



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

Avaliação do consumo de álcool em estudantes no distrito de Bragança

Experiência profissionalizante nas vertentes de Farmácia Hospitalar, Comunitária e Investigação

Joana Margarida Pereira Mendonça

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Ciências Farmacêuticas

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professora Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba

Co-orientador: Doutor Mário Jorge Dinis Barroso

Covilhã, abril de 2016

O presente estudo insere-se dentro do projeto de investigação intitulado “Avaliação do consumo agudo e crónico de álcool na população estudantil portuguesa: determinação de marcadores em amostras de cabelo” tendo sido financiado pela Fundação Caluste Gulbenkian (referência “Saúde 2012- 125895”) .



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Agradecimentos

No fim deste importante percurso, gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram das mais variadas formas para que tudo fosse possível.

Em primeiro lugar gostaria de expressar o meu profundo agradecimento aos meus pais sem eles nada disto seria possível, por todo o esforço que fizeram ao longo destes anos e por todo o apoio que me deram.

À minha irmã, companheira deste percurso, sem ela os anos na Covilhã não seriam a mesma coisa.

Aos meus amigos, por toda a ajuda, paciência e força, em especial à Catarina, Inês e Patrícia, deixando uma palavra especial para a Catarina este trabalho é também um pouco dela, sem ela tudo se tornaria muito mais difícil.

Uma palavra de gratidão à Doutora Almerinda Alves e restante equipa pela paciência, disponibilidade e simpatia ao longo do meu estágio nos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. Às minhas companheiras de estágio, que ao longo deste se tornaram boas amigas.

Um obrigado muito especial a toda a equipa da Farmácia Nova de Valpaços, em particular à Doutora Angélica Marques pelo apoio e esclarecimento de qualquer dúvida, pela partilha de conhecimentos e pela boa disposição.

À minha orientadora Professora Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba, por me aceitar orientar e por me ter proposto este projeto que tanto prazer e orgulho deu a fazer. Por toda a ajuda e colaboração cedida, o meu sincero obrigado.

Ao meu co-orientador Doutor Mário Barroso pela disponibilidade prestada e pelo auxílio ao longo do trabalho.

A todas as escolas que permitiram desenvolver este trabalho, sem elas o mesmo não seria possível.

Em geral a todos os que fazem parte da minha vida e que nela contribuem para que cada dia seja melhor!

Resumo

A seguinte dissertação encontra-se dividida em três capítulos:

O capítulo I refere-se ao estágio em farmácia hospitalar realizado no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro entre os dias 31 de agosto e 23 de outubro de 2015. Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares assumem um papel fundamental no bom funcionamento e dinâmica de qualquer hospital. Neste estágio foi possível contactar com a realidade do trabalho que é desenvolvido em farmácia hospitalar, participando nas diferentes atividades que são realizadas pelos diversos profissionais de saúde que dela fazem parte.

No capítulo II faz-se a descrição do estágio em farmácia comunitária feito na Farmácia Nova de Valpaços no período compreendido entre 26 de outubro de 2015 e 21 de janeiro de 2016. A farmácia comunitária constitui uma mais-valia, tornando-se mesmo essencial para a saúde da comunidade. O estágio nesta área é de extrema importância para a aquisição de diversos conhecimentos e para a valorização do papel do farmacêutico comunitário.

No capítulo III encontra-se descrito o trabalho de investigação, que tem como objetivo avaliar o consumo de álcool em estudantes com idades compreendidas entre 14 e 24 no distrito de Bragança e contribuir assim para o conhecimento mais pormenorizado do consumo desta substância da realidade nacional.

Para avaliar o consumo de álcool entre os jovens, mais propriamente do distrito de Bragança, elaborou-se um questionário que foi apresentado aos alunos de algumas das escolas do distrito, nomeadamente nos concelhos de Vinhais, Alfândega da Fé, Mirandela/Carvalhais e Carrazeda de Ansiães. Este inquérito apresentava questões de resposta rápida que permitiram avaliar o consumo de álcool pelos adolescentes. Foram questionados quanto ao tipo e quantidade de bebida ingerida, os locais de consumo e se alguma vez bebeu até à intoxicação, quando experimentou pela primeira vez, etc. Foram também consideradas outras questões pertinentes como o consumo de outras substâncias, a escolaridade e profissão dos pais e o histórico de problemas com álcool no seio familiar.

Um total de 571 alunos respondeu ao inquérito, 51 % do sexo masculino e 49 % do sexo feminino, com uma média de idades de 16,2 anos.

Os resultados mostram que aproximadamente 90% dos alunos do distrito de Bragança consomem álcool, sendo esse consumo maior no sexo masculino. As bebidas mais consumidas são as bebidas brancas e a cerveja, e quase 17% dos alunos afirmaram que consumiram álcool em excesso (até sentir-se mal e inclusivamente necessitar de assistência hospitalar).

Na temática do consumo de tabaco, 33% dos alunos fumam e a prevalência do consumo é superior nas raparigas. Relativamente ao uso de drogas ilícitas, só 4.39 % afirmaram ter consumido, sendo a droga mais referida a canábis.

É assim necessário desenvolver métodos e ações que promovam estilos de vida saudável entre os jovens.

Um dos locais fundamentais para aquisição de competências para a saúde é a escola, pois é neste ambiente que se iniciam alguns dos comportamentos de risco. Neste sentido, os professores e a restante comunidade escolar devem cada vez mais aprofundar conhecimentos acerca destes comportamentos e trabalhar em coordenação com a área da saúde. Devem também ser promovidas ações de sensibilização junto dos alunos e complementar as medidas preventivas junto das famílias.

Palavras-chave

Farmácia Hospitalar, Farmácia Comunitária, álcool, distrito de Bragança, adolescência.

Abstract

The present dissertation is divided into three chapters:

Chapter I refers to the internship in hospital pharmacy conducted at the Hospital Center of Trás-os-Montes and Alto Douro between August 31st and October 23rd 2015. The Hospital Pharmaceutical Services play a key role in the functioning and dynamics of any hospital. During this internship it was possible to contact with the reality of the work that is developed in hospital pharmacy, participating in the different activities that are carried out by all health professionals who are part of it.

In chapter II the community pharmacy internship is described, which was carried out in the New Valpaços Pharmacy in the period between October 26th and January 21st 2016. The community pharmacy is an added value, essential for maintaining the health standards of the community. The internship in this area is extremely important for acquiring diverse knowledge and to enhance the role of the community pharmacist.

In chapter III the research work is described, whose aims are to evaluate alcohol consumption in the Bragança district, and thus contribute to a more detailed knowledge of the national situation.

Alcohol consumption in Portugal has been increasing, with special focus in young female subjects.

In order to evaluate alcohol consumption amongst young people, more specifically in the Bragança district, a questionnaire directed to the students of a number of schools in the district was prepared, including the municipalities of Vinhais, Alfândega da Fé, Mirandela/Carvalhais and Carrazeda de Ansiães.

Surveys were distributed, and presented questions aiming at assessing alcohol consumption by adolescents, for instance the time of the first experience, the type and amount of drink, place of consumption and if they ever drank until they were intoxicated. Other relevant information, such as the use of other substances, scholaryty and profession of the parents and history of alcohol problems in the family were also considered.

In total, 571 students responded to the survey, 51% males and 49% females, with an average age of 16,2 years.

The results showed that approximately 90 % of the students of the Bragança district consume alcohol, with predominance amongst the male population. The beverages of election were

spirit drinks and beer, and almost 17 % of the students said that they consumed alcohol in excess.

Concerning tobacco consumption, 33 % of students mentioned smoking and the prevalence of this consumption is higher in girls than in boys. Regarding the use of illicit drugs the most reported drug was cannabis (4.39 %).

It is therefore necessary to develop methods and actions that promote healthy lifestyles amongst young people.

