estágio na Farmácia Montezelos foi-me dada a oportunidade de elaborar a nota de devolução dos produtos resultantes do controlo mensal do prazo de validade, tendo sido alertada para a importância de escolher o fornecedor correto, e a fatura em que o produto devolvido veio emitido.

5. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento

A atividade farmacêutica é, por excelência, uma atividade dirigida para o público, onde a manutenção e prevenção da saúde e bem-estar do utente constituem o principal objetivo de todos os profissionais que diariamente trabalham numa farmácia de oficina (1). No exercício diário da sua profissão, o farmacêutico deve pautar-se por valores éticos e morais que lhe permitam agir em conformidade com as situações com as quais se depara, procurando transmitir informação fidedigna, útil e segura a todos os utentes, sendo um elo de ligação importante na equação utente - medicamento (11).

O avanço tecnológico e a existência de informação acessível a toda a população originam utentes mais informados, exigentes e participativos o que requer a existência de um farmacêutico cada vez mais atualizado nos seus conhecimentos e com capacidade de atuar em todas as vertentes da farmácia de oficina, sendo muitas vezes a farmácia o primeiro local a que o doente se dirige antes de ir ao médico. A informação transmitida ao utente deve ser feita de forma credível e honesta, garantindo sempre que foi totalmente compreendida pelo doente, devendo esta ser repetida as vezes que forem necessárias, uma vez que um utente com dúvidas é um utente que não vai fazer uma correta adesão à terapêutica. Muitas vezes cabe ao farmacêutico adquirir as estratégias necessárias para que todas as dúvidas do utente sejam dissipadas quer pela escrita nas caixas da posologia e forma de administração dos medicamentos, quer pela utilização de pictogramas, ou até pela disponibilização do número de telefone da farmácia para que o utente entre em contacto caso surjam dúvidas. Para além de fornecer todas as informações sobre a posologia e indicação terapêutica do medicamento o farmacêutico adquire um papel fundamental na explicação da forma de administração/utilização dos medicamentos (como no caso dos dispositivos inaladores para a asma), na correta forma de conservação dos medicamentos e ainda na transmissão de medidas não farmacológicas (como por exemplo a importância da alimentação equilibrada, mas regrada no caso dos síndromes metabólicos).

Assim a relação de confiança entre o utente e o farmacêutico é essencial para que haja uma adesão eficaz à terapêutica, de muita importância nas patologias crónicas, e para que o utente comece a considerar a farmácia como um serviço de saúde primário.

Durante o período de estágio foram várias as situações em que percecionei a importância da comunicação com o utente e a necessidade de lhe transmitir segurança quando a informação é passada, pois muitas vezes são os farmacêuticos que detetam as dúvidas que os utentes não esclareceram com o médico. Neste ponto do meu estágio toda a

equipa da Farmácia Montezelos foi fundamental para me elucidar e transmitir que o farmacêutico tem que ter muito mais que os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do MICF. É, pois, essencial que o farmacêutico seja dotado de formação ética e deontológica quando contacta com o utente, relembrando-se sempre da importância do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (OF).

5.1 Farmacovigilância

Conforme definido nas “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária”, a Farmacovigilância é *“a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos”* (1). Assim, a responsabilidade do farmacêutico não se resume à simples dispensa do medicamento, mas também à deteção e notificação de qualquer reação adversa que possa surgir com o consumo do medicamento ao Sistema Nacional de Farmacovigilância. Uma relação de proximidade e confiança entre o utente e o farmacêutico permite a deteção precoce das reações adversas a medicamentos (RAM) constituindo ganhos em saúde. O farmacêutico deve notificar, celeremente, todas as suspeitas de RAM não descritas, independentemente da sua gravidade, e todas as suspeitas de RAM graves mesmo que estejam descritas na bibliografia do medicamento (1).

Aquando da deteção de uma RAM, o farmacêutico procede ao seu registo mediante o preenchimento de um formulário *online* no “Portal RAM” ou imprimindo e preenchendo o formulário de notificação em papel, e posteriormente, remete-o à Direção de Gestão do Risco de Medicamento do INFARMED, I.P ou às Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF). Uma vez que estes formulários de notificação de RAM podem ser preenchidos também pelos utentes, o farmacêutico tem uma atitude proativa na sensibilização referente à importância da notificação de RAM pelo próprio consumidor do medicamento (12). É de salientar que os suplementos alimentares também carecem de uma vigilância apertada sendo que qualquer reação adversa deve ser comunicada à Direção de Serviços de Nutrição e Alimentação (DSNA) da Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) (13).

Assim a Farmacovigilância constitui uma atividade vital para garantir a continua monitorização dos medicamentos existentes no mercado, permitindo identificar potenciais reações adversas novas, quantificar/caracterizar melhor reações adversas já identificadas e implementar medidas que permitam minimizar o risco da sua ocorrência.

No decorrer do estágio curricular na Farmácia Montezelos não presenciei a deteção de nenhuma RAM que necessitasse de notificação, no entanto fui alertada para a importância da Farmacovigilância e do estabelecimento de uma relação de proximidade com o utente que permitisse que este relatasse possíveis RAM na ida à farmácia.

5.2 VALORMED

De modo a assegurar a gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso, na Farmácia Montezelos existe um Sistema Integrado de Recolha de Embalagens e Medicamentos fora de uso, a VALORMED. A VALORMED resulta da colaboração entre a Indústria Farmacêutica, Distribuidores e Farmácias como resultado da consciencialização do medicamento como um tipo de resíduo específico (14). Cabe ao farmacêutico, enquanto entidade de destaque na comunidade, sensibilizar a população para a adesão a este programa, contribuindo para a preservação do meio ambiente, bem como para a correta utilização dos medicamentos dentro do prazo de validade indicado na cartonagem.

Assim, cabe aos utentes depositarem os medicamentos e embalagens num contentor próprio identificado com o símbolo da VALORMED, localizado à entrada da farmácia. Quando o contentor estiver cheio, é pesado e selado. O contentor é encaminhado com uma ficha preenchida em triplicado onde se pode consultar o número de registo, a identificação da farmácia, o peso do contentor, a rúbrica do operador e do responsável pelo transporte. Um dos triplicados é arquivado na farmácia, sendo os restantes enviados juntamente com o contentor.

Durante a realização do estágio na Farmácia Montezelos, pude constatar que são muitos os utentes que aderem a este programa, mostrando que a população adota medidas conscientes de sustentabilidade ambiental.

6. Aconselhamento e Dispensa de Medicamentos

As “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária” consideram a dispensa de medicamentos o *“ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos”* (1). O ato da dispensa de medicamentos é o pilar da atividade do farmacêutico de oficina devendo este ser feito de forma consciente e interativa. A qualidade na dispensa do medicamento é essencial para a adesão à terapêutica do doente, o que corresponde a ganhos em saúde (1, 11).

6.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica e Modelos de Receita Médica

De acordo com o disposto no artigo 114º, capítulo VII, do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, estão sujeitos a receita médica todos os medicamentos que cumpram pelo menos uma das seguintes condições: *“a) Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; b) Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; c) Conttenham substâncias, ou preparações à base*

dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar; d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica” (8).

Sendo medicamentos sujeitos a receita médica a sua dispensa só ocorre mediante a apresentação de uma receita médica. Durante o estágio na Farmácia Montezelos tive a oportunidade de contactar com os dois modelos de recita médica em vigor: a recita médica não renovável e a recita médica renovável. O primeiro modelo caracteriza-se essencialmente por receitas com um prazo de validade de 30 dias consecutivos. O segundo modelo utilizado nomeadamente para doentes crónicos e doentes que realizem tratamentos prolongados, tem um prazo de validade máximo de 6 meses (8,15). Estas receitas são mais vantajosas para o utente, uma vez que permitem a aquisição dos medicamentos sem a necessidade de nova prescrição. Ambos os modelos podem ser preenchidos informaticamente, no entanto, em situações específicas, o médico pode recorrer ao preenchimento manual da receita devendo sempre indicar o motivo pelo qual não realizou o preenchimento eletronicamente. Consideram-se situações em que o médico pode realizar prescrição manual as seguintes: falência do sistema informático, volume de prescrição igual ou inferior a 50 receitas por mês e situações de inadaptação comprovada, sujeita a registo e confirmação pela ordem profissional (15). A utilização de receitas preenchidas informaticamente apresenta inúmeras vantagens para o farmacêutico pois permite uma interpretação mais segura da prescrição médica facilitando a dispensa dos medicamentos, torna a comunicação entre os profissionais de saúde mais eficiente e torna o processo de conferência de receituário mais ágil. Atualmente existem ainda as receitas médicas sem papel que dado serem as mais recorrentes na farmácia serão explicitadas na subsecção 6.1.1.

As receitas médicas podem ainda ser receitas médicas especiais e receitas médicas restritas, de acordo com o medicamento prescrito, devendo cumprir com o estipulado nos artigos 117º e 118º, capítulo V, do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto (8).

Tal como previsto no artigo 120º, capítulo V, do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto e alterado pela Lei nº 11/2012, de 8 de março a prescrição de medicamentos inclui obrigatoriamente a denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, a posologia, a dosagem, a forma farmacêutica e a apresentação. Por vezes, o médico pode incluir o nome comercial, sendo que, caso seja impedida a substituição do medicamento prescrito com denominação comercial, o médico deve fazê-lo de forma expressa, clara e suficiente, devendo esta situação ocorrer apenas nos casos constante na legislação atrás referida (8).

6.1.1 Receita Médica Sem Papel

As receitas médicas sem papel, permitem a prescrição de um número ilimitado de produtos farmacêuticos, no entanto, com exceção dos medicamentos destinados aos tratamentos prolongados, o médico apenas pode prescrever duas caixas de cada medicamento (16,17).

Com esta receita o utente dirige-se à farmácia acompanhado da Guia de Tratamento ou então com uma mensagem enviada para o telemóvel ou e-mail pelo Ministério da Saúde. A

receita médica sem papel para ser válida e para o farmacêutico proceder à sua dispensa deve apresentar os seguintes dados: o número da receita, o código de dispensa e o código de direito de opção. A mensagem enviada por telemóvel ou por e-mail para o utente para além dos dados essenciais para a dispensa dos medicamentos fornece ao utente informação para aceder à Guia de Tratamento *online*. A Guia de Tratamento pode ainda ser consultada pelo utente na área do cidadão no Portal da Saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Mediante a introdução do número da receita e do código de dispensa no software SIFARMA 2000, o farmacêutico consegue obter a prescrição médica, o número de caixas prescritas, a validade da receita, os dados do utente e do médico e o local onde ocorreu a prescrição

As receitas médicas sem papel, para além de tornarem a prescrição mais fácil, tornam a dispensa dos medicamentos mais eficaz, minimizando a ocorrência de erros associados à dispensa de medicamentos. A validade da receita pode variar consoante o medicamento, cabendo ao utente ter em atenção o prazo de validade de cada linha da receita, podendo este variar entre 30 dias a 6 meses (16,17).

Durante o período de estágio na Farmácia Montezelos, tive a oportunidade de lidar com os vários modelos de receita em vigor, o que me permitiu constatar a vantagem das receitas prescritas informaticamente e em formato sem papel perante as receitas prescritas manualmente. Relativamente a estas últimas a maior desvantagem é a compreensão da caligrafia do médico o que pode levar muitas vezes a erros de dispensa.

6.2 Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Cada vez que o farmacêutico contacta com a receita do utente analisa-a cuidadosamente, garantindo não apenas que esta se encontra devidamente preenchida, mas também que durante o ato de prescrição não foi cometido nenhum lapso, podendo por vezes haver necessidade de contactar o médico prescriptor, uma vez que o farmacêutico não pode alterar ou substituir a prescrição feita pelo médico, sem o seu consentimento.

Para o farmacêutico poder dispensar o prescrito na receita, esta para além de se encontrar dentro do prazo de validade, deve garantir a conformidade de alguns critérios, nomeadamente: número da receita; local de prescrição, identificação do médico prescriptor; dados do utente (nome, número de utente e número de beneficiário); caso seja aplicável, o regime especial de comparticipação representado pelas letras R e O ou outros regimes de comparticipação especiais que serão explanados na subsecção 6.3.2; identificação do medicamento com as características que já foram descritas anteriormente; posologia e duração do tratamento; número de embalagens prescritas (podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos num total de quatro embalagens por receita, podem apenas ser prescritos dois medicamentos com um máximo de duas embalagens para cada um e caso seja um medicamento sob a forma de embalagem unitária, isto é apenas uma forma farmacêutica, podem ser prescritas quatro embalagens do mesmo medicamento); data da prescrição e assinatura do prescriptor. É ainda de referir que no caso das receitas manuais para além dos

critérios referidos atrás a alínea da exceção justificativa tem de estar devidamente assinalada. De notar que as receitas médicas com prescrição de medicamentos manipulados não podem ter mais nenhum medicamento prescrito na receita e tem de ostentar a palavra “Manipulado” e a expressão “f.s.a. e mande” (faça segundo a arte e mande) (8,16).

No que toca à receita médica sem papel, dadas as suas características, para além da identificação do médico prescriptor, local de prescrição, dados do utente, prazo de validade, identificação dos medicamentos, posologia e doses, deve ter o número da receita, o código de acesso e código do direito de opção para que seja possível efetuar a sua dispensa ao utente.