One of the key locations to acquire skills for health promotion is school, because it is where some of the risk behaviors usually start. This way, teachers and all the school community must increasingly deepen their knowledge about these behaviors and also work in coordination with the health sector. Students should be made aware of the risks associated to alcohol consumption, and also complementary preventive measures should be discussed with their families.

Keywords

Hospital pharmacy, community pharmacy, alcohol, district of Bragança, adolescence.

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Índice	xi
Índice de Figuras	xv
Índice de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos.....	xix
Capítulo I - Farmácia Hospitalar	1
1. Introdução	1
2. Caracterização dos serviços farmacêuticos	1
3. Aprovisionamento	2
3.1. Seleção e aquisição de medicamentos	2
4. Receção e armazenamento de medicamentos e outros produtos	3
4.1. Receção	3
4.2. Armazenamento	3
5. Distribuição de medicamentos	5
5.1. Distribuição clássica ou tradicional	5
5.2. Reposição de <i>stocks</i> por níveis.....	5
5.3. Distribuição unitária	6
5.4. Dispensa em ambulatório	7
5.5. Distribuição personalizada	7
6. Medicamentos sujeitos a controlo especial.....	8
6.1. Hemoderivados	8
6.2. Estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas.....	8
6.3. Estimulantes da hematopoiese	9
6.4. Medicamentos extra formulário	9
6.5. Medicamentos de uso <i>off-label</i>	9
6.6. Autorização de utilização especial.....	9
7. Farmacotecnia	10
7.1. Reembalagem e rotulagem	10
7.2. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis.....	10
7.3. Manipulações galénicas estéreis.....	11
7.3.1. Misturas para nutrição parentérica.....	11
7.4. Preparação e dispensa de citostáticos	11
8. Ensaio clínico	12
9. Informação e emissão de pareceres	13
10. Farmacocinética clínica	14

11.	Farmacovigilância	14
12.	Erros de medicação	14
13.	Gestão de qualidade	15
14.	Conclusão	15
Capítulo II - Farmácia Comunitária		17
1.	Introdução	17
2.	Localização, população e recursos humanos	17
3.	Instalações e equipamentos	17
3.1.	Área de atendimento ao público	18
3.2.	Gabinete de atendimento personalizado	18
3.3.	Área de receção de encomendas e área de armazenamento	18
3.4.	Laboratório	18
4.	Informação e documentação científica	18
5.	Sistema informático	19
6.	Aprovisionamento	19
6.1.	Stocks e critérios de aquisição	19
6.2.	Fornecedores	20
6.3.	Encomendas	20
6.4.	Receção de encomendas	20
6.5.	Armazenamento	21
6.6.	Controlo do prazo de validade	22
6.7.	Devoluções	22
7.	Dispensa de medicamentos	22
7.1.	Medicamentos e outros produtos de saúde	22
7.2.	Cedência de medicamentos	22
7.2.1.	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)	23
7.2.1.1.	Prescrição médica e validação	23
7.2.1.2.	Regimes de comparticipação	24
7.2.2.	Medicamentos sujeitos a legislação especial	25
7.2.2.1.	Psicotrópicos e estupefacientes	25
7.2.3.	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)	25
7.2.3.1.	Automedicação	26
7.2.4.	Outros produtos de saúde	26
8.	Serviços	27
9.	Preparação de medicamentos	28
9.1.	Manipulados	28
9.1.1.	Preço dos medicamentos manipulados	28
9.1.2.	Comparticipação dos medicamentos manipulados	29
9.2.	Preparações extemporâneas	29
10.	Processamento de receituário e faturação de entidades comparticipadoras	29

10.1.Separação e conferência de receituário.....	29
11. Conclusão	30
Capítulo III - Avaliação do consumo de álcool em estudantes no distrito de Bragança	31
1. Introdução	31
1.1.História do álcool	31
1.2.Produção.....	32
1.3.Propriedades físico-químicas.....	33
1.4.Toxicocinética	33
1.4.1.Absorção.....	33
1.4.2.Distribuição	34
1.4.3.Biotransformação e excreção.....	35
1.5.Doseamento do etanol	36
1.6.Consequências do consumo de álcool	38
1.7.Características familiares e sociais e o consumo de álcool.....	40
1.8.Padrões de consumo	41
1.9.Associação do consumo de álcool, tabaco e canábis	43
2. Objetivos e justificação.....	45
2.1.Justificação	45
2.2.Objetivos	45
3. Material e Métodos.....	46
3.1.Tipo de estudo.....	46
3.2.População em estudo.....	46
3.3.Questionário	46
3.4.Critérios de inclusão e de exclusão	47
3.5. Recolha e tratamento de dados	47
3.6.Análise de dados	48
4. Resultados e discussão	49
4.1.Caracterização da amostra	49
4.2.Enquadramento geográfico.....	51
4.2.1.Caracterização do consumo por local de residência	52
4.3.Álcool.....	55
4.3.1.Cálculo da quantidade de álcool puro consumido	62
4.3.2.Idade de iniciação	62
4.3.3.Local de consumo.....	64
4.3.4.Intoxicação.....	65
4.3.5.Aspetos familiares	69
4.3.5.1.Escolaridade.....	69
4.3.5.2.Histórico de problemas alcoólicos.....	71
4.4.Tabaco	71
4.5.Drogas ilícitas	73

4.5. Álcool e interação social.....	76
5. Conclusões e perspetivas	78
6. Referências.....	81
Anexos	89

Índice de Figuras

Figura 1.	Esquema de cores utilizado nas etiquetas identificativas para o armazenamento de fármacos.	4
Figura 2.	Destilação de bebidas alcoólicas.	32
Figura 3.	Fermentação alcoólica.	32
Figura 4.	Dispositivo para administração retal (“Beer bong”).	34
Figura 5.	Metabolismo do álcool.	36
Figura 6.	Distribuição das idades.	50
Figura 7.	Mapa de Portugal.	51
Figura 8.	Mapa do distrito de Bragança.	51
Figura 9.	Tipo de consumo por local de residência.	53
Figura 10.	Tipo de consumo de álcool por idade.	57
Figura 11.	Idade de iniciação ao álcool.	64
Figura 12.	Histórico de intoxicações.	68
Figura 13.	Consumo de álcool sozinho e/ou acompanhado.	77

Índice de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição do género.	49
Tabela 2.	Distribuição das idades.	49
Tabela 3.	Distribuição das idades por ano que frequenta.	50
Tabela 4.	Tipo de consumo por local de residência.	52
Tabela 5.	Tipo de bebida mais frequente por cidade de residência.	54
Tabela 6.	Droga ilícita mais consumida por local de residência.	55
Tabela 7.	Consumo de álcool.	56
Tabela 8.	Consumo de álcool por sexo.	56
Tabela 9.	Tipo de consumo de álcool por género.	56
Tabela 10.	Quantidade álcool ingerido por género.	58
Tabela 11.	Bebida mais frequente por ano de escolaridade.	59
Tabela 12.	Eleição da bebida preferida em função do género.	60
Tabela 13.	Bebida mais frequente por idade.	61
Tabela 14.	Quantidade de álcool puro consumido.	62
Tabela 15.	Idade de iniciação ao álcool.	63
Tabela 16.	Local mais frequente para consumo de álcool.	65
Tabela 17.	Local mais frequente para consumo de álcool por género.	65
Tabela 18.	Beber até à intoxicação por género.	66
Tabela 19.	Beber até à intoxicação por idade.	67
Tabela 20.	Histórico de intoxicações.	68
Tabela 21.	Escolaridade dos pais vs. Tipo de consumo de álcool.	70
Tabela 22.	Casos de alcoolemia na família.	71
Tabela 23.	Fumadores e não fumadores.	72
Tabela 24.	Média do número de cigarros diário.	72
Tabela 25.	Consumo de tabaco por idades.	73
Tabela 26.	Drogas ilícitas mais consumidas na amostra total.	74
Tabela 27.	Drogas ilícitas mais consumidas.	74
Tabela 28.	Drogas ilícitas mais consumidas por género.	74
Tabela 29.	Periodicidade de consumo de drogas ilícitas.	75
Tabela 30.	Proveniência das <i>smartshops</i> .	76

Tabela 31. Consumo de álcool sozinho e/ou acompanhado.

76

Lista de Acrónimos

γ-GT	Gama-glutamyltransferase
ADH	Álcool Desidrogenase
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ALT	Alanina-aminotransferase
ANF	Associação Nacional das Farmácias
AO	Assistentes Operacionais
AST	Aspartato-aminotransferase
AT	Assistentes Técnicos
CA	Conselho de Administração
CAN	<i>The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs</i>
CAPS - SPMS	Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
CAUL	Certificado de Autorização de Utilização de Lote
CDT	Transferritina Deficiente em Hidratos de Carbono
CE	Eletroforese Capilar
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGD	Caixa Geral de Depósitos
CHTMAD	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CIM	Centro de Informação do Medicamento
cl	Centilitros
CYP	Citocromo Microsomal
DCI	Denominação Comum Internacional da Substância Ativa
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DIM	Delegados de Informação Médica
DT	Diretor Técnico
EMCDDA	<i>The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
EtG	Etilglucoronido
EUA	Estados Unidos da América
FAAE	Ésteres Etílicos dos Ácidos Gordos
FC	Farmácia Comunitária
FEFO	<i>First Expired First Out</i>
FGP	Formulário Galénico Português
FH	Farmácia Hospitalar
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
FIFO	<i>First in First Out</i>

FNV	Farmácia Nova de Valpaços
FP	Farmacopeia Portuguesa
GC	Cromatografia Gasosa
GC - MS	Cromatografia Gasosa - Espectrometria de Massa
Ghaf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
5-HIAA	Ácido 5-Hidroxiindolacético
HS-GC-FID	Cromatografia Gasosa com Injecção <i>Headspace</i> Acoplado a um Detetor de Ionização de Chama
5-HTOL	5-Hidroxitriptofol
HPLC	Cromatografia Líquida de Alta Pressão
IMC	Índice de Massa Corporal
INCM	Imprensa Nacional - Casa da Moeda, S.A.
INT	Índice Nacional Terapêutico
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MM	Medicamento Manipulado
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
Pompidou Group	<i>Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs</i>
PT	Prontuário Terapêutico
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reações Adversas ao Medicamento
SC	Serviços Clínicos
SF	Serviços Farmacêuticos
SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TAS	Taxa de Álcool no Sangue
TDTs	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
Tf	Transferrina
UCPC	Unidade Centralizada de Preparação de Citostáticos
UGT	UDP-glucuronosiltransferase
VGM	Volume Globular Médio

VIH Vírus da Imunodeficiência Humana

Capítulo I - Farmácia Hospitalar

1. Introdução

Designa-se por farmácia hospitalar (FH) “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” [1].

Os serviços farmacêuticos (SF) têm assim diversas funções, tais como a seleção e aquisição de medicamentos e outros produtos, o aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos, a participação em Comissões Técnicas, papel que compete ao farmacêutico, a colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos, a disponibilidade de participação em Ensaio Clínicos e a prestação de informação sobre o uso correto da medicação, entre outras funções [2].

O estágio em Farmácia hospitalar constitui, na minha opinião, uma mais-valia ao nível da nossa formação, permitindo aplicar na prática muita da aprendizagem teórica que obtemos ao longo dos anos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), sendo que o conhecimento alcançado nestas áreas específicas se torna fundamental na formação de qualquer farmacêutico.

O meu estágio em FH decorreu do dia 31 de agosto a 23 de outubro de 2015, nos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), unidade de Vila Real.

2. Caracterização dos serviços farmacêuticos

O CHTMAD é uma entidade pública empresarial (EPE) constituída pelo hospital de Vila Real/Peso da Régua, hospital distrital de Chaves e o hospital distrital de Lamego [3, 4] sendo que os serviços centrais se localizam na unidade de Vila Real. Fazem parte da equipa dos SF da unidade de Vila Real, 8 farmacêuticos, 7 técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDTs), 5 assistentes operacionais (AO) e 3 assistentes técnicos (AT) [5].

O serviço é constituído por diferentes áreas, sendo de destacar a sala de distribuição onde se prepara a distribuição unitária e onde se encontram os 2 Kardex, as malas para o transportes dos fármacos, material de penso e a nutrição parentérica/entérica, o laboratório onde se preparam os manipulados com uma sala anexa onde se faz a reembalagem, a sala para a dispensa em ambulatório, a zona de armazenamento e receção de encomendas e a sala do centro de informação do medicamento (CIM) onde se encontra o cofre e o armário no qual se

guardam os estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas, fármacos e documentação relativa aos ensaios clínicos e hemoderivados [5].

Os SF têm um horário de funcionamento entre as 9h00m e as 18h00m nos dias úteis, fora dessas horas existe uma farmacêutica de prevenção [5].

3. Aprovisionamento

É necessária uma gestão equilibrada do orçamento, de forma a garantir que os produtos estejam sempre disponíveis. Esta gestão tem vindo a tornar-se uma tarefa difícil tendo em conta as atuais barreiras orçamentais.

Os serviços de aprovisionamento do CHTMAD trabalham em estreita cooperação com os SF, elaborando os concursos de aquisição, protocolos e negociações com fornecedores. No entanto, as aquisições são efetuadas pelos SF.

3.1. Seleção e aquisição de medicamentos

A seleção de medicamentos para o CHTMAD é realizada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) com base no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), que inclui apenas medicamentos com valor terapêutico acrescentado e custo-efetividade aceitável e nas diferentes necessidades terapêuticas dos variados doentes. O CHTMAD pode ainda adquirir medicamentos que constem na adenda de medicamentos do hospital; para que constem desta os medicamentos têm de ser aprovados pela CFT e concedida uma autorização pelo conselho de administração (CA), sendo que estes devem apresentar uma mais-valia terapêutica em relação aos fármacos que constam no FHNM [2].

A diretora dos SF e os responsáveis dos SF das Unidades de Lamego e Chaves analisam as necessidades dos serviços com base nos consumos dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos utilizando para isso *stocks* de alerta, pontos de encomenda no programa informático Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) e faltas detetadas por TDTs e farmacêuticos apontadas num livro de registo de faltas que posteriormente a diretora de serviço recolhe para avaliação das mesmas. Após este processo elabora-se uma lista comum em cada unidade hospitalar. Em função de diversos fatores tais como o volume da encomenda, a urgência do pedido, entre outros podem-se realizar transferências internas de armazém, por exemplo entre Vila Real e Lamego e vice-versa ou entre outras ou elabora-se uma nota de encomenda. O processo de negociação/aquisição de medicamentos e produtos de saúde para o hospital é efetuado pelas AT da farmácia, ou seja, a lista é diretamente enviada para elas e enviada aos fornecedores via modem.

Neste processo é necessário recorrer ao Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (CAPS - SPMS), se não pertencer a este catálogo a compra pode ser efetuada por ajuste direto. O CHTMAD possui um “caderno de encargos” que define os critérios que cada medicamento deve respeitar e serão admitidos a concurso os fornecedores que respeitem esses mesmos critérios, mediante os concorrentes é escolhido o que apresenta melhor custo-benefício. No caso de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas, o original da nota de encomenda segue via correio juntamente com o anexo VII presente na Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho, para os medicamentos com que é enviado o original da autorização ao fornecedor aquando da primeira aquisição, este documento é assinado pelo fornecedor e devolvido à farmácia [6]. No caso de uma urgência é possível efetuar um empréstimo a outro hospital ou fazer uma aquisição pontual à farmácia de ambulatório local.