Quando se verifica que a receita está dentro das conformidades e que não existem eventuais problemas relacionados com a prescrição, o farmacêutico informa o utente sobre os medicamentos disponíveis na farmácia que cumpram o especificado na prescrição médica, dando ao utente, sempre que a prescrição o permita, o direito de optar por medicamentos genéricos ou de referência. De acordo com o número dois, do artigo 120º-A, capítulo V, do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, as farmácias devem ter sempre disponível pelo menos três medicamentos, de entre os cinco mais baratos disponíveis no mercado, de cada grupo homogéneo (8). Porém, sempre que a prescrição médica contenha o nome comercial do medicamento de referência, há que ter em conta o facto de o medicamento de referência não possuir medicamento genérico participado, sendo dispensado o medicamento prescrito ou a existência de uma justificação técnica por parte do médico prescriptor (8, 18):

- “Exceção a) do n.º 3 do art. 6º” - Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, segundo o INFARMED, I.P;
- “Exceção b) do n.º 3 do art. 6º” - Suspeita de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas que apresenta denominação comercial diferente;
- “Exceção c) do n.º 3 do art. 6º” - Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

Nestes casos quando a prescrição apresenta a exceção a) ou b) é obrigatório ceder ao utente o medicamento prescrito pelo médico, sendo que no caso da exceção c) o utente poderá exercer direito de opção.

Quando se trata de uma receita manual após o processamento informático imprime-se diretamente no verso da receita, o documento de faturação com os elementos definidos no Manual de Relacionamento de Farmácias tal como previsto pela alínea a) nº1, artigo 5º da Portaria n.º 223/2015 de 27 de julho, dos quais se destacam: o preço total de cada medicamento dispensado, o encargo para o utente por medicamento, o valor total, a comparticipação do Estado em valor por medicamento e respetivo total, a data de dispensa e o código dos medicamentos em caracteres e código de barras. O utente tem ainda que assinar o documento de faturação, independentemente de ter ou não exercido direito de opção, confirmando os medicamentos dispensados (19,20).

Aquando da finalização da dispensa dos medicamentos prescritos, o farmacêutico fornece toda a informação necessária ao utente, garantindo que houve total compreensão, recorrendo, sempre que necessário, a ferramentas que garantam a total apreensão da informação pelo utente.

Durante o período de estágio tive oportunidade de proceder às dispensa de MSRM e interpretar as prescrições, tendo havido um cuidado de toda a equipa da Farmácia Montezelos para me sensibilizar sobre a importância da manutenção do mesmo medicamento, ou seja, se o utente optou anteriormente por medicamento de referência manter-se esse medicamento e, caso tenha optado pelo medicamento genérico, ter a preocupação de manter sempre o mesmo laboratório, sobretudo quando se trata de doente idosos ou com pouca literacia.

6.2.1 Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial

Como disposto no artigo 117º, capítulo V, do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto são sujeitos a receita médica especial todos os medicamentos que: *“a) Contenham, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, nos termos da legislação aplicável; b) Possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicodependência ou ser utilizados para fins ilegais; c) Contenham uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior”* (8).

▪ Dispensa de Estupefacientes e Psicotrópicos

Os estupefacientes e psicotrópicos são medicamentos que agem diretamente no sistema nervoso central, produzindo modificações comportamentais, de humor e de cognição e que têm a capacidade de causar dependência. A sua utilização para fins ilícitos tem vindo a crescer ao longo dos anos, pelo que a necessidade de criar legislação apertada tem sido essencial para o controlo deste género de substâncias (9).

A prescrição de estupefacientes e psicotrópicos carece de uma receita médica especial, não podendo ser prescritos na mesma receita outros medicamentos e estão sujeitos a um limite máximo de quatro embalagens por receita. De modo a controlar a sua dispensa o *software SIFARMA 2000*, quando identifica estes medicamentos, gera automaticamente um quadro de registo, de preenchimento obrigatório, onde solicita os dados do médico prescriptor, do doente (nome e morada) e do adquirente (nome, morada, idade e número no cartão de cidadão ou bilhete de identidade e a respetiva validade). No final é emitido automaticamente um talão que é arquivado num dossier durante o período de 3 anos. Quando se trata de uma receita manual, há necessidade de imprimir um segundo talão comprovativo de venda, que é agrafado à receita para esta ser posteriormente enviada para o INFARMED, I.P, juntamente com a lista de saídas mensais (16).

Durante o período de estágio tive a oportunidade de contactar com este tipo de receitas e de proceder à sua dispensa, podendo constatar quais os dados que são necessários introduzir no *software* para que se processe a dispensa da receita.

6.3 Regimes de Comparticipação

A legislação e normas em vigor, atualmente, preveem a comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial, aplicados em situações específicas que abrangem determinada patologia ou grupo de doentes. Também é prevista a comparticipação não apenas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas também por outras entidades de saúde.

6.3.1 Regime Geral de Comparticipação

Como previsto pelo artigo 2º, da Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, no regime geral de comparticipação, o Estado paga uma percentagem do preço de venda ao público dos medicamentos de acordo com os seguintes escalões: *“a) O escalão A é de 90 % do preço de venda ao público dos medicamentos; b) O escalão B é de 69 % do preço de venda ao público dos medicamentos; c) O escalão C é de 37 % do preço de venda ao público dos medicamentos; d) O escalão D é de 15 % do preço de venda ao público dos medicamentos”*. No pagamento da comparticipação o Estado tem ainda em consideração a classificação farmacoterapêutica do produto (21).

6.3.2 Regime Especial de Comparticipação

No regime especial de comparticipação esta pode ser efetuada em função: dos beneficiários e/ou das patologias ou grupos especiais de utente. Com exceção das receitas sem papel que não fazem referência ao regime de comparticipação, este é feito automaticamente pelo software informático. O regime especial de comparticipação pode ser identificado pela letra R e/ou O (16).

- **Comparticipação efetuada em função dos beneficiários**

Para os pensionistas em regime especial (R), a comparticipação no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5% e de 15% nos escalões B, C e D. Não obstante, para estes beneficiários, a comparticipação do estado é de 95% para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao 5º preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem (16).

- **Comparticipação efetuada em função das patologias ou grupos especiais de utente**

A comparticipação no preço dos medicamentos utilizados para o tratamento de determinadas patologias ou para grupos de utentes específicos (O), carece de diploma específico que tem que ser indicado na receita pelo médico prescriptor. Assim o valor da comparticipação é variável e cumpre o proposto pela legislação própria. Os diplomas legais

que conferem a comparticipação especial a certos medicamentos encontram-se listados em Dispensa exclusiva em Farmácia de Oficina (16).

6.3.3 Outros Regimes de Comparticipação

Para além do regime geral e do regime especial, existem outros regimes que se regem por legislação própria e que tem de ser considerados aquando do ato da dispensa: regime de comparticipação para medicamentos manipulados (30% do PVP), regime de comparticipação de produtos destinados ao autocontrolo da *Diabetes Mellitus* (85% do PVP nas tiras-teste e 100% no PVP de agulhas, seringas e lancetas), regime de comparticipação de produtos dietéticos com carácter terapêutico (100% do PVP de produtos dietéticos com carácter terapêutico prescrito no instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães ou nos centros de tratamentos dos hospitais reconhecidos por este), regime de comparticipação de câmaras expansoras (80% do PVP da câmara expansora, não podendo exceder 28€, e é limitada a uma câmara expansora, independentemente do tipo, por utente, por cada período de um ano) (16,22). Mais recentemente surgiu o regime de comparticipação para dispositivos médicos para apoio aos doentes ostomizados (100% do PVP máximo fixado) (23,24).

Para além de tudo isto existem vários regimes de complementaridade por subsistemas de saúde, tais como: Assistência na Doença dos Militares, seguradoras, instituições prestadoras de cuidados de saúde e empresas bancárias. Nestes casos no final é impresso um segundo talão que tem que ser assinado pelo utente.

6.4 Vendas Suspensas

O *software SIFARMA 2000* permite, sempre que necessário, a realização de uma venda suspensa. Este tipo de venda é de particular importância quando um utente com patologia crónica necessita da medicação, e para a qual não possui receita (ou caso possua esta já se encontra dispensada na totalidade). Neste caso o farmacêutico procede à dispensa dos medicamentos necessários, deixando a venda em suspenso para que num prazo máximo de 30 dias o utente consiga a prescrição médica. Quando o utente apresenta a receita, procede-se à regularização da venda suspensa com a realização da comparticipação e a emissão da fatura.

6.5 Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

De acordo com o disposto no artigo 115º, capítulo VII, do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, consideram-se MNSRM todos aqueles que não apresentem características para serem considerados MSRM (8). Estes medicamentos são utilizados no alívio e tratamento de problemas de saúde ligeiros e esporádicos, não necessitando de receita médica para serem adquiridos. Atendo à legislação em vigor estes medicamentos podem ser adquiridos não só na farmácia, mas também em outros locais devidamente autorizados pelo INFARMED, I.P, desde que sejam dispensados por um profissional adequado. A dispensa destes medicamentos deve ser acompanhada de informação sobre a posologia e duração do tratamento, cabendo ao farmacêutico alertar o utente, que caso haja agravamento dos sintomas, a consulta do

médico é essencial (8). De forma a evitar a dispensa de MNSRM o farmacêutico pode optar por promover a utilização de medidas não farmacológicas que muitas vezes ajudam na solução do problema do utente sem necessidade de recorrer a medidas farmacológicas.

7. Automedicação

A procura e uso de MNSRM por iniciativa do doente tem tido um aumento crescente, devido à publicidade difundida pelos *media*, ao acesso à informação facilitado pelas tecnologias de informação e comunicação, à responsabilização do utente, ao difícil acesso aos serviços de saúde pública e aos elevados custos inerentes aos serviços de saúde privados. O farmacêutico assume um papel importante no acesso a estes medicamentos na medida em que exerce uma atitude proativa de aconselhamento ao utente.

Como contemplado no preâmbulo do Despacho nº 17690/2007, de 23 de julho, automedicação é definida como *“a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.”* Apesar da prática da automedicação ser hoje recorrente no sistema de saúde, esta está limitada a situações clínicas definidas e deve efetuar-se de acordo com as especificações estabelecidas para aquele medicamento. O despacho referido anteriormente contempla uma lista de situações passíveis de automedicação, que deve ser do conhecimento do farmacêutico (Anexo XI) (23).

No ato de dispensa, o farmacêutico deve assegurar que possui informação suficiente para avaliar o problema do utente, sendo que para tal deve estabelecer um conjunto de questões de forma simples e direta. Deste modo, é fundamental conhecer os sintomas e há quanto tempo persistem, se já iniciou medicação para esses sintomas, quais as patologias de que padece e qual a medicação que utiliza habitualmente. O farmacêutico atenta também ao grupo de doentes com que se depara, tendo especial atenção quando se trata de grávidas, mulheres a amamentar, crianças, lactentes, idosos e doentes com patologias crónicas. Mediante as respostas fornecidas pelo utente, cabe ao farmacêutico avaliar se está perante uma patologia grave que necessite de aconselhamento médico ou se é uma patologia menor, facultando, neste caso, as informações necessárias, nomeadamente medidas não farmacológicas e dispensando medicamentos em caso de manifesta necessidade.

Durante o estágio na Farmácia Montezelos foram várias as situações em que me deparei com situações de automedicação, nomeadamente no que toca ao consumo de antibióticos, sendo que muitas vezes o utente alega que já utilizou anteriormente, segundo o conselho do médico quando apresentou os mesmos sintomas. Nestas situações é importante consciencializar o doente para o uso racional dos antibióticos, assumindo um papel educativo, referindo os perigos associados à sua toma.

Enquanto estagiária esta área constituiu a parte mais desafiante do meu estágio uma vez que desconhecia muitos dos produtos existente no mercado e não tinha prática na abordagem ao doente no que diz respeito ao aconselhamento. Neste aspeto o trabalho

desenvolvido com a minha orientadora de estágio, Doutora Eugénia Fernandes, foi fundamental, nomeadamente antes de iniciar o atendimento, pois simulou comigo várias situações em que era necessária a intervenção do farmacêutico na dispensa de MNSRM, contribuindo, desta forma, para a minha autonomia enquanto futura farmacêutica.

8. Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde

Atualmente a farmácia é considerada muito mais que um local de dispensa de medicamentos pondo, para tal, à disposição do utente uma panóplia de outros produtos de saúde como os produtos de dermocosmética e higiene corporal, os produtos dietéticos para alimentação especial, os produtos dietéticos infantis, os produtos de fitoterapia e suplementos nutricionais, os medicamentos de uso veterinário e os dispositivos médicos. Assim é essencial que o farmacêutico conheça a variedade de hipóteses disponíveis no mercado, fazendo formações constantes.

8.1 Produtos de Dermocosmética e Higiene Corporal

Os produtos de dermocosmética e higiene corporal constituem produtos de venda em farmácia com uma procura crescente e que para tal necessitam que os profissionais que lá trabalham tenham um conhecimento aprofundado nesta temática, a fim de fazerem um aconselhamento fidedigno e promover a fidelização do cliente à farmácia.

Os produtos de dermocosmética são devidamente legislados pelo Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de setembro com as alterações impostas pelo Decreto-Lei nº 115/2009, de 18 de maio. Assim, e aludindo à lei atrás exposta, produto cosmético é *“qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”* (26,27).

A aquisição destes produtos pela farmácia é feita tendo em conta a população em que a farmácia está inserida, a época do ano e ainda as campanhas publicitárias difundidas nos *media*. Apesar de não carecerem de recita médica, alguns destes produtos são indicados por médicos, porém na maioria das vezes o utente desloca-se à farmácia para receber aconselhamento. Deste modo, cabe aos profissionais de saúde que trabalham na farmácia, nomeadamente ao farmacêutico, conhecer todas as linhas de produtos de que a farmácia dispõe, as particularidades de cada linha e as novidades que cada linha apresenta de forma a poder aconselhar o melhor produto para o utente. Assim são de máxima importância as formações pontuais que ocorrem na farmácia.

A Farmácia Montezelos disponibiliza aos utentes vários tipos de produtos de dermocosmética e higiene corporal, tais como produtos de hidratação corporal e de rosto para diferentes tipos de pele e diferentes objetivos, produtos de higiene oral e íntima e ainda produtos capilares, produtos para unhas e produtos labiais.

Durante o estágio na Farmácia Montezelos tive a oportunidade de receber várias formações nesta área, nomeadamente no que diz respeito à proteção solar, uma vez que o meu estágio decorreu numa época em que se iniciava a procura destes produtos. Também recebi uma formação específica de produtos de higiene íntima e de produtos que eram novidade em algumas linhas. Estas formações, a consulta da bibliografia existente na farmácia sobre cada linha e ainda o trabalho desenvolvido com a Doutora Eugénia Fernandes no âmbito da simulação de situações de aconselhamento, permitiram-me ganhar algumas ferramentas importantes aquando do contacto com o utente.

8.2 Produtos Dietéticos para Alimentação Especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial são produtos que têm baixa rotatividade na farmácia, apresentando muitas vezes um *stock* limitado e daí a necessidade de ter que ser realizada a sua encomenda.

Para garantir que estes produtos sejam seguros para o utente são abrangidos por legislação específica. Na alínea b) artigo 2º do Decreto-Lei nº 216/2008, de 11 de novembro, pode ler-se que produto dietético para alimentação especial é: *“uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos”* (28).

Durante o período de estágio pude constatar que o recurso a este género de produtos era pontual e muitas vezes feito por utentes cujo consumo destes produtos já é habitualmente realizado na Farmácia Montezelos.

8.3 Produtos Dietéticos Infantis

O leite materno é um alimento vivo, altamente nutritivo, completo e natural, tido como o alimento de excelência para quase todos os recém-nascidos. A amamentação é, assim, uma prática vantajosa para a mãe e para o bebé, tendo o farmacêutico de oficina um papel ativo no aconselhamento desta prática. Por vezes, a mãe não tem possibilidade de amamentar ou o leite materno é insuficiente para alimentar o bebé, havendo necessidade de recorrer a produtos dietéticos infantis, muitas vezes aconselhados pelo farmacêutico, cuja escolha deve ter em conta as características e necessidades do bebé.

A Farmácia Montezelos dispõe de uma gama de fórmulas que visa suprimir as carências do bebé, atendendo à sua idade, patologias e intolerâncias. De uma forma geral os leites infantis encontram-se divididos em leites para lactentes, os leites de transição e os leites com formulas especiais para características dietéticas específicas. Os leites para

lactentes são fórmulas aconselhadas até aos 4-6 meses quando a alimentação do bebé é feita exclusivamente com leite, sendo que a partir do momento em que são introduzidos os alimentos sólidos se deve optar por um leite de transição desde os 4 aos 12 meses de idade. As fórmulas especiais são utilizadas em situações como a prematuridade, intolerâncias alimentares, determinadas alergias e quando algumas funções estão alteradas. Assim, e dada a gravidade das situações atrás mencionadas, a utilização destes leites deve ser feita com supervisão de um profissional de saúde. Deste modo, na farmácia existem, à disponibilidade do utente, diversas gamas como: “AR” leite anti regurgitante, “AD” leite antidiarreico, “AO” leite anti obstipante, “HA” leite hipoalérgico, leite sem lactose e ainda “RICE” leite à base da proteína de arroz para bebés com intolerância não só à lactose, mas também à proteína de soja. É ainda de referir que o farmacêutico também desempenha um papel importante no aconselhamento das mães que desejem amamentar, mas não o possam fazer por impeditivos profissionais. Nestes casos é importante mostrar alternativas para além das fórmulas acima referidas como as bombas para retirar o leite e os frascos/sacos para o armazenar.

No que diz respeito aos produtos dietéticos infantis a farmácia apresenta alternativas complementares aos leites, como os boiões e a farinhas, sendo estes aconselhados consoante as necessidades nutricionais do bebé e a sua idade.

Durante o estágio pude constatar que os produtos dietéticos infantis apresentam alguma rotatividade, porém foram raros os casos em que o utente solicitou informações sobre estes produtos ao farmacêutico, sendo que, quando solicitou alguma informação esta relacionava-se, sobretudo com as fórmulas especiais.

8.4 Produtos de Fitoterapia e Suplementos Nutricionais

Os produtos de fitoterapia e os suplementos nutricionais têm cada vez mais adeptos, não apenas pelos benefícios que alguns apresentam para a saúde, mas também por muitos destes produtos serem de origem natural e estarem isentos de químicos.

Deste modo, a fitoterapia caracteriza-se pela utilização de plantas com atividade medicinal e que pode ser útil como complemento ao tratamento de algumas patologias. Porém, é necessário desmistificar a ideia de que esta terapêutica é isenta de interações, contra-indicações e efeitos adversos, tendo o farmacêutico um papel ativo nesta situação. Para tal, o farmacêutico tem de conhecer a terapêutica realizada pelo utente e as patologias que apresenta de forma a poder realizar o melhor aconselhamento possível.

Os suplementos nutricionais constituem uma gama de produtos para diversos fins e que complementam a realização de uma alimentação saudável e a prática de exercício físico regular. São muito procurados para a diminuição dos níveis de colesterol e glicémia no sangue, para emagrecimento, para aumentar a concentração e reduzir a fadiga física e ainda para reduzir os níveis de *stress*. A maioria dos suplementos apresenta na sua constituição fibras, minerais e vitaminas, podendo em alguns, existir extratos de plantas. Assim são importantes complementos em algumas fases do crescimento como por exemplo a adolescência e a menopausa. O farmacêutico exerce um papel importante no aconselhamento

destes produtos, devendo realizar todas as questões necessárias para dispensar ao utente o produto ideal.

Uma vez que o meu período de estágio abrangeu a época de final de ano letivo e exames, pude constatar que os suplementos nutricionais destinados a aumentar a concentração e reduzir a fadiga e o *stress* foram os mais procurados, nomeadamente por estudantes e professores. Também verifiquei que pessoas mais idosas, dado o aumento das temperaturas, procuravam suplementos enriquecidos com magnésio.

8.5 Medicamentos de Uso Veterinário

De acordo com a alínea au), artigo 3º do Decreto-Lei nº 148/2008, de 29 julho, alterado na alínea av), artigo 3º do Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 outubro medicamento veterinário é : *“toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico -veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”* (29,30). O controlo destes produtos é da responsabilidade da Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), sendo qualquer problema reportado a esta instituição.

A Farmácia Montezelos apesar de ser uma farmácia citadina alberga muitas das zonas rurais no concelho de Vila Real. Assim, existem disponíveis para o utente os desparasitantes internos e externos, contraceptivos, antibióticos e algumas vacinas. Porém de todos estes produtos os mais procurados, para os quais é solicitado aconselhamento, são os desparasitantes internos e externos.

Para além dos medicamentos veterinários, a Farmácia Montezelos dispõe de outros produtos destinados a animais como champôs, leites, suplementos alimentares, repelentes, entre outros.

Durante o estágio pude verificar que a necessidade de formações contínuas nesta área é essencial para o farmacêutico de oficina uma vez que a procura destes produtos na farmácia é cada vez maior. Mais uma vez a colaboração de toda a equipa da Farmácia Montezelos no meu estágio foi fundamental para uma dispensa correta e eficaz destes produtos.

8.6 Dispositivos Médicos

Segundo o estabelecido pela alínea t), artigo 3º do Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de junho, considera-se dispositivo médico *“qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos,*

imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: i) Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; ii) Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; iii) Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; iv) Controlo da conceção” (31).

Os dispositivos médicos encontram-se divididos em 4 classes de acordo com o risco que apresentam. Assim, a classe I corresponde a dispositivos de baixo risco, a classe IIa e a classe IIb a dispositivos de médio risco e a classe III a dispositivos de alto risco. A classe de risco é determinada de acordo com alguns fatores: a duração de contacto com o corpo humano, se são ou não invasivos, a parte anatómica que a sua utilização afeta e os riscos associados ao seu fabrico ou conceção técnica (31,32).

De uma forma geral a Farmácia Montezelos possui dispositivos médicos das quatro classes referidas. A Tabela 9 pretende exemplificar alguns dos dispositivos médicos encontrados na Farmácia Montezelos e a classe de risco a que pertencem.

Tabela 9 - Classificação dos Dispositivos Médicos

Classe de Risco	Dispositivos Médicos
Classe I	Fraldas e pensos para incontinência, meias de compressão, pulsos, meias e joelheiras elásticas, ligaduras, entre outros.
Classe IIa	Compressas hidrófilas esterilizadas e não esterilizadas, lancetas, agulhas para seringas, luvas cirúrgicas, pensos de gaze não impregnados com medicamento, entre outros.
Classe IIb	Preservativos masculinos, canetas de insulina, soluções de conforto para utentes utilizadores de lentes de contacto, entre outros.
Classe III	Pensos impregnados com medicamento (nomeadamente com anti-inflamatórios), testes de gravidez, entre outros.

9. Outros Cuidados de Saúde Prestados na Farmácia Montezelos

A prestação de cuidados de saúde ao utente é o que torna a farmácia comunitária mais que um local de dispensa de medicamentos, tornando-a, assim, um verdadeiro espaço de saúde. A Farmácia Montezelos disponibiliza aos seus utentes vários serviços farmacêuticos como a medição do peso e altura, medição da pressão arterial, determinação dos níveis de glicémia, colesterol total e triglicéridos e administração de injetáveis. De uma forma geral todos os profissionais da farmácia estão aptos a prestar estes serviços, no entanto, no que diz respeito à administração de injetáveis estes são apenas da competência de alguns farmacêuticos, devidamente acreditados pela Ordem dos Farmacêuticos.

A prestação de cuidados farmacêuticos ocorre por iniciativa do utente, quando se desloca à farmácia e solicita um serviço específico, ou mediante iniciativa do farmacêutico

que quando contacta com o utente deteta a importância da prestação destes cuidados. Após a primeira determinação, é fornecido ao utente um cartão de registo dos valores determinados, que muitas vezes fica arquivado na farmácia, e permite o seguimento do utente. Ao fim do preenchimento do cartão muitos utentes mostram os valores registados ao médico, sendo esta uma ferramenta importante no seguimento farmacoterapêutico.

É ainda de referir, que a Farmácia Montezelos disponibiliza aos seus utentes aconselhamento nutricional, duas vezes por semana, inserido no programa da *Dieta EasySlim*® e outro mais direcionado para a nutrição clínica, devidamente orientados pelo farmacêutico.

Durante o estágio pude constatar que muitos utentes da Farmácia Montezelos utilizam estes serviços farmacêuticos de forma regular, nomeadamente o serviço de medição da tensão arterial.

9.1 Medição de Peso e Altura

Na Farmácia Montezelos, na área de atendimento ao público, existe uma balança que permite determinar o peso e altura do utente, mediante a inserção de uma determinada quantia. Os utentes que a utilizam, fazem-no de forma autónoma, sem muitas vezes necessitarem de outro aconselhamento. Quando muitas vezes o farmacêutico é inquirido sobre a discrepância entre os valores apresentados e aqueles que muitas vezes foram determinados pelo médico na última consulta, há necessidade de alertar o utente para a necessidade de fazer o controlo sempre na mesma balança, no mesmo horário e com o mesmo tipo de vestuário.

9.2 Medição da Tensão Arterial

A medição da tensão arterial constitui o serviço farmacêutico mais requisitado pelos utentes da Farmácia Montezelos o que mostra a crescente consciencialização da população para a importância desta medida, na prevenção da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares. A medição da tensão arterial ocorre no gabinete de atendimento personalizado que se caracteriza por um local calmo e onde a privacidade do utente está garantida. A medição é feita recorrendo a um medidor de tensão arterial eletrónico que fornece informação sobre a pressão arterial sistólica, a pressão arterial diastólica e as pulsações.