4. Receção e armazenamento de medicamentos e outros produtos

4.1. Receção

Relativamente à receção da encomenda, esta é rececionada por um AO e/ou TDT sendo que quando é rececionada por um AO tem de ser revista por um TDT, no caso de a embalagem ser lacrada esta será rececionada por um farmacêutico. Na conferência da encomenda devem sempre ser vistos, o número de volumes mencionado na guia de transporte bem como a preservação das embalagens e o estado de conservação, após esta conferência é assinada e datada a guia de transporte e/ou guia de remessa/fatura.

No caso de medicamentos do frio tem de se ter em atenção o tipo de acondicionamento sendo os primeiros a serem arrumados e a temperatura controlada à chegada, no caso de medicamentos frágeis têm de vir com a proteção necessária e os medicamentos tóxicos e inflamáveis devem vir corretamente identificados [7]. No caso dos hemoderivados estes têm de vir acompanhados do “Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL)” emitido pelo INFARMED, conforme despacho n.º 5/95, de 25 de Janeiro [8, 9]. É verificado o lote, prazo de validade e o número de unidades, em caso de não conformidade é contactado o fornecedor/serviço. Em seguida é introduzida a informação no GHAF.

4.2. Armazenamento

O armazenamento dos produtos que chegam aos SF do CHTMAD é realizado de forma a serem asseguradas condições de segurança e de preservação tais como espaço, luz, temperatura. Para assegurar uma correta monitorização dos parâmetros como a manutenção de temperatura inferior a 25°C, bem como humidade inferior a 60 % existem sondas nos

diferentes locais de armazenamento ligadas ao software informático Sirius Stockage®; em caso de desvios soa um alarme que alerta para um eventual problema [7].

Existem vários locais de armazenamento tais como os Kardex, os armários que abastecem o ambulatório, os Pyxis®, cofres, bem como outras prateleiras e gavetas [7].

O armazenamento em si tem sempre em conta os sistemas *First Expired First Out* (FEFO) e *First In First Out* (FIFO) permitindo a dispensa dos medicamentos tendo em conta o seu prazo de validade. Fármacos que se encontram já rotulados devem conter um “✓” na caixa, para quando alguém precisar ter a informação, e quando se retiram comprimidos deve-se marcar com um “X”, para saberem que a embalagem foi aberta, medicamentos que estejam com um período de validade inferior a 3 meses devem ser devidamente identificados com um autocolante a chamar a atenção para a validade, bem como as respectivas identificações nas prateleiras em que estão organizados por dosagens e os rótulos das prateleiras estão organizados por cores e por dosagem (figura 1) [7].

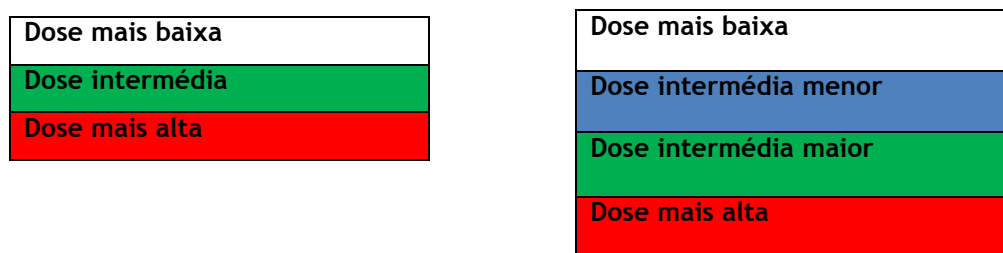


Figura 1. Esquema de cores utilizado nas etiquetas identificativas para o armazenamento de fármacos [10].

No armazém geral encontram-se medicamentos que não requerem condições especiais de armazenamento como medicação injetável, oral e tópica e soluções desinfetantes não inflamáveis. A organização nas prateleiras é por ordem alfabética, os concentrados de eletrólitos devem ser rotulados com a inscrição “DEVE SER DILUÍDO” e estão separados das soluções de diluição [10]. Os inflamáveis requerem armazenamento em condições especiais, por isso estão numa sala separada dos restantes produtos, com determinadas condições de segurança [11]. A medicação de frio está armazenada em frigoríficos por ordem alfabética [7].

De modo a facilitar a dispensa em ambulatório, os medicamentos estão armazenados em prateleiras próximas desta zona; estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas, hemoderivados e medicação de ensaios clínicos são armazenados num cofre ou armário fechado numa sala à parte de acesso restrito. Os medicamentos citotóxicos estão armazenados separados dos outros medicamentos com o estojo de emergência em local visível e assinalado [7, 12].

As matérias-primas são armazenadas no laboratório numa zona separada da área de manipulação [7].

5. Distribuição de medicamentos

5.1. Distribuição clássica ou tradicional

Este tipo de distribuição refere-se à distribuição de medicamentos para os serviços clínicos e destina-se a produtos específicos tais como sabões, desinfetantes, entre outros. A distribuição clássica baseia-se num pedido efetuado por norma pelo enfermeiro chefe do serviço, que faz uma requisição para a farmácia através do GHAF, tendo por base um *stock* pré-definido entre os SF e os serviços clínicos (SC) relativamente à medicação e às quantidades, posteriormente a encomenda é preparada pelo TDT e entregue pelo AO, sendo depois conferida pelo enfermeiro aquando da chegada ao serviço, que reenvia para a farmácia onde o AT faz atualização informática do *stock* e depois arquiva. As validades são verificadas periodicamente [13].

5.2. Reposição de *stocks* por níveis

Por norma cada serviço possui um *stock* de medicamentos complementarmente às uni-doses para serem utilizados em situações tais como alterações de prescrição, internamento de novos doentes e/ou casos de emergência, os ditos “SOS”. A reposição de *stocks* por níveis é efetuada por um farmacêutico nos diferentes Pyxis®, distribuídos pelos serviços. Os Pyxis® não são mais que armários automatizados com diferentes gavetas, compartimentos e níveis de segurança. Por exemplo, para fármacos de maior controlo (benzodiazepinas, estupefacientes e psicotrópicos) está disponível um comprimido/ampolas por gaveta e aquando da sua retirada o sistema dispensa apenas um de cada vez. Este tipo de gavetas são designadas “Mini”, são as de maior segurança, em seguida com um nível de segurança inferior são os “Cubies” em que contém vários fármacos com o mesmo princípio ativo. Existe também “Carrossel” ou “queijinho” em que o funcionamento é igual aos “Cubies” mas o formato é diferente. Em seguida existem as gavetas “Matrix” em que o controlo é o mais baixo visto que aquando da retirada do fármaco a gaveta abre-se e tem-se acesso a vários fármacos de diferentes princípios ativos. Estes sistemas permitem também associar frigoríficos [13].

Este tipo de sistema está associado a maior segurança, melhor gestão e controlo por parte da farmácia, pois os medicamentos por norma só podem ser retirados por doente e fica registado também quem tira, sendo uma forma mais fácil e rápida para trabalhar, uma vez que quando inserido no seu ecrã qual o fármaco que se pretende retirar, o equipamento apenas abre a gaveta na qual se encontra esse fármaco. No CHTMAD o papel do farmacêutico é analisar diariamente o *stock* dos Pyxis® para tal, recorrem a uma consola que se encontra na farmácia

e que contém informação de todos os Pyxis® do hospital. É impressa uma lista com os fármacos que são necessários, em seguida faz-se uma avaliação destes valores com base nos *stocks* existentes na farmácia. No ato da reposição o farmacêutico faz a contagem dos *stocks* bem como insere no sistema a validade mais curta da medicação. Durante o estágio preparei Pyxis® para diferentes serviços do CHTMAD e acompanhei a sua reposição [13].

5.3. Distribuição unitária

A distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU) consiste na distribuição de medicamentos por doente, de acordo com o seu perfil farmacoterapêutico, prontos a serem administrados por um período de tempo, por norma 24 horas, exceto durante o fim-de-semana/feriados [14].