Para uma correta medição da tensão arterial é importante que o utente repouse durante 5 minutos, atitude que lhe é solicitada quando requer este serviço farmacêutico. É ainda importante estabelecer um diálogo com o utente para perceber se este não ingeriu café ou fumou nos últimos 30 minutos e também muitas vezes para permitir ao utente baixar os níveis de ansiedade que podem estar associados à “bata branca”. Estas variáveis constituem fatores que podem alterar os valores obtidos na medição. Antes de iniciar a medição é importante explicar todo o processo ao utente, explicando-lhe que se deve manter sossegado durante a medição, sem cruzar os membros inferiores, com as costas devidamente apoiadas na cadeira e com o braço colocado em cima da mesa ao nível do coração. Quando não

conhecemos o utente e é a primeira vez que vamos realizar a medição da pressão arterial, é importante medir este valor nos dois braços de forma a determinar qual o braço de maior pressão. De forma a proceder corretamente e o valor ser o mais fidedigno possível, devem efetuar-se duas medições com alguns minutos de diferença. Quando o valor é obtido é necessário interpretá-lo, para tal é consideram-se os valores de referência inscritos na Tabela 10 (33):

Tabela 10 - Classificação dos valores da pressão arterial

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ideal	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão Estádio 1	140-150	90-99
Hipertensão Estádio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estádio 3	≥180	≥110

Após a determinação do valor e respetiva interpretação, o farmacêutico comunica o resultado ao utente, mostrando-se disponível para esclarecer as potenciais dúvidas que possam surgir. É importante, que mediante o valor obtido, o farmacêutico faça as devidas recomendações, nomeadamente a consciencialização para a prática de uma alimentação saudável, com consumo reduzido de sal e para a prática de exercício físico. Quando se trata de um utente com hipertensão já diagnosticada, é importante que o farmacêutico inquirir sobre a forma como está a tomar a medicação, a fim de detetar uma má adesão à terapêutica, sendo que nestes casos é crucial mostrar ao utente a importância da toma correta da medicação. Se, por outro lado, o doente hipertenso realiza terapêutica de forma correta e não apresenta a tensão arterial controlada, cabe ao farmacêutico recomendar a marcação de uma consulta médica para ajustamento da terapêutica.

Durante o estágio pude prestar várias vezes este serviço aos utentes da Farmácia Montezelos, podendo constatar que muitas vezes mais que medir a tensão arterial alguns utentes, nomeadamente os mais idosos, queriam alguma companhia e alguém com quem conversar, mostrando-me que o farmacêutico precisa de ser muito mais que um especialista do medicamento.

9.3 Medição da Glicémia

A *Diabetes Mellitus* é uma doença crónica cuja prevalência em Portugal tem vindo a aumentar ao longo dos anos, sendo que o contacto com utentes portadores desta patologia é frequente na farmácia comunitária. O farmacêutico tem o dever de alertar o utente para um controlo regular dos níveis de glicémia no sangue, não apenas enquanto medida de controlo

para um doente com patologia diagnosticada, mas também como medida preventiva para os restantes utentes da farmácia.

Na Farmácia Montezelos a medição da glicémia faz-se mediante punção capilar. Para tal é importante desinfetar as mãos do utente com álcool a 70°, garantindo a sua total evaporação, de forma a garantir a eliminação de resíduos que estejam nas mãos e possam interferir com os resultados. Também é essencial fazer uma massagem de estimulação da vasodilatação no dedo onde se vai realizar a colheita de sangue. A colheita de sangue é feita mediante picada feita com uma lanceta, na parte lateral do dedo. De seguida o sangue é posto em contacto com uma tira de teste colocada, previamente, no medidor eletrónico dos níveis de glicémia. Após a determinação do resultado, este é comunicado ao utente e registado no cartão pessoal no campo destinado a esse efeito. Ao farmacêutico cabe a interpretação do resultado e questionar o utente sobre potenciais dúvidas que possam surgir.

Para a interpretação do resultado o farmacêutico deve ter consciência dos seguintes valores (Tabela 11) (34):

Tabela 11 - Classificação dos valores de glicémia

DETERMINAÇÃO EM JEJUM		DETERMINAÇÃO PÓS-PRANDIAL	
< 70 mg/dL	Hipoglicémia	< 70 mg/dL	Hipoglicémia
70-109 mg/dL	Normal	70-139 mg/dL	Normal
110-125 mg/dL	Pré-Diabetes	140-199 mg/dL	Pré-Diabetes
≥ 126 mg/dL	Diabetes	≥ 200 mg/dL	Diabetes

Quando os valores são superiores aos valores acima tabelados, para um doente sem diagnóstico de diabetes, é essencial que o farmacêutico tente determinar a causa, verificando se os requisitos para a realização do teste foram cumpridos, isto é, se o utente está em jejum ou se a última refeição foi realizada há pelo menos 2h. Nestes casos o farmacêutico deve consciencializar o utente para importância da adoção de hábitos de vida saudáveis, no entanto é importante salientar que um valor discrepante pontualmente não determina diagnóstico de diabetes, para tal é importante a realização de um maior número de determinações, cabendo ao farmacêutico direcionar o utente para o médico quando os valores acima do normal sejam recorrentes. Quando se trata de um doente com diagnóstico de diabetes e que já realiza terapêutica, porém os valores não se encontram normalizados, o farmacêutico tem que alertar o doente para a importância da correta toma dos medicamentos, a adoção de um estilo de vida saudável e muitas vezes para a marcação de uma consulta com o médico para reavaliação da terapêutica.

9.4 Medição do Colesterol Total e Triglicéridos

O desenvolvimento de doenças cardiovasculares está intimamente relacionado com alterações nos valores dos níveis sanguíneos de colesterol e triglicéridos. Deste modo, a

determinação regular destes níveis, constitui uma forma de prevenir o aparecimento de doenças cardiovasculares e uma forma de garantir que os níveis sanguíneos de colesterol e triglicéridos se encontram controlados, mesmo quando o doente já realiza medicação para a diminuição destes valores.

Na Farmácia Montezelos a forma de medição dos colesterol total e triglicéridos é semelhante à medição da glicémia, porém o volume de sangue necessário é ligeiramente maior, sendo que, para tal, a punção venosa deve ser realizada na parte central do dedo. Na medição dos níveis de colesterol deve ser garantido que o doente está em jejum para o valor obtido ser o mais fidedigno possível. No caso dos níveis de triglicéridos, deve assegurar-se que o utente fez jejum por um período de 12h. Na interpretação dos resultados obtidos o farmacêutico tem em conta os valores de referência descritos na Tabela 12 (35):

Tabela 12 - Classificação dos valores de colesterol total e triglicéridos

COLESTEROL TOTAL		TRIGLICÉRIDOS	
Nível (mg/dL)	Categoria	Nível (mg/dL)	Categoria
<200	Normal	<150	Normal
200-239	Intervalo Limite	150-199	Intervalo Limite
≥240	Elevado	≥200	Elevado

Após a determinação, interpretação e registo dos valores obtidos, o farmacêutico assegura-se que o utente não possui quaisquer dúvidas. Assim, o farmacêutico pode, em alguns casos, aconselhar o utente a optar por uma alimentação mais regrada e aumentar a prática de exercício físico. Porém, quando os valores estão muito acima dos de referência, é essencial encaminhar o utente para o médico que poderá fazer um diagnóstico mais eficaz e prescrever a medicação adequada (35).

Durante o período de estágio tive a oportunidade de realizar algumas medições do colesterol total e triglicéridos, recorrendo ao aconselhamento de medidas não farmacológicas sempre que achasse pertinente.

9.5 Administração de Injetáveis

Outro serviço prestado aos utentes da Farmácia Montezelos, com uma adesão crescente é a administração de injetáveis. Este serviço só pode ser prestado por um farmacêutico, devidamente creditado, com curso para a administração de vacinas e medicamentos injetáveis.

10. Preparação de Medicamentos

A Portaria nº 594/2004, de 2 de junho aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados. Assim considera-se medicamento manipulado *“qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a*

responsabilidade de um farmacêutico". Para efeitos do referido anteriormente, considera-se fórmula magistral a preparação de medicamentos "em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita que especifica o doente a quem o medicamento se destina" ao passo que preparado oficial é "qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço" (36).

Com a constante evolução da indústria farmacêutica a preparação de medicamentos manipulados tem caído cada vez mais em desuso e daí algumas farmácias terem mesmo suspenso esta prática. No caso da Farmácia Montezelos, ainda que a preparação de medicamentos não seja uma prática recorrente, está equipada com todo o material necessário e dispõe de algumas matérias-primas que apresentam uma certa rotatividade. Para a preparação dos medicamentos manipulados, o farmacêutico tem de ter consciência das boas práticas de elaboração de medicamentos manipulados dos requisitos referidos no Formulário Galénico Português e nas Farmacopeias em vigor. Depois de devidamente preparado procede-se ao registo de todos os passos e cálculos na ficha do manipulado e preenche-se a ficha de movimentos de matérias primas. Antes de ser dispensado ao utente, é necessário elaborar o rótulo do medicamento preparado com todas as informações necessárias (nome do doente, fórmula do medicamento manipulado, nº de lote atribuído, prazo de validade, condições de conservação, instruções de utilização, via de administração, posologia, identificação da farmácia e do diretor técnico) (36). Também cabe ao farmacêutico que preparou o medicamento manipulado, calcular o PVP do mesmo obedecendo ao definido pela Portaria nº 769/2004, de 1 de julho. Para este cálculo deve ter em conta o valor dos honorários, o valor das matérias-primas utilizadas e o valor dos materiais de embalagem. Cada um destes valores tem uma fórmula de cálculo que pode ser consultada na portaria suprarreferida, devendo ter sempre em consideração que o fator fixo para o cálculo do valor dos honorários é atualizado anualmente (37).

No que toca à comparticipação dos medicamentos manipulados, esta só pode ser realizada se na receita for feita referência à substância ativa e não a sistemas pré-preparados industrialmente e/ou seja esteja referida a palavra "manipulado" ou as siglas "f.s.a"- faça segundo a arte. Todas as condições de comparticipação para medicamentos manipulados são estabelecidas pelo Despacho nº 18694/2010, de 18 de novembro (38).

Para além da preparação de medicamentos manipulados, na farmácia há também a necessidade de se proceder à reconstituição de fármacos que estão na forma de pó e que dada a sua instabilidade devem ser preparados aquando da sua utilização. Caso o utente não deseje que o farmacêutico execute a preparação da suspensão na farmácia, o farmacêutico tem que garantir que o utente compreendeu a forma correta de o fazer. Em qualquer dos casos, o farmacêutico deve fornecer toda a informação necessária ao utente, de modo a garantir que o medicamento seja utilizado corretamente.

Durante o estágio na Farmácia Montezelos tive a oportunidade de realizar a preparação de medicamentos manipulados como por exemplo a pomada de ácido acetilsalicílico e Dermovate™ creme, fazendo o preenchimento da ficha de preparação do manipulado e de registo de matérias primas, bem como proceder a elaboração do rótulo. Todo este trabalho foi realizado e supervisionado pela farmacêutica responsável pela preparação de medicamentos manipulados, a Doutora Inês Coelho. Também realizei a reconstituição de fármacos que estavam na forma de pó, uma vez que estes faziam parte do atendimento que estava a realizar.

11. Contabilidade e Gestão

11.1 Processamento do receituário e faturação

Uma gestão correta e eficiente da contabilidade e faturação da farmácia é essencial para o seu funcionamento enquanto serviço direcionado para o público e infraestrutura que deve assalariar funcionários e gerar a sua própria sustentação. A maioria dos medicamentos dispensados na farmácia é alvo de comparticipação por parte do Estado, pelo que, para garantir o reembolso, é necessário realizar o correto tratamento mensal do receituário.

A faturação tem início no momento de dispensa dos MSRM, quando é introduzido no *software SIFARMA 2000* o código correspondente ao organismo do qual o utente é beneficiário. A comparticipação é assim processada automaticamente, atribuindo à fatura um número sequencial, de acordo com o organismo e regime de comparticipação.

Na Farmácia Montezelos a conferência de receituário é feita regularmente por uma das farmacêuticas de modo a corrigir possíveis erros de dispensa. Sobretudo nas receitas manuais é necessária especial atenção à forma como a receita está prescrita verificando sempre se esta contém: o local de prescrição, a assinatura do médico prescriptor, a assinatura do farmacêutico, a validade da receita, a correspondência entre o medicamento prescrito e o medicamento faturado, aplicação correta do regime de comparticipação, e se o verso está carimbado e assinado. Sempre que seja detetado um erro este é imediatamente corrigido.

Após se verificar que todas as receitas estão em conformidade estas são divididas por organismo, em lotes de 30 receitas, e organizadas por ordem numérica do número sequencial atribuído pelo software informático, sendo-lhes anexado um verbete de identificação do lote que é devidamente carimbado (20).

No último dia do mês, são efetuados o Resumo Mensal de Lotes e a fatura mensal, que são datados, assinados e carimbados para posteriormente serem enviados com os lotes de receitas e os verbetes até ao dia 10 do mês seguinte. De modo a centralizar a conferência de faturas para pagamentos pelo SNS, o Ministério da saúde criou o Centro de Conferência de Faturas na Maia, para onde são enviados os documentos referidos anteriormente. Por outro lado, quando se tratam de receitas pertencentes a outros organismos, os documentos são enviados para a ANF. Após o envio podem ser detetados erros no receituário, que são comunicados à farmácia. Caso os erros estejam associados a uma receita manual, esta é enviada para a farmácia para posterior correção, mas se for numa recita eletrónica não

ocorre devolução da recita à farmácia e o Estado não procede ao pagamento do valor da comparticipação (20).

Durante o período de estágio tive a oportunidade de acompanhar este processo, o que me permitiu constatar a importância desta atividade no bom funcionamento da farmácia, os erros mais recorrentes e as características a ter em consideração na avaliação da receita.

11.2 Gestão de Recursos Humanos e Formação Contínua

Para uma farmácia apresentar produtividade, fidelizar clientes e prestar um serviço com qualidade necessita de ter uma gestão de recursos humanos eficaz. A gestão dos recursos humanos deve assentar em princípios como a união da equipa, a integração, a existência de condições de trabalho atrativas que fomentem o espírito de cooperação entre todos.

Cabe à Diretora Técnica assumir um papel de delegação de tarefas e funções, estimulando todos os colaboradores da equipa, aumentando a sua experiência e motivação. Também é da sua responsabilidade a gestão dos horários, folgas e férias de todos os colaboradores. Na gestão dos recursos humanos é importante que a Diretora Técnica incentive a formação contínua de todos os colaboradores da equipa de forma a prestar um serviço mais atual, eficaz e fidedigno a todos os utentes.

12. Outras Atividades

Com o intuito de disponibilizar um serviço mais eficaz, de qualidade e profícuo a Farmácia Montezelos está a adotar a metodologia *Kaizen*. Esta tem como base detetar erros e desperdícios de modo a melhorar a qualidade de atendimento ao utente e a rentabilidade da farmácia, cumprindo o lema que lhe está associado “*Hoje melhor do que ontem; amanhã melhor do que hoje*”. Deste modo, durante o período de estágio tive a oportunidade de assistir a algumas reuniões realizadas no âmbito da introdução desta metodologia o que me permitiu ter contacto com aquilo que penso que será a forma de trabalhar da farmácia do futuro.

Durante o estágio também me foi dada a oportunidade de assistir a inúmeras formações realizadas na farmácia nas áreas da dermocosmética e dos suplementos alimentares que para além de complementarem a minha formação académica também permitiram melhorar o meu atendimento ao utente. Para além destas formações também tive ocasião de assistir a uma formação pós-laboral, realizada pelo grupo *Gedeon Richter*, e subordinada ao tema *contraceção sem estrogénios* (Anexo XII).

De forma a ter contacto com os xaropes e suspensões existentes na Farmácia Montezelos foi-me solicitado que realizasse o levantamento dos prazos de validade destas formas farmacêuticas, os quais transpus para uma tabela que foi afixada na área onde estes produtos se encontram armazenados (Anexo XIII). Esta oportunidade permitiu-me adquirir as informações necessárias a transmitir ao utente aquando da dispensa destes produtos, tornando o meu atendimento eficiente e com qualidade.

Considerações Finais

Chegado ao fim o estágio na Farmácia Montezelos, posso concluir que o farmacêutico exerce uma função imprescindível no sistema de saúde onde o seu principal foco é o utente e a sua saúde. De um farmacêutico comunitário é exigido muito mais que o conhecimento científico adquirido ao longo dos cinco anos de MICF. É essencial que este esteja dotado de valores éticos e morais e que tenha sensibilidade para estabelecer relações interpessoais que muitas vezes ultrapassam a barreira do balcão da farmácia.

No final desta etapa, concluo que muito mais que a função de dispensar medicamentos, o farmacêutico deve estar voltado para o aconselhamento ao doente e a prestação de cuidados ao utente. A farmácia do futuro será assim, um local de troca de conhecimentos em que o farmacêutico, em constante formação, deve ser o principal difusor do conhecimento relativo ao medicamento e outros produtos farmacêuticos.

Este estágio permitiu-me um crescimento não apenas profissional, mas também pessoal essencial ao meu futuro enquanto farmacêutica. Nem tudo foi fácil, mas a equipa em que fui inserida foi fulcral para que este estágio corresse da melhor forma possível.

O contacto com a realidade com que se depara uma farmácia do interior transmontano de certo que não será igual a realidade de uma farmácia de um grande centro urbano, contudo os conhecimentos adquiridos nesta etapa do meu percurso académico serão essenciais para o desempenho desta profissão que tem tanto de belo como de desafiante.

Referências Bibliográficas

1. Conselho Nacional de Qualidade. Boas práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. Ordem dos Farmacêuticos. Revisão nº3 de 2009.
2. Farmácia Montezelos. Disponível em <http://farmaciamentozelos.pt/> [Acedido: 20-abr-2017]
3. Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto. Regime jurídico das farmácias de oficina.
4. Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto. Proceda à segunda alteração ao Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.
5. Lei nº 16/2013, de 8 de fevereiro. Proceda à terceira alteração ao Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.
6. Deliberação nº 1502/2014, de 3 de julho. Regulamentação das áreas mínimas das farmácias, de acordo com nº 4 e 5 do artigo 29º e do artigo 57º-A do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, na sua redação atual.
7. Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro. Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias.
8. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto. Estatuto do Medicamento.
9. Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, alterado pela Declaração de retificação nº 20/93, publicada na I Série-A do Diário da República nº 43, de 20 de fevereiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.
10. Decreto-Lei nº 97/2015, de 1 de junho. Proceda à criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde.
11. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
12. Farmacovigilância. Disponível em <http://www.infarmed.pt> [Acedido:11-mai-2017].
13. Decreto-Lei nº 118/2015, de 23 de junho. Segunda alteração ao Decreto-lei nº 136/2003.
14. VALORMED. Disponível em <http://www.valormed.pt/> [Acedido: 20-mai-2017].
15. Portaria nº 224/2015, de 27 de julho. Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes.
16. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED, IP. 2015.
17. Receita sem papel. Disponível em <http://spms.min-saude.pt> [Acedido: 20-mai-2017].
18. Lei nº 11/2012, de 8 de março. Estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos, procedendo à sexta alteração ao regime jurídico dos medicamentos de uso humano, aprovado pelo Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, e à segunda alteração à Lei nº 14/2000, de 8 de agosto.

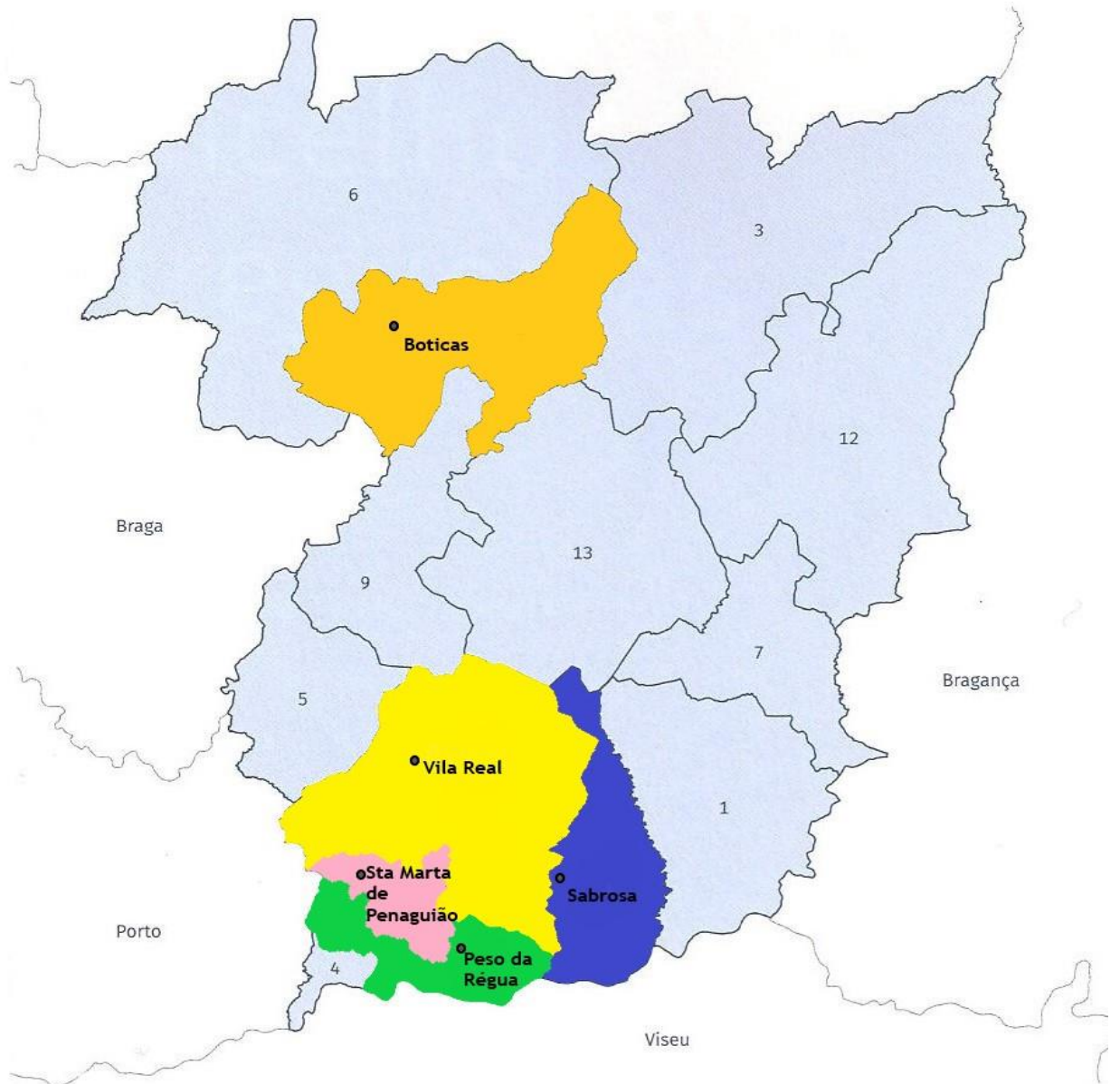
19. Portaria nº 223/2015 - Ministério da Saúde - Regula o procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
20. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2017
21. Portaria nº 195-D/2015, de 30 de junho. Estabelece os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos que podem ser objeto de comparticipação e os respetivos escalões de comparticipação.
22. Decreto-Lei nº 97/2015, de 1 de junho. Procede à criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde.
23. Portaria nº 284/2016, de 4 de novembro. Estabelece o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados, destinados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.
24. Portaria nº 92-F/2017, de 3 de março. Procede à primeira alteração da Portaria nº 284/2016, de 4 de novembro.
25. Despacho nº 17690/2007, de 23 de julho.
26. Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de setembro. Estabelece o regime jurídico aplicável aos produtos cosméticos e de higiene corporal, adiante designados por produtos cosméticos
27. Decreto-Lei nº 115/2009, de 18 de maio alterado pela declaração de retificação n.º 45/2009, de 29 de junho, publicada no Diária da República nº 125, série I, de 1 de julho de 2009. Procede à primeira alteração do Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de setembro.
28. Decreto-Lei nº 216/2008, de 11 de novembro. Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva nº 1999/21/CE, da Comissão, de 25 de março, relativa aos alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos, alterada pela Diretiva nº 2006/141/CE, da Comissão, de 22 de dezembro, e estabelece o respetivo regime jurídico.
29. Decreto-Lei nº 148/2008, de 29 julho.
30. Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 outubro.
31. Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de junho. Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios.
32. Dispositivos Médicos. Disponível em <http://www.infarmed.pt> [Acedido: 30-mai-2017].
33. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34(28):2159-2219.
34. Valores de Referência para a Glicémia. Disponível em <http://www.apdp.pt/> [Acedido: 30-mai-2017].

35. Norma nº 019/2011 de setembro de 2011, atualizada a 11/05/2017. Estabelece a abordagem terapêutica das dislipidemias no adulto.
36. Portaria nº 594/2004, de 2 de junho. Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar.
37. Portaria nº 769/2004, de 1 de julho. Estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem.
38. Despacho nº 18694/2010, 18 de novembro. Estabelece as condições de participação de medicamentos manipulados e aprova a respectiva lista.

Anexo I

Mapa do Distrito de Vila Real

Distrito de Vila Real



Legenda:

- 1 Alijó
- 2 Boticas
- 3 Chaves
- 4 Mesão Frio
- 5 Mondim de Basto

- 6 Montalegre
- 7 Murça
- 8 Peso da Régua
- 9 Ribeira de Pena
- 10 Sabrosa

- 11 Santa Marta de Penaguião
- 12 Valpaços
- 13 Vila Pouca de Aguiar
- 14 Vila Real

Anexo II

Inquérito etnobotânico semiestruturado utilizado nas entrevistas



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

INQUÉRITO ETNOBOTÂNICO

Este questionário destina-se à recolha de elementos para a elaboração da dissertação de mestrado, inserida no curso **Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas**.

A forma como responder é fundamental para que o tratamento de dados seja o mais fidedigno e rigoroso possível.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas. Pretende-se, apenas averiguar qual o conhecimento que tem sobre o assunto em estudo, pelo que **garantimos o total anonimato**.

Assinale a resposta, colocando uma cruz, na opção que melhor exprime a sua opinião.

As respostas às questões deverão ser realizadas com objetividade, devendo ser respeitadas as indicações dadas para cada uma delas.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

**Trabalho realizado por:
Magda Sofia Afonso Ribeiro**

**Orientação de:
Professora Doutora Ana Paula Duarte**

SECÇÃO A: INFORMAÇÃO IDENTIFICATIVA

Nesta secção pretende-se recolher os dados, de forma a fazer-se caracterização sociocultural da população alvo.