Antes de ser preparada a medicação, o farmacêutico verifica na prescrição a dose, frequência, via de administração, interações, duplicações, entre outros. No caso de existir uma não conformidade, por norma, o médico é contactado e alertado e efetua-se em seguida a notificação do erro nos formulários pré-definidos. O perfil farmacoterapêutico é elaborado após validação da prescrição por parte do farmacêutico, faz-se o processamento da medicação sendo em seguida enviada essa informação para o Kardex. O Kardex é um equipamento semiautomático de armazenamento de medicamentos que permite fazer a distribuição por medicamento. Em seguida o TDT introduz na gaveta de cada doente a medicação correspondente que está devidamente identificada com o nome, n.º de processo e serviço clínico em que está internado. No caso de medicação que não caiba, o Kardex emite o mapa de produtos externos que contém uma lista com a identificação do doente e os medicamentos a enviar com aqueles já colocados na gaveta respetiva e esta é enviada separadamente e com a identificação do doente. É importante referir que toda a medicação dispensada deve estar adaptada a este tipo de distribuição, ou seja, deve constar em cada unidade toda a informação relativa a esse fármaco (como a denominação comum internacional da substância ativa (DCI), dosagem, lote, prazo de validade e laboratório de proveniência) [15].

No caso de existirem alterações na medicação, altas ou mudanças de serviço é feito um mapa das diferenças que chega ao TDT e este procede à sua alteração. No caso de existir medicação em “SOS”, benzodiazepinas, psicotrópicos e estupefacientes esta é retirada dos Pyxis®. O AO encarrega-se de transportar as malas devidamente identificadas para o serviço em causa onde a medicação é novamente conferida por um elemento da enfermagem. Quando por algum motivo existe devolução de alguma medicação esta é verificada (prazo de validade e estado de conservação) e posteriormente procede-se à sua devolução por doente [15].

5.4. Dispensa em ambulatório

A dispensa em ambulatório é de extrema importância na realidade atual do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e tem como principal objetivo permitir ao doente iniciar ou continuar o seu regime terapêutico fora do ambiente hospitalar. Este tipo de dispensa é necessário por motivos de segurança, por exemplo em fármacos com margens terapêuticas estreitas e que exigem monitorização, e também por motivos económicos no caso de fármacos muito caros [16].

No ato de dispensa o farmacêutico valida a prescrição sendo verificados aspetos como a data da prescrição, a identificação do doente, data da próxima consulta e entre outros aspetos, é verificada toda a medicação tomada pelo doente e possíveis alterações terapêuticas que ocorram bem como interações. Quando necessário é ensinado ao doente o modo e a via de administração, a posologia e os horários das tomas e quando aplicável condições especiais de armazenamento [1, 16-18].

Por norma tenta-se dispensar a medicação até à próxima consulta se esta não ultrapassa os 60 dias, excetuando para os doentes infetados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ou para os novos fármacos para a hepatite C (Ledipasvir e/ou Sofosbuvir), nestes apenas se procede à cedência de medicação para um mês, salvo autorização especial [19].

No caso de a medicação ser dispensada a outra pessoa, esta deve ser devidamente identificada e registada a identificação. Quando levantada pelo próprio deve sempre apresentar o seu documento de identificação. Todas as receitas têm de ser assinadas por quem levanta a medicação. No caso de medicamentos biológicos e de medicamentos cedidos para tratamento pós-operatório de cirurgia de ambulatório deve-se registar o lote e a validade [19-22].

No final da dispensa é debitada a respetiva medicação no perfil do doente no GHAF, sendo posteriormente arquivada a receita em pasta própria dividida por patologia e ordem alfabética do nome do doente [19].

5.5. Distribuição personalizada

A distribuição personalizada é a distribuição individual por doente de medicamentos sujeitos a um controlo especial devido aos riscos associados à sua utilização (hemoderivados), ou os serviços que os necessitam não possuam Pyxis® (estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes da eritropoiese e antibióticos). Por norma é necessário um impresso próprio (anexo 1) [14].

6. Medicamentos sujeitos a controlo especial

6.1. Hemoderivados

Hemoderivados são medicamentos derivados do plasma humano que não se podem sintetizar de nenhuma maneira sem serem obtidos a partir de humanos sendo que os principais são a albumina, imunoglobulinas e fatores de coagulação [23].

Por este motivo os hemoderivados necessitam de um elevado controlo; a sua aquisição encontra-se regulamentada pelo Despacho n.º 28356/2008, de 13 de outubro e a sua utilização pelo Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro que implica o preenchimento de uma ficha modelo da exclusiva venda da Imprensa Nacional - Casa da Moeda, S.A. (INCM) e segundo o modelo n.º 1804, permitindo o registo de todos os atos de requisição, distribuição e administração ao doente. Este impresso é composto por duas vias e está dividido em 4 quadros de A a D, sendo que A e B são preenchidos pelo médico prescriptor, C pelo farmacêutico, após validação da prescrição; neste, constam informações relativas ao fármaco, como o lote, o laboratório de proveniência ou o CAUL, e D é preenchido no momento da administração. Após a dispensa e assinatura do recetor, o duplicado da ficha modelo segue com o medicamento, onde serão registadas as administrações enquanto o original fica arquivado em pastas próprias nos SF depois de ser efetuada pelo farmacêutico a imputação do consumo no local correto do GHAF [24, 25].

6.2. Estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas

Todos os medicamentos que estejam presentes nas tabelas em anexo ao Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro são considerados estupefacientes e psicotrópicos, sendo que é obrigatório um controlo apertado pelo potencial de indução e dependência física e/ou psicológica. Todas as requisições de serviços que não possuam Pyxis® (este tipo de armazenamento tem autorização do INFARMED, sempre nas gavetas com elevada segurança) [26] têm de fazer chegar aos SF do CHTMAD a ficha modelo n.º 1509 num livro de requisições de venda exclusiva da INCM, “anexo X” (anexo 2) da Portaria n.º 981/98, de 8 de junho devidamente preenchida para o farmacêutico validar e dispensar a medicação em causa, que se encontra em armário fechado de acesso exclusivo farmacêutico. O modelo é preenchido em duplicado, ficando o original arquivado em pastas específicas. A transferência de estupefacientes e psicotrópicos entre as diferentes unidades do CHTMAD requer igualmente o modelo em questão [27].

6.3. Estimulantes da hematopoiese

Os doentes renais crónicos encontram-se regulamentados pelo Despacho n.º 29793/2008, de 19 de novembro no que diz respeito à prescrição, distribuição e comparticipação. As eritropoietinas, as darbopoietinas e os metoxipolietilenoglicóis são dispensados para os doentes renais crónicos que se encontram a fazer hemodiálise no serviço respetivo. Após o envio da lista dos doentes em diálise, o farmacêutico procede à preparação da medicação, etiquetando-a com os dados do doente e registando individualmente o n.º de lote e prazo de validade de cada unidade cedida. A medicação é depois devidamente acondicionada. Realiza-se também o débito destes no GHAF [28].

6.4. Medicamentos extra formulário

O FHNM constitui uma mais-valia para o funcionamento do hospital, mas existem situações nas quais não se encontra resposta para determinado doente e/ou patologia. Nestes casos existe a possibilidade de se requerer o uso desses fármacos por decisão médica, devidamente justificada. Este deverá apresentar benefícios terapêuticos para o doente que devem ser devidamente relatados num impresso próprio. Este documento é analisado pelos SF, que confirmam ou não a vantagem e necessidade do fármaco à patologia e colocam o custo da terapêutica num outro impresso, que segue para o diretor clínico que emitirá um parecer [29].

6.5. Medicamentos de uso *off-label*

Os medicamentos de uso *off-label* definem-se como a utilização de medicamentos em indicações terapêuticas diferentes das que se encontram aprovadas. Estes medicamentos devem ser devidamente autorizados pela CFT e/ou comissão de ética do hospital, após os SF emitirem o seu parecer (anexo 3) [30].