1. Idade:

- a) <30
- b) 30 - 49
- c) 50 - 70
- d) >70

2. Localidade: _____

3. Género:

- a) Feminino
- b) Masculino

4. Perfil urbanístico

- a) Urbano
- b) Rural-urbano
- c) Rural

5. Nível de escolaridade

- a) Sem escolaridade
- b) Ensino Básico:
 - 1º Ciclo
 - 2º Ciclo
 - 3º Ciclo
- c) Ensino Secundário
- d) Ensino Superior

6. Costuma frequentar feiras/mercados/lojas que vendam produtos de origem natural com fins medicinais?

a) Sim

b) Não

SECÇÃO B: INFORMAÇÃO ETNOBOTÂNICA

Nesta secção pretende-se reunir informação sobre o conhecimento etnobotânico da população inquirida.

1. Conhece/utiliza algumas(s) planta(s) com fim medicinal?

- a) Sim Qual ? _____
- b) Não *(Se respondeu NÃO, passe para a Secção C: Opinião)*

2. Qual o fim farmacológico a que se destina?

- a) Tratar doenças do sistema urinário
- b) Tratar doenças do sistema cardíaco
- c) Tratar doenças do sistema nervoso
- d) Tratar doenças do sistema digestivo
- e) Tratar doenças da pele
- f) Outro
Qual? _____

3. Que parte da planta utiliza com fim medicinal?

- a) Caule
- b) Folhas
- c) Raiz
- d) Flores
- e) Fruto

4. Qual a forma de administração?

5. Qual a forma de preparação?

6. A planta que mencionou é utilizada com outro fim que não o terapêutico?

- a) Sim Qual? _____
- b) Não
- c) Não sei

7. Com que frequência utiliza a planta mencionada?

- a) Usa atualmente
- b) Usou no passado
- c) Nunca usou

8. Qual a forma de obtenção da planta?

- a) Compra
- b) Cultivo
- c) Apanha no campo
- d) Outro

9. De que forma obteve o conhecimento sobre a planta referida?

- a) Transmitido por outrem
- b) Por acaso
- c) Em livros, revistas ou jornais
- d) Na internet
- e) Outro

SECÇÃO C: OPINIÃO

Nesta secção pretende-se conhecer a opinião da população alvo no que se refere ao conhecimento etnobotânico.

1. Acha importante que os conhecimentos que o povo tem sobre uso de plantas medicinais deve ser transmitido aos mais novos?

a) Sim

b) Não

2. Se conhecesse o uso medicinal das plantas da sua região utilizava-as em vez dos medicamentos receitados pelo médico ou como complemento destes?

a) Sim

b) Não

3. Tem conhecimento que as plantas medicinais podem interferir ou interagir com os medicamentos?

a) Sim

b) Não

4. Que pessoa ligada à saúde acha que deveria ser responsável pelo ensino deste género de conhecimento?

a) Médicos

b) Farmacêuticos

c) Enfermeiros

d) Outros

5. Acha que as plantas medicinais podem ser importantes para o tratamento de certas doenças?

a) Sim

b) Não

6. Acha que as plantas medicinais devem ser mais utilizadas que os medicamentos prescritos pelo médico?

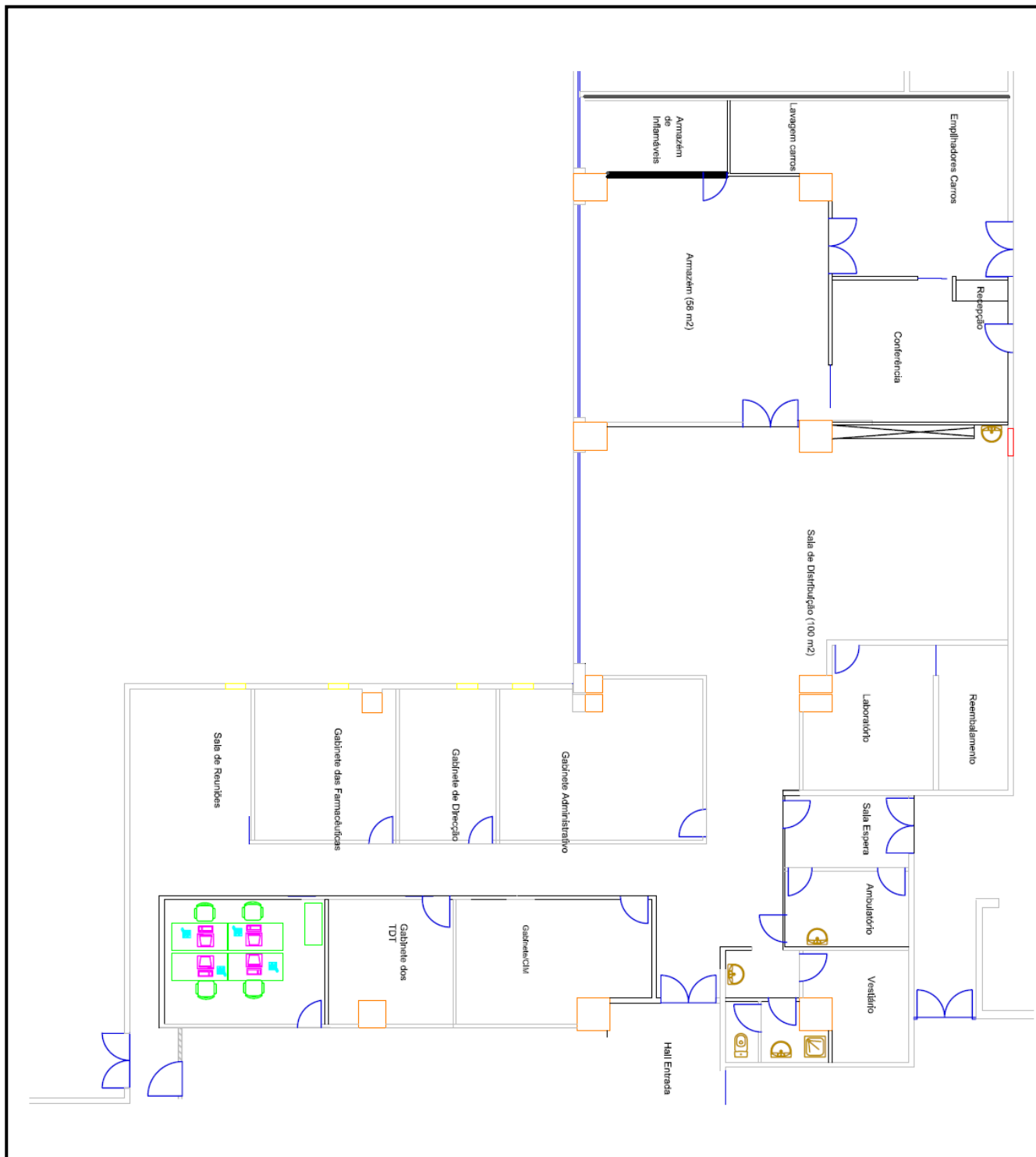
a) Sim

b) Não

Concluiu o questionário.
Obrigada por ter dado o seu contributo.

Anexo III

Planta dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro



Anexo IV

Impresso para a requisição de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas.

SUBSTÂNCIAS ACTIVAS E SUAS PREPARAÇÕES				QUANTIDADE	
N.º de Código	Designação	Forma Farmac.	Dosagem	Pedida	Fornecida
Carimbo da entidade requisitante			D.T. ou Farmac. Responsável _____		
			N.º de insc na O. F. _/_/_/_/_		
			Data _/_/_		
			Ass. legível _____		
Carimbo da entidade fornecedora			Director Técnico _____		
			N.º de insc na O. F. _/_/_/_/_		
			Data _/_/_		
			Ass. legível _____		


Anexo V

Pedido de Autorização de Medicamento.

	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	
Pedido de Autorização de Medicamento		
Diretor Clínico:		<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não Aprovado
Data:		
Assunto:		
Medicamento:		Dosagem:
Via de administração:		Período de fornecimento:
Utilização:	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Hospitalar
Serviço requerente:	Medicamento introduzido na Adenda Hospitalar:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ano:
<input type="checkbox"/> Com suporte legal	<input type="checkbox"/> Sem suporte legal	<input type="checkbox"/> NA
Parecer dos Serviços Farmacêuticos:		
Data:		
Assinatura:		
N.º Mecanográfico:		

Anexo VII

Impresso para requisição/distribuição/administração de medicamentos hemoderivados.

Número de série <u>0860390</u>		VIA FARMÁCIA		
 MINISTÉRIO DA SAÚDE		MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO <i>(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos^(*))</i>		
HOSPITAL _____				
SERVIÇO _____				
Médico _____ <i>(Nome legível)</i>	Identificação do doente <i>(nome, B. I., n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i>	QUADRO A		
N.º Mec. ou Vinheta _____				
Assinatura _____				
Data ____/____/____				
Apor etiqueta autocolante, citógrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.				
REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA <i>(a preencher pelo médico)</i>				
Hemoderivado _____		QUADRO B		
<i>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</i>				
Dose/Frequência _____	Duração do tratamento _____			
Diagnóstico/Justificação Clínica _____				

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____ / _____ <i>(a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)</i>		QUADRO C		
Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____				
<i>(*) Excepcionalmente, o plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.</i>				
Recebido ____/____/____		Serviço requisitante <i>(Assinatura)</i> _____	N.º Mec. _____	
I. Instruções relativas à documentação:				
A requisição, constituída por 2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO) , é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.				
VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.				
VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. <i>Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.</i>				
II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:				
a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;				
b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).				
Modelo n.º 1B04 (Exclusivo da INCM, S. A.)				

Anexo VIII

Impresso para o Registo de Erros de Medicação.



REGISTO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

(apenas para tratamento administrativo, não colocar no processo do doente)

Vinheta Identificativa do Doente

Data notificação __/__/__

Data da ocorrência __/__/__

Quem notifica: Enfermeiro
 Farmacêutico
 Médico
 Outro

Tipo de Evento

1 - Prescrição:

- | | | |
|--|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Dose/frequência inapropriada | e) <input type="checkbox"/> Contra indicação | i) <input type="checkbox"/> Falta de justificação clínica/Extra-formulário |
| b) <input type="checkbox"/> Duplicação | f) <input type="checkbox"/> Doente errado | j) <input type="checkbox"/> Nomenclatura/abreviatura incorrectas |
| c) <input type="checkbox"/> Ilegível | g) <input type="checkbox"/> Falta de data | l) <input type="checkbox"/> Omissão dose/via/frequência de administração |
| d) <input type="checkbox"/> Medicamento inapropriado | h) <input type="checkbox"/> Prescrição verbal não registada | m) <input type="checkbox"/> Outra |

2 - Transcrição/Validação:

- | | | |
|--|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Dose errada | e) <input type="checkbox"/> Doente errado | i) <input type="checkbox"/> Registo no processo errado |
| b) <input type="checkbox"/> Frequência errada | f) <input type="checkbox"/> Duração errada | j) <input type="checkbox"/> Outra |
| c) <input type="checkbox"/> Horário errado | g) <input type="checkbox"/> Prescrição verbal mal compreendida | |
| d) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | h) <input type="checkbox"/> Prescrição não transcrita | |

3 - Preparação/Dispensa:

- | | | |
|---|---|---|
| a) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | d) <input type="checkbox"/> Atraso na entrega | g) <input type="checkbox"/> Frequência errada |
| b) <input type="checkbox"/> Quantidade errada | e) <input type="checkbox"/> Dose errada | h) <input type="checkbox"/> Prescrição não recepcionada atempadamente |
| c) <input type="checkbox"/> Rotulagem inadequada/ilegível | f) <input type="checkbox"/> Horário errado | i) <input type="checkbox"/> Outra |

4 - Conservação/preparação/administração:

- | | | |
|---|--|---|
| a) <input type="checkbox"/> Doente errado | e) <input type="checkbox"/> Dose errada | i) <input type="checkbox"/> Auto medicação |
| b) <input type="checkbox"/> Incompatibilidade de fármacos | f) <input type="checkbox"/> Horário errado | j) <input type="checkbox"/> Armazenamento incorrecto (frigorífico, luz) |
| c) <input type="checkbox"/> Medicamento adulterado | g) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | l) <input type="checkbox"/> Omissão |
| d) <input type="checkbox"/> Preparação incorrecta | h) <input type="checkbox"/> Via errada | m) <input type="checkbox"/> Outra |

Informação adicional: _____

Identificação do Evento

Tipo de erro	Resultado
A	Circunstâncias que poderiam causar erro
B	Ocorreu um erro mas a medicação não chegou ao doente
C	Ocorreu um erro que chegou ao doente

ERROS DO TIPO C OBRIGAM A IMEDIATA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE

Anexo IX

Draft de Reconciliação Farmacoterapêutica.



chtmad

Reconciliação Farmacoterapêutica

To Care 

Magda Ribeiro | Sara Azevedo | Vanessa Sousa

“O progresso acontece quando líderes corajosos e hábeis agarram a oportunidade para mudar as coisas para melhor.”

Harry Truman, 33º Presidente dos Estados Unidos da América

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da esperança média de vida é consequência de uma melhoria não apenas no nível de vida da população, mas também uma melhoria nos cuidados de saúde prestados pelos hospitais, que assumem um carácter primário no acompanhamento ao doente. Apesar desta melhoria nos cuidados de saúde a prevalência de doenças crónicas, principalmente entre a população idosa aumenta o risco de polimedicação entre os indivíduos desta faixa etária, o que pode incorrer em erros de medicação e um aumento do risco de reações adversas.

Apesar do medicamento tal como o conhecemos ser benéfico para o doente houve documentação de alguns erros ao nível da farmacoterapia. Não obstante, também se demonstrou que os fracassos da farmacoterapia são, em grande percentagem evitáveis. Deste modo surge o conceito de reconciliação farmacoterapêutica definido como *“o processo de criação e manutenção de uma lista atualizada contendo toda a medicação prescrita para o doente, incluindo o nome do medicamento, a dose, a frequência e a via de administração”*. Nesta lista devem constar os medicamentos de venda livre ou complementares de forma a ser a mais completa possível. O processo de reconciliação de medicamentos variará dependendo do ambiente de cuidados que o doente obtém por exemplo, da transferência do centro de saúde para o hospital ou do hospital para uma casa de cuidados. Esta prática clínica, que pretende monitorizar e avaliar, continuamente, a farmacoterapia do doente com o objetivo de melhorar os resultados em saúde requer uma equipa de saúde multidisciplinar. A *Joint Commission International* (JCI) considerada a reconciliação terapêutica um objetivo de segurança nacional para o doente.

A reconciliação terapêutica é, assim, uma ferramenta importante a nível mundial permitindo diminuir a taxa de erros de medicação, reduzir a ocorrência de efeitos adversos e os custos económicos, melhorando a segurança do doente, pelo que deve constituir uma prática presente nos hospitais.

OBJETIVOS

A criação de um programa de reconciliação terapêutica permitirá:

- Manter atualizada a lista da medicação de cada doente;
- Manter atualizada a lista de reações adversas a medicamentos (RAM) e outras alergias, evitando discrepâncias entre a medicação habitual e a medicação instituída entre cada transição de cuidados (admissão-alta hospitalar);
- Tornar a transferência de informação eficaz aquando da transição de cuidado intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde, diminuindo o risco de incidentes relacionados com a medicação e consequentes admissões hospitalares;
- Evitar erros de medicação provocados por informação incompleta ou insuficiente sobre o doente e a medicação;

- Diminuir a taxa de polimedicação da população alvo;
- Reconhecer os medicamentos potencialmente inapropriados e potencialmente omissos.
- Promover a responsabilização individual e de envolvimento dos profissionais de saúde, dentro de um contexto de responsabilidade compartilhada, promovendo assim o trabalho multidisciplinar.

CONCEITO, DEFINIÇÕES E ORIENTAÇÕES

Reconciliação Farmacoterapêutica

A reconciliação farmacoterapêutica é o processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.

Discrepância na medicação

A discrepância na medicação constitui a diferença entre a medicação habitual do doente e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados (e.g. medicamentos suspensos, adicionados ou substituídos), que pode ser intencional ou não intencional e que para a qual não se encontre justificação no processo clínico do doente ou em qualquer outra fonte de informação considerada aceitável.

Polimedicação

Polimedicação é o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo; excesso de uso de medicamentos não necessários ou o uso de 5 ou mais fármacos.

Medicamentos Potencialmente Inapropriados

Abrangem fármacos que se associam a maior risco que benefício podendo, genericamente, ser substituídos por alternativas mais seguras.

Segurança na medicação

A segurança na medicação constitui o conjunto de atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

Processo de gestão da medicação

O processo de gestão da medicação vai desde a seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização.

PROGRAMA DE RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA NO CHTMAD, EPE

A. Vantagens

- Diminuir os custos económicos inerentes ao internamento.

A redução dos custos associados ao internamento advém do maior conhecimento do processo do doente e da medicação que este realiza diminuindo os erros associados a medicação e RAMs que constituem uma das causas de internamento hospitalar.

- Maior confiança do doente no Serviço de Saúde

O CHTMAD pauta por “ser um hospital de referência que oferece um conjunto diversificado de serviços, assumindo a necessidade de desenvolver uma maior autonomia e abrangência na prestação de cuidados, potenciando o seu desenvolvimento e a criação de várias valências.” Neste sentido a implementação de um programa de reconciliação farmacoterapêutica constitui uma forma de demonstrar interesse no doente criando um serviço de maior qualidade e excelência.

- Valorização pessoal, multidisciplinaridade e responsabilização profissional;
- Maior autonomia no processo de assistência;
- Implementação de cultura interna de assistência centrada no doente;
- Aumento da segurança relacionada com medicamentos;
- Aumento da eficácia personalizada;
- Assegura as melhores práticas clínicas.

B. Abordagem Estratégica

A reconciliação terapêutica é uma ferramenta importante para a segurança do doente, prevenindo erros de medicação e evitando, entre outras situações, sobreposições e interações de medicamentos, que resulta de informações incompletas ou erradas aquando da transição de cuidados do doente.

O conhecimento sistematizado da medicação total de cada doente é indispensável para a segurança do doente, uma vez que a população portuguesa é cada vez mais idosa, maioritariamente polimedicada e sujeita a transferências frequentes de tipologia de cuidados de saúde.

A implementação do Programa de Reconciliação Terapêutica requer a elaboração de um projeto sistematizado, acessível e que permita a alteração da forma de implementação do programa, visando sempre a saúde do doente.

Assim como abordagem estratégica propõem-se três linhas centrais: recolha de informação, comparar informação e comunicar informação.

Seguem a seguir as linhas orientadoras do projeto “*To Care*” nomeadamente no que diz respeito aos recursos humanos a utilizar, estratégia de implementação, programa de implementação piloto e custos inerentes.

→ RECURSOS HUMANOS - A EQUIPA

De forma a fomentar uma visão multidisciplinar e integrativa a equipa responsável pela implementação e aplicação do Programa de Reconciliação Farmacoterapêutica deve envolver pelo menos um dos seguintes colaboradores:

- Farmacêutico
- Médico
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Assistente Social
- Informático

A direção do Programa de Reconciliação Farmacoterapêutica deverá ficar a cargo de um Farmacêutico, uma vez que este profissional de saúde atua como a peça central na comunicação entre a equipa médica e de enfermagem e o doente, e tem um conhecimento extenso sobre o medicamento atuando como um moderador eficaz da equipa.

→ FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

As estratégias a implementar têm como objetivo comum facilitar a recolha de informação, a intercomunicação entre profissionais de saúde e a comunicação ao utente.

- **Cartão “*To Care*” (Base de Dados)**

O cartão “*To Care*” trata-se de um documento que apresenta na folha de rosto toda a informação necessária para a devida identificação do doente, do médico responsável pela prescrição e serviço, a data de atualização e a identificação do médico de família. No interior apresenta uma tabela com toda a terapêutica prescrita para o doente, incluindo a identificação dos medicamentos por denominação comum internacional (DCI) e por marca comercial. Deve ainda providenciar informação sobre a finalidade terapêutica, a duração do tratamento, o modo de administração e conservação dos medicamentos e informações sobre reações adversas ou outras que possam condicionar a terapêutica, de acordo com a base de dados do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). No verso são apresentados os contactos e as informações gerais sobre a eliminação dos medicamentos e uma breve referência sobre a medicação que já não deve tomar.

Esta medida permite a implementação de uma ferramenta de fácil utilização e de baixo custo que permite fomentar o uso seguro do medicamento, adquirindo grande importância, nomeadamente, em utentes polimedicados. Neste sentido, o CM permite a intercomunicação entre os serviços de saúde e os seus profissionais, nomeadamente, centro de saúde, hospital, entre outros, permitindo que discrepâncias ou observações específicas sejam devidamente analisadas no âmbito de uma equipa multidisciplinar.

No sentido de facilitar a implementação desta medida e aumentar a adesão, tanto por parte dos profissionais como dos utentes, seria vantajoso proceder a informatização desta ferramenta. Com a criação desta base de dados, a informação passaria a estar mais facilmente disponível a todos os profissionais de saúde, seria mais facilmente atualizada e evitar-se-iam quaisquer problemas de esquecimentos ou omissões por parte dos utentes.

→ PROJETO PILOTO

O programa piloto vem de encontro a tudo aquilo que foi referenciado anteriormente. Deste modo propõem-se a sua aplicação em três fases distintas.

Numa fase inicial propõem-se a aplicação do projeto a uma única unidade do CHTMAD, sendo este aplicado a um número restrito de doentes, cerca de metade dos utentes internados nesta unidade em questão, com previsão de alta durante o período de aproximadamente 6 meses. Após esta primeira fase, é realizada uma reunião de concelho, de modo a avaliar a eficácia do programa e quais os principais obstáculos encontrados, promovendo desta forma uma melhoria do mesmo.

Após a otimização do programa, segue-se então uma segunda fase, que consiste na aplicação do mesmo a todas as unidades que constituem o centro hospitalar, tendo como grupo controlo aproximadamente 50% dos utentes do CHTMAD e decorrendo durante o período de um ano. De forma a avaliar a eficácia do programa aplicado, são realizados inquéritos não só aos utentes, como também aos seus cuidadores com o objetivo de averiguar qual o seu grau de satisfação face aos serviços prestados durante a aplicação do projeto “*To Care*”.

Por último, este é assim aplicado a toda a comunidade de utentes que faz parte integrante do CHTMAD, durante um período indeterminado de tempo, com avaliações periódicas, nomeadamente auditorias internas e externas, tendo por base a Norma N.º 018/2016, de 30 de dezembro.

C. Algoritmo do Programa de Reconciliação Farmacoterapêutica

O programa de Reconciliação Farmacoterapêutica pode ser aplicado em três momentos clínicos diferentes:

- Internamento hospitalar;
- Transferência entre unidades de saúde;
- Alta hospitalar.

Geralmente a reconciliação farmacoterapêutica deve ocorrer 24-48h após o internamento hospitalar. No internamento hospitalar deve proceder-se à recolha da história farmacoterapêutica do doente, de forma o mais completa possível. A recolha da história clínica ocorre em cinco domínios distintos:

1. Fontes: os medicamentos que o utente traz para o hospital, receitas médica que possua, bulas de medicamentos que já utilizou, informação prestada pelo próprio utente, familiar ou outro prestador de cuidados.
2. Acesso: a forma como o doente obtém os medicamentos (comprados pelo doente ou disponibilizados)
3. Medicamentos:
 - Medicamentos antes do internamento (nome, dose, via de administração, frequência, classe farmacoterapêutica);
 - Formas farmacêuticas (spray, gotas, creme, implante injetável, etc.);
 - Medicamentos homeopáticos, fitoterápicos, vitaminas e suplementos e antibióticos
4. Revisão de sistemas: avaliação neurológica, génito-urinária, gastrointestinal e motora;
5. Processo de uso: forma como o doente armazena os medicamentos, como é realizada a sua administração e descrição de alergias.

Ainda no internamento hospitalar deve proceder-se à comparação da lista de medicamentos pré-internamento hospitalar com a prescrição feita aquando do internamento, e ainda comunicar e registar as discrepâncias encontradas e justificar as mudanças realizadas.

A reconciliação farmacoterapêutica a nível da transferência entre unidades de saúde ocorre quando não existe prescrição eletrónica. Aqui deve proceder-se à comparação entre a lista de medicamentos pré-internamento hospitalar + a prescrição à saída com a prescrição à entrada na unidade de saúde, bem como comunicar e registar as discrepâncias encontradas e justificar as mudanças realizadas.

A alta hospitalar também deve ser considerada um momento de reconciliação farmacoterapêutica, onde se deve ter em consideração a comparação da lista de medicamentos pré-internamento + prescrição de internamento com a prescrição aquando da alta. Também deve ser efetuada a comunicação e o registo das discrepâncias encontradas e justificar as mudanças realizadas. A orientação do doente ou do cuidador, também constitui uma atividade de reconciliação farmacoterapêutica importante no momento da alta, devendo considera-se ferramentas de adesão à terapêutica e *Teach Back*.

O algoritmo do Programa de Reconciliação Farmacoterapêutica encontra-se esquematizado na **Figura 1**.