6.6. Autorização de utilização especial

A Autorização de Utilização Especial (AUE) é um pedido realizado ao INFARMED para a aquisição de determinados fármacos como o caso de fármacos que ainda não possuam autorização de introdução no mercado (AIM) em Portugal, necessitando de ser importados. Se o medicamento em questão fizer parte do FHNM, a CFT e o CA têm de aprovar a AUE, que é posteriormente enviada pelos SF ao INFARMED, no caso de não pertencer, para além da AUE é necessária uma justificação clínica. Para fármacos de uso exclusivo hospitalar que já possuam AIM mas que ainda não tenham uma avaliação económica também tem de ser pedida a AUE, mas neste caso o pedido é realizado ao departamento económico do INFARMED.

7. Farmacotecnia

7.1.Reembalagem e rotulagem

A reembalagem de formas sólidas orais é utilizada sempre que é necessário dispensar fármacos para DIDDU e/ou Pyxis®. Esta é usada quando devido às suas dimensões os fármacos não podem ser rotulados por processo manual (em que se imprimem colantes com informação relativa a cada fármaco e são colocados diretamente no blister por um AO, supervisionado por um TDT e validado por um farmacêutico) ou é necessário fracionar os comprimidos no caso de a dose prescrita não existir no mercado. A rotulagem deve referir DCI, dose, lote e prazo de validade [31].

No caso da reembalagem devido às dimensões os fármacos devem-se manter dentro do blister, a fim de manter a integridade, neste caso mantêm-se o prazo de validade da embalagem original. No caso da reembalagem por fracionamento os fármacos são fracionados, reembalados e rotulados de novo, sendo que a validade contida no rótulo será 25 % da validade original, não ultrapassando os 6 meses. Este processo é realizado por um TDT devidamente equipado/protegido (bata descartável, luvas limpas, touca e máscara cirúrgica) em sala própria, numa máquina de reembalagem semiautomática, que deve obedecer às normas de higiene e limpeza, em que se coloca o fármaco em questão e no computador acoplado é possível programar cada operação, este processo é depois validado por um farmacêutico. A reembalagem deve garantir proteção contra agentes ambientais de modo a assegurar a qualidade e a segurança do produto. Tive a hipótese de poder observar o processo de reembalagem e tudo o que isso envolve, como o sistema informático, etc., e de fazer a rotulagem de fármacos, quando estes não estavam disponíveis de forma adaptada à DIDDU e eram necessários para realizar a preparação dos Pyxis®, para tal é necessário efetuar o seu registo em modelo apropriado (anexo 4), com variadas informações tais como a validade do fármaco em questão, lote, laboratório, ou a quantidade rotulada, sempre validado no fim por um TDT e por um farmacêutico [31].

7.2.Preparação de formas farmacêuticas não estéreis

A preparação de formas farmacêuticas não estéreis é realizada no laboratório dos SF do CHTMAD, com dimensão, iluminação, ventilação, humidade e temperatura adequadas, sendo da responsabilidade de um farmacêutico ou TDT, sob a supervisão do primeiro a sua execução. A limpeza e desinfeção dos materiais utilizados são efetuadas por um AO. São preparadas poucas formas farmacêuticas não estéreis, sendo as mais comuns diluições e suspensões de uso pediátrico e oncológico, casos mais específicos são reencaminhados para uma farmácia local com a qual o CHTMAD tem um protocolo. Quando existe uma prescrição deste tipo o farmacêutico avalia-a e valida todos os parâmetros (dose, posologia, via de

administração, duração do tratamento, interações). Em seguida confirma-se a ficha de preparação elaborada segundo a Farmacopeia Portuguesa (FP) e o Formulário Galénico Português (FGP). Para começar a preparar o manipulado o operador tem de assegurar as condições de higiene, limpeza e segurança, tem de ter em conta a disponibilidade das matérias-primas, materiais necessários à preparação, material de embalagem e fazer todos os cálculos necessários. A manipulação é realizada de acordo com a ficha de preparação e no final deve proceder-se à realização de ensaios de verificação como por exemplo as características organolépticas, se não conforme rejeita-se a preparação, se conforme acondiciona-se e rotula-se (inclui no rótulo o nome da instituição, respetivo diretor dos SF, nome do medicamento, forma farmacêutica, dosagem, quantidade dispensada, prazo de validade, nome do doente, condições de conservação e outras observações pertinentes - uso externo, agitar antes de usar,...). A ficha de preparação é validada e arquivada (anexo 5) [2, 32, 33].

7.3.Manipulações galénicas estéreis

7.3.1.Misturas para nutrição parentérica

Os SF do CHTMAD não realizam misturas para Nutrição parentérica, porque atualmente consegue-se encontrar resposta ao nível da indústria farmacêutica relativamente a estes produtos. Quando é necessário preparar misturas que não existem no mercado o CHTMAD tem um protocolo com o Hospital de São João.

7.4.Preparação e dispensa de citostáticos

No CHTMAD a Unidade Centralizada de Preparação de Citostáticos (UCPC) não está inserida no espaço físico da farmácia mas sim nos serviços de oncologia, conseguindo estabelecer uma maior interação entre farmacêuticos, TDTs, médicos, enfermeiros e AO. Nesta secção estão um farmacêutico responsável e 2 TDTs, sendo que o farmacêutico tem uma rotatividade mensal e os TDTs têm uma alternância semanal. Esta unidade apresenta um conjunto de normas e procedimentos específicos, escritos no Manual de Procedimentos de Citostáticos, que garantem o cumprimento e verificação dos padrões de qualidade, higiene e desinfeção e por norma geral são feitas colheitas para controlo microbiológico [34].

Os citostáticos são preparados e dispensados na UCPC que se divide em três zonas:

- A zona negra: corresponde à área circundante à câmara de fluxo laminar (zona suja), onde se encontra o gabinete da farmacêutica e a sala de armazenamento dos citostáticos;

- A zona cinzenta: corresponde à antecâmara que se encontra a pressão positiva, onde os técnicos vestem o equipamento de proteção individual;
- A zona branca: corresponde ao local onde se encontra a câmara de fluxo laminar (zona limpa), esta zona encontra-se a pressão negativa e os valores desta são apontados diariamente [34].

O farmacêutico é responsável pela confirmação da prescrição (anexo 6) mediante o protocolo instituído e posteriormente procede também à confirmação dos dados do doente. Para a elaboração do rótulo e preparação são efetuados os cálculos necessários registando-se os lotes e os volumes utilizados na preparação dos citostáticos. O farmacêutico procede também à dispensa do material necessário para a preparação, como o fármaco e, se aplicável, o respetivo reconstituente, o sistema de administração e o respetivo rótulo. É sempre necessário haver uma dupla verificação do rótulo, para se proceder à preparação do mesmo, sendo que o TDT de apoio verifica tudo o que é efectuado pelo operador [34].

Após o término da preparação é feita uma confirmação pelo farmacêutico se a informação descrita no rótulo é a mesma do recipiente. É enviada a preparação juntamente com o livro de registo de receção de citostáticos. O enfermeiro assina o livro para confirmar que recebeu, junto ao colante com a identificação do doente e com as preparações de citostáticos que o mesmo vai receber. Eventualmente quando a preparação se encontra não conforme é encaminhada para o circuito de resíduos, em que posteriormente virá uma empresa recolhê-los para incineração. Quando estes não são administrados, são reaproveitados consoante a estabilidade de cada um, se por algum motivo ocorrer interrupção de administração estes serão sempre incinerados [34].

Durante o estágio tive a oportunidade de passar 2 semanas na UCPC, onde fiz um pouco de tudo inclusive entrar na zona branca, bem como conheci as diferentes secções do serviço, como a sala de tratamentos do hospital de dia, entre outras.