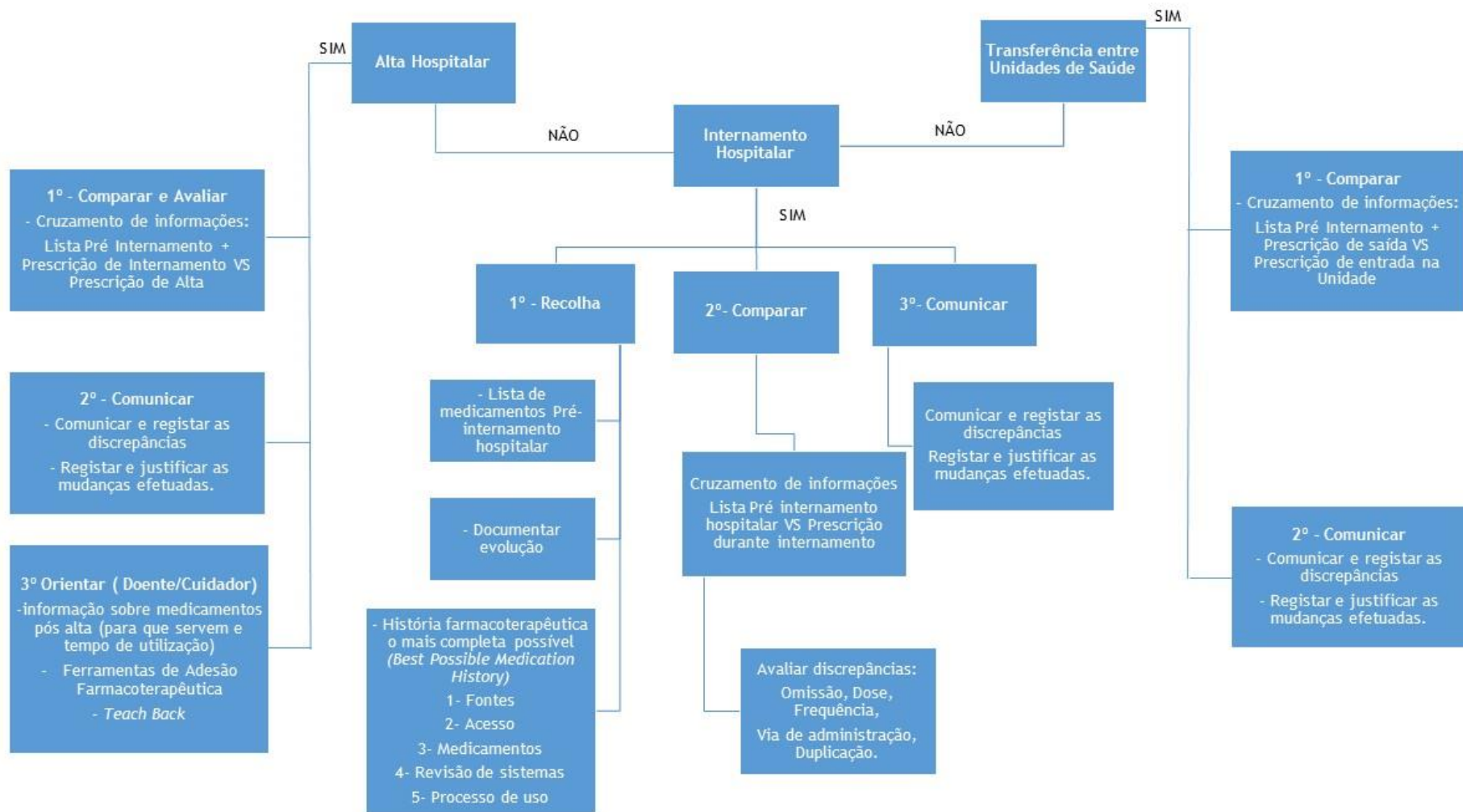


Figura 1. Algoritmo do Programa de Reconciliação Farmacoterapêutica.

D. Considerações Finais

Tendo em conta as condições atuais da sociedade, a implementação de um sistema que vise a reconciliação terapêutica, torna-se assim uma vantagem, não só para os doentes em questão, como também para todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados ao público em geral.

Este projeto, permitirá assim um controlo mais eficaz da terapêutica de cada doente, reduzindo os casos de polimedicação, que são uma constante nos dias de hoje, que por sua vez, levará a um menor número de admissões a nível hospitalar e conseqüentemente a uma redução dos custos envolvidos em cada admissão.

A implementação do projeto “*To Care*” vem desta forma promover benefícios em diversas vertentes, nomeadamente a nível da prestação de cuidados de saúde, a nível económico e até mesmo social.

Referências Bibliográficas

1. Norma nº018/2016 de 30 de dezembro. Reconciliação da medicação. Direção Geral da Saúde.
2. Soares MA, Fernandez-Llimós F, Lança C, Cabrita J, Morais I. Operacionalização para Portugal - Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos doentes idosos. *Acta Med Port* 2008; 21: 441-452
3. Sofia de Oliveira Martins, Maria Augusta Soares, J.W. Foppe Van Mil, José Cabrita. Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients-effect of the Beers criteria update. *Pharm World Sci* 2006; 28:296-301.
4. Fick DM, PhD, et al. A Randomized Study to Decreased the use of Potentially Inappropriate Medications among Community-dwelling older adults in Southeastern Managed Care Organization. *Am J Manag Care*. 2004; 10: 761-768.
5. MEYER, S. K. Tools for Successful Medication Reconciliation and Technological Advances. American Society of Healthy-System Pharmacists: Midyear Clinical Meeting., 2006.
6. OGERS, G.; et al. Reconciling Medications at Admission: Safe Practice Recommendations and Implementation Strategies. *Journal on Quality and Patient Safety*. v.32, n.1, 2006
7. World Health Organization. International drug monitoring: the role of national centres. Geneva:World Health Organization; 1972 (WHO Technical Reports Series, 498).
8. American Society of Healthy-System Pharmacists Request for Addional Pharmacy FTE to Perform Medication Reconciliation Upon Patient Hospital Admission. aug. 2007.

Anexo X

Análise estatística dos inquéritos de satisfação dos serviços e dos utentes.

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS VILA REAL - 2016

	Média 2013	Média 2014	Média 2015	Média 2016	Respostas Relativas a 2016			
					Nº de respostas “Mau”	Nº de respostas “Insuficiente”	Nº de respostas “Suficiente”	Nº de respostas “Bom”
Tempo de resposta às solicitações	3,84	3,69	3,86	3,74	0	2	6	30
Adequação do tempo de resposta, em situação de prevenção	3,61	3,50	3,54	3,42	0	1	13	12
Conteúdo das informações prestadas	3,89	3,76	3,83	3,81	0	0	7	30
Qualidade da medicação								
Identificação	3,89	3,92	3,93	3,97	0	0	1	33
Acondicionamento	3,89	3,81	3,88	3,91	0	0	3	31
Transporte	3,89	3,94	3,93	3,88	0	0	4	30
Relacionamento com os profissionais	3,92	3,82	3,93	3,90	0	0	4	35
Globalidade do funcionamento	3,89	3,71	3,90	3,89	0	0	4	32
Importância						Sim	Não	Não Aplicável
Participação de um farmacêutico na visita médica						8	8	24
Participação de um farmacêutico na conferência dos carros						16	2	22
Manutenção do stock fixo na enfermaria						21	2	17

- ✚ Foram e respondidos a 40 questionário,
- ✚ Os questionários foram realizados em dezembro de 2016;
- ✚ Relativamente ao ano anterior, verificou-se uma ligeira diminuição na globalidade dos parâmetros com exceção dos parâmetros “Identificação” e “Acondicionamento”.

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

	Média 2013	Média 2014	Média 2015	Média 2016	Respostas relativas a 2016			
					Nº de respostas “Mau”	Nº de respostas “Insuficiente”	Nº de respostas “Suficiente”	Nº de respostas “Bom”
Horário de atendimento	3,66	3,76	3,58	3,62	0	8	49	112
Facilidade de acesso ao serviço	3,49	3,41	3,52	3,60	2	5	51	111
Instalações (Espaço/conforto)	3,28	3,07	3,11	3,44	2	10	69	88
Higiene/Limpeza	3,76	3,71	3,68	3,79	0	1	34	134
Atendimento	3,73	3,71	3,71	3,77	2	6	21	139
Tempo de Espera	2,74	2,59	2,86	3,05	22	16	62	69
Simpatia e respeito no atendimento	3,83	3,89	3,86	3,92	0	0	13	156
Qualidade da informação prestada	3,75	3,71	3,72	3,88	0	0	21	148
Classificação dos serviços farmacêuticos, no geral	3,66	3,42	3,51	3,72	1	3	38	127

- ✚ Foram entregues 170 questionários e respondidos a 169, o que corresponde a uma taxa de resposta de 99,5%;
- ✚ Verificou-se uma ligeira melhoria em todos os parâmetros avaliados, sendo, que o parâmetro “Tempo de Espera” continua a ser o menos pontuado;
- ✚ De um modo geral, verifica-se que os utentes do CHTMAD se encontram satisfeitos com os Serviços Farmacêuticos.

Anexo XI

Lista de situações passíveis de automedicação (Anexo do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho).

Lista de situações passíveis de automedicação

Sistema	Situações passíveis de automedicação (termos técnicos)
Digestivo	<ul style="list-style-type: none">a) Diarreia.b) Hemorróidas (diagnóstico confirmado).c) Pirose, enfartamento, flatulência.d) Obstipação.e) Vômitos, enjoo do movimento.f) Higiene oral e da orofaringe.g) Endoparasitoses intestinais.h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites.i) Odontalgias.j) Profilaxia da cárie dentária.k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio.l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral.m) Estomatite aftosa.
Respiratório	<ul style="list-style-type: none">a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações.b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite).c) Rinorreia e congestão nasal.d) Tosse e rouquidão.e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquicag) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)
Cutâneo	<ul style="list-style-type: none">a) Queimaduras de 1.º grau, incluindo solares.b) Verrugas.c) Acne ligeiro a moderado.d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas.e) Micoses interdigitais.f) Ectoparasitoses.g) Picadas de insectos.h) Pitiríase capitis (caspa).i) Herpes labial.j) Feridas superficiais.l) Dermatite das fraldas.m) Seborreia.n) Alopecia.o) Calos e calosidades.p) Frieiras.q) Tratamento da pitiríase versicolor.r) Candidíase balânica.s) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal.

Nervoso/psique.....	<p>t) Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.</p> <p>a) Cefaleias ligeiras a moderadas.</p> <p>b) Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar.</p> <p>c) Enxaqueca com diagnóstico médico prévio.</p> <p>d) Ansiedade ligeira temporária.</p> <p>e) Dificuldade temporária em adormecer.</p>
Muscular/ósseo.....	<p>a) Dores musculares ligeiras a moderadas.</p> <p>b) Contusões.</p> <p>c) Dores pós-traumáticas.</p> <p>d) Dores reumáticas ligeiras a moderadas (osteoartrose/osteoartrite).</p> <p>e) Dores articulares ligeiras a moderadas.</p> <p>f) Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites.</p> <p>g) Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.</p>
Geral	<p>a) Febre (menos de três dias).</p> <p>b) Estados de astenia de causa identificada.</p> <p>c) Prevenção de avitaminoses.</p>
Ocular	<p>a) Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias.</p> <p>b) Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p> <p>c) Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p>
Ginecológico.....	<p>a) Dismenorreia primária.</p> <p>b) Contraceção de emergência.</p> <p>c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos.</p> <p>d) Higiene vaginal.</p> <p>e) Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfeção vaginal.</p> <p>f) Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exarcebação pré-menstrual.</p> <p>g) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génito-urinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido.</p>
Vascular	<p>a) Síndrome varicosa—terapêutica tópica adjuvante.</p> <p>b) Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).</p>

Anexo XII

Certificado da Formação *Gedeon Richter* subordinada ao tema contraceção sem estrogénios.



CERTIFICADO

A Gedeon Richter certifica que

MAÇDA LIBEIRO.
da Farmácia

FARMÁCIA MONTEZELLOS
Participou na formação FAMA
'Farmácia e o Aconselhamento à Mulher em Atendimento'
com o tema

FAMA II = CONTRAÇÃO S/ ESTROGÉNIO S
que se realizou

NO HOTEL MIRALORGO - VILA REAL
no dia

06-04-2017

Daniel Pereira da Silva
Medical Advisor
Gedeon Richter Portugal

Gedeon Richter Portugal - Edifício Mar do Oriente
Alameda dos Oceanos, Lote 1.07.1Y - 1.3 - 1990 - 203 Lisboa
Telf.: 210 994 124 - Fax: 210 993 685 - richterpt@gedeonrichter.eu
www.gedeonrichter.pt



SOCIEDADE PORTUGUESA DA CONTRAÇÃO

Anexo XIII

Lista dos prazos de validade após abertura dos xaropes e suspensões orais comercializados na Farmácia Montezelos.

VALIDADES XAROPES APÓS ABERTURA/RECONSTITUIÇÃO

12 Meses	6 Meses	4 Meses	3 Meses	2 Meses	4 Semanas	15 Dias	14 Dias
- Ben-U-Ron - Brufen - Bissolvon - Cetirizina Labesfal - Stodal	- Ambroxol Generis - Ib-U-Ron - Ibuprofeno Generis - Nurofen	- Desloratadina Farmoz	- Fluoxetina Generis - Grintuss Pediatric - Drill Petit - Ebixa (Cloridrato de Memantina) - Muconatural - Motilum - Xyzal (Levocetirizina) - Zyrtec	- Desloratadina Mylan - Desloratadina Sandoz	- Broncho Dual	- Fluimucil	Pós para Suspensão oral: - Clamoxyl - Cipamox - Cefradur - Ceclor - Floxapen (Frigorífico 2-8°C) - Tricef

10 Dias	7 Dias	20 Dias	30 Dias	6 Semanas	60 Dias	90 Dias	28 Dias
- Betamox* - Azitromicina - Zoref* - Zipos*	- Floxapen (<25°C) - Amoxicilina Labesfal - Amoxicilina + Ac. Clavulânico* - Clavamox*	- Bactrin (Sulfametoxazol+ Trimetropim)	- Benflux Forte - Movicol Laranja - Viternum	- DulcoSoft	- Lactulose Generis	- Inovelon (Rufinamida)	- Zofran

*T = 2-8°C (Frigorífico)

ZITHROMAX - GRANULADO de libertação Prolongada: 12 Horas
ZITHROMAX - PÓ para Suspensão Oral: 5 DIAS
Klacid Pediatric: 2 SEMANAS