8. Ensaios clínicos

Define-se ensaios clínicos como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou 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” [35, 36].

Os ensaios clínicos só poderão iniciar-se após autorização do INFARMED, da Comissão de Ética para a Investigação Clínica e do CA. No início do ensaio clínico um promotor dirige-se aos SF para o apresentar, depois aquando do envio da medicação o farmacêutico responsável

receciona o medicamento e a informação relativa ao mesmo e preenche as Normas de Instrução de receção, dispensa e devolução do medicamento experimental, verifica a encomenda em termos qualitativos e quantitativos (quantidade, n.º de lote, prazo de validade, acondicionamento, número de randomização) e a guia de remessa é sempre datada, assinada e arquivada no dossier relativo ao ensaio clínico [37].

O promotor é posteriormente informado da receção da encomenda via e-mail. Aquando do armazenamento é preenchido o modelo Ficha de Ensaio clínico, ficando registados a data de recepção do kit, número de caixas e de kits, lote, prazo de validade e o nome do farmacêutico que conferiu o medicamento experimental. Sempre que é distribuído o medicamento ao paciente (pré-selecionado pelo clínico investigador) é preenchido o modelo definido pelo promotor para o registo do ensaio. Neste modelo fica registado o número do centro de investigação e do investigador, iniciais do paciente, descrição do medicamento, número de randomização, quantidade de medicamento dispensado, data da mesma e assinatura de quem dispensou. Quando o promotor o solicita é pedido ao doente que faça a devolução das embalagens e ou medicação de sobra para posterior destruição ou devolução. Nos SF do CHTMAD existe um espaço físico destinado aos ensaios clínicos, onde está armazenada a medicação bem como toda a documentação referente. Existe um centro de investigação clínica constituído por um monitor que permite agilizar todo o processo burocrático associado aos ensaios clínicos e o cumprimento das boas práticas inerentes à realização deste tipo de ensaios [37].

Relativamente aos ensaios clínicos, pude consultar, preencher e organizar documentação referente a estes e ajudar a rececionar um novo ensaio clínico, assisti também a uma pequena formação sobre a sua organização e diversas fases, bem como à apresentação por parte de um promotor de um novo ensaio clínico que o CHTMAD ia receber.

9. Informação e emissão de pareceres

Com a crescente variedade de medicamentos, surgiu a necessidade da criação de CIM nos SF. O CIM é responsável pela informação e emissão de pareceres a outros profissionais de saúde.

É por norma realizado um pedido telefónico, pessoal ou informático de informação aos SF, ficando este registado no modelo próprio. Em seguida efetua-se uma pesquisa bibliográfica (posteriormente as fontes utilizadas têm de ser registadas) e elabora-se a resposta utilizando o pedido de informação (anexo 7). As informações elaboradas são guardadas na base de dados e divulgadas aos diversos serviços via papel, e-mail ou intranet [38].

No decorrer do estágio participei na elaboração de pedidos de informação que tinham sido efetuados à farmácia, preenchendo o modelo adequado e respondendo assim às questões com

base na bibliografia que foi fornecida. Posteriormente, estes “Pedidos de informação” foram arquivados na farmácia.

10. Farmacocinética clínica

A farmacocinética clínica é na sua definição mais simples a aplicação da farmacocinética à prática clínica, nomeadamente na monitorização terapêutica de fármacos, ou seja, otimizando a terapêutica mantendo a concentração plasmática dentro de concentrações terapêuticas [39].

No CHTMAD, a monitorização terapêutica através dos níveis séricos de fármacos é efetuada no serviço de análises clínicas do hospital. Durante o estágio visitei o serviço e assisti à determinação de alguns fármacos de margem terapêutica estreita.

11. Farmacovigilância

A farmacovigilância tem por objetivo melhorar a segurança dos medicamentos em uso. O farmacêutico tem a responsabilidade acrescida em notificar todas as reações adversas ao medicamento (RAM), avaliá-las e preveni-las. Para além destas funções o farmacêutico deve também promover junto dos restantes profissionais de saúde a notificação de RAMs. Durante o meu estágio tive a oportunidade de assistir a uma notificação de uma reação adversa no serviço de oncologia por parte da farmacêutica responsável por essa unidade [40].

12. Erros de medicação

Define-se erro de medicação como qualquer ocorrência evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado do medicamento, ou prejudicar o doente enquanto o medicamento se encontra sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor [41].

O registo destes erros não tem carácter de punição/responsabilização mas sim de identificação das causas e a frequência com que ocorrem e assim poderem ser prevenidos. O registo dos erros de medicação é efetuado em modelo apropriado denominado “Registo de Erros de Medicação” (anexo 8) [41].

Podemos classificar os erros de medicação em 3 tipos: Erro Tipo A, quando as circunstâncias poderiam causar erro; Erro Tipo B, quando ocorreu um erro mas não chegou ao doente; Erro Tipo C, quando ocorreu um erro que chegou ao doente, neste caso é comunicado imediatamente ao médico para efetuar a avaliação clínica do doente [41].

13. Gestão de qualidade

Para o reconhecimento da qualidade dos serviços prestados pelo CHTMAD é necessária uma certificação. Os SF são certificados pela Norma ISO 9001:2008 e aplica o Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ). O centro hospitalar foi também acreditado pela *Joint Commission International (JCI)*, mas este já terminou e não houve possibilidade de o revalidar, no entanto ainda se cumprem as normas por ele ditadas. No âmbito do SGQ foi elaborado o Manual de Qualidade, onde constam orientações e procedimentos que devem ser cumpridos. A primeira tarefa que me foi inculcada foi o estudo do Manual de Qualidade do CHTMAD e assim percebi todo o funcionamento dos SF, tornando-se uma mais-valia no início do estágio. Contatei também com uma auditoria interna, onde pude acompanhar a farmacêutica e a técnica que a realizavam [42].

14. Conclusão

O estágio em farmácia hospitalar revelou-se uma surpresa, no sentido do quão enriquecedor se tornou para a minha futura vida profissional. Contatei com diversas áreas do hospital onde também trabalham farmacêuticos, tais como o serviço de análises clínicas e o serviço de sangue e visitei serviços como a unidade de nefrologia, a psiquiatria e a unidade de neurologia onde o responsável nos apresentou o serviço e explicou o que por lá faziam. Tive a oportunidade de assistir à consulta da dor, que se realiza no serviço de oncologia, e assisti ao tratamento de feridas com os pensos que se dispensavam na farmácia e assim pude ver na prática a sua utilização, as diferenças entre eles bem como as vantagens da utilização de uns ou de outros em determinadas feridas. Participei em palestras que organizavam no hospital sobre variados temas, tais como a violência, entre outros.

Na minha passagem pelos SF do CHTMAD é de salientar o papel do farmacêutico hospitalar, pois este é fundamental para o uso correto do medicamento em todos os serviços do hospital garantindo assim o apoio ao doente e aos outros profissionais de saúde. O contato com esta área demonstra o quão multidisciplinar e abrangente é a profissão farmacêutica. O trabalho realizado pelo farmacêutico em ambiente hospitalar é bastante diferente do de farmácia comunitária tornando assim o estágio em ambas as áreas enriquecedor e completo.

Capítulo II - Farmácia Comunitária

1. Introdução

A farmácia comunitária (FC) é “um espaço que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, que tenta servir a comunidade sempre com a maior qualidade” [43], ou seja, não é somente o local onde se efetua a dispensa do medicamento, mas sim o local que trabalha em prol do utente e do medicamento, proporcionando um aconselhamento de excelência e um uso correto e eficaz do medicamento. São ainda prestados serviços, como a medição da pressão arterial (PA), do colesterol total, da glicose bem como a aplicação de injetáveis, entre outros.

O estágio curricular em FC tem como objetivo principal conhecer a FC, desde o atendimento, pedido e receção de encomendas, preparação de manipulados, gestão de *stocks*, armazenamento de medicamentos e outros produtos de saúde, devoluções, dispensa correta do medicamento e tratamento do receituário.

O meu estágio decorreu dos dias 26 de outubro a 21 de janeiro na Farmácia Nova de Valpaços (FNV).

2. Localização, população e recursos humanos

A FNV localiza-se na entrada da cidade de Valpaços, na avenida Engenheiro Adelino Amaro da Costa, com horário de atendimento das 9h às 19h30, durante a semana, e aos sábados das 9h às 13h. A cada 4 dias a farmácia está de serviço até às 22h e a partir dessa hora fica em regime de disponibilidade, em que o funcionário escalado é chamado à farmácia quando necessário. A FNV abrange uma população idosa sendo que alguns são utentes fidelizados há muitos anos, sendo geralmente polimedicados, o que requer atenção redobrada relativamente à terapêutica medicamentosa [44].

A equipa de trabalho é constituída por três farmacêuticos, sendo que um deles é o proprietário e diretor técnico (DT) e outro é o farmacêutico adjunto, um técnico de farmácia e um ajudante técnico.

3. Instalações e equipamentos

De acordo com a “Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de novembro que aprova os regulamentos sobre áreas mínimas das farmácias de oficina e sobre os requisitos de funcionamento dos postos farmacêuticos móveis (Revogado pela Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho)” a

farmácia deve dividir-se em várias áreas que permitam uma gestão adequada do trabalho bem como uma boa conservação e acessibilidade aos produtos de saúde/medicamentos [45].

3.1.Área de atendimento ao público

A farmácia dispõe de três balcões de atendimento ao público devidamente equipados com computador, leitor ótico e impressora, uma zona de espera e uma zona para crianças, um aparelho de medição da PA e outro de medição do peso e altura bem como os expositores acessíveis aos utentes.

3.2.Gabinete de atendimento personalizado

Está disponível um gabinete devidamente equipado para um atendimento mais personalizado onde se efetua a medição do colesterol total, da glicemia capilar e a administração de injetáveis. Neste gabinete também são realizadas sessões de esclarecimento de nutrição por um especialista da área [46].

3.3.Área de receção de encomendas e área de armazenamento

Na área de receção de encomendas está disponível um computador com um leitor de ótica para dar entrada aos produtos e conseqüentemente estes ficarem disponíveis no *stock*. Relativamente ao armazenamento todos os produtos que não têm medicamento genérico estão arrumados em gavetas e os que têm genéricos estão arrumados em prateleiras, todos por ordem alfabética, os xaropes, pomadas, colírios, sprays nasais e auriculares, bombas e loções estão em gavetas separadas dos restantes medicamentos.

3.4.Laboratório

Define-se laboratório como a “zona, ou parte de um local, reservada às operações de preparação, embalagem e controlo” [33].

Neste local é onde se encontram todos os materiais necessários para a preparação dos manipulados, sendo que a sala está devidamente equipada para tal [33].

4. Informação e documentação científica

Para a excelência do ato farmacêutico, é essencial que o farmacêutico mantenha a sua formação atualizada. A existência de fontes de informação e bibliografia de qualidade é

fundamental para o bom funcionamento da farmácia e para o esclarecimento de qualquer dúvida que exista aquando do ato farmacêutico.

A FNV possui para consulta a FP, Prontuário Terapêutico (PT), Índice Nacional Terapêutico (INT) e o FGP. O sistema informático Sifarma2000® e a consulta de sites como o da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e o do INFARMED são também indispensáveis para o esclarecimento rápido de qualquer dúvida [47].

5. Sistema informático

O sistema informático presente na FNV é o Sifarma2000® da ANF. Este sistema permite fazer uma gestão eficiente de *stocks* e de prazos de validade, consultar fichas de utentes ou históricos de compras e vendas bem como a elaboração de encomendas. No momento do atendimento auxilia no sentido de conter informações tais como a indicação terapêutica, posologia habitual, reações adversas e alerta para a possível ocorrência de interações entre os diversos fármacos dispensados. Este permite também dizer ao utente o valor que paga consoante o regime de comparticipação.

6. Aprovisionamento

Esta área engloba a gestão de todas as atividades de aquisição e fornecimento dos vários produtos, mantendo assim o normal funcionamento da FC.

6.1. *Stocks* e critérios de aquisição

A gestão de *stocks* é feita através do programa Sifarma2000® em que na ficha do produto é atribuído um *stock* mínimo e máximo, sendo que quando são efetuadas vendas este vai diminuindo e quando alcançar o *stock* mínimo emite um alerta e faz uma proposta de encomenda que posteriormente é avaliada pela pessoa responsável por esta área. Deve evitar-se que o produto esteja acima do *stock* máximo e abaixo do *stock* mínimo, por isso uma gestão eficaz destes é de extrema importância na FC devido ao enorme impacto financeiro.

Para além do fator vendas na gestão de *stocks*, têm de se ter em consideração outros fatores como sazonalidade ou simplesmente a tendência de aumento ou de diminuição do consumo de determinados produtos; nestes fatores o Sifarma2000® contém gráficos que podem ser consultados onde constam as vendas do último ano, deve-se ter em conta também fatores como a localização da farmácia, o tipo de público, os hábitos de prescrição dos médicos e os produtos publicitados.

6.2.Fornecedores

Na escolha dos fornecedores por norma deve-se ter em consideração os preços praticados, condições de pagamento, a rapidez de entrega das encomendas (número de fornecimentos por dia) e o tipo de produtos. As encomendas podem ser feitas aos armazenistas ou diretamente aos laboratórios. Na FNV as encomendas diárias são pedidas diretamente aos armazenistas, pois estes são mais rápidos e podem encomendar-se produtos em pequenas quantidades. O distribuidor preferencial da FNV é a Cooprofar sendo que esporadicamente fazem-se encomendas à OCP. As encomendas feitas diretamente aos laboratórios por norma trazem mais vantagem à farmácia porque as bonificações são maiores, mas têm a desvantagem do tempo de entrega. Neste tipo de encomenda os delegados de informação médica (DIM) têm um papel essencial aquando da sua visita à farmácia. Mensalmente estão programadas encomendas que chegam diretamente dos laboratórios sendo nestes casos adquiridas grandes quantidades dos fármacos com maior rotatividade.

6.3.Encomendas

Existem vários tipos de encomendas:

- Encomendas diárias (feitas ao armazenista), realizadas pelo telefone e diretamente aos laboratórios.

As encomendas diárias são realizadas com base nos *stocks* mínimo e máximo anteriormente definidos na ficha do produto no Sifarma2000®, bem como nas vendas diárias; a pessoa responsável por esta tarefa tem de ter isso em consideração, elaborando a encomenda e enviando por modem diretamente ao fornecedor.

As encomendas aos laboratórios são feitas em intermédio com os DIM, aquando da sua visita à farmácia, diretamente por telefone ou via e-mail.

Quando um determinado produto não está disponível nesse momento pode-se sempre efetuar uma encomenda diretamente por telefone ao armazenista.

6.4.Receção de encomendas

Para que os novos produtos entrem em *stock* é necessário rececionar as encomendas. As encomendas que chegam à farmácia por norma vêm acompanhadas pela fatura e/ou guia de remessa, em duplicado, onde constam as informações da encomenda como o nome da farmácia, número e data da fatura, identificação de cada produto, quantidade pedida e enviada, o preço de venda à farmácia (PVF) e o preço de venda ao público (PVP), no caso dos medicamentos com preço impresso na cartonagem (PIC), imposto de valor acrescentado (IVA)

e valor total da encomenda. No caso de os produtos não serem enviados deve constar na factura o motivo.

De seguida, no Sifarma2000®, deve ser seleccionada a opção “Receção de Encomendas”, onde consta um menu com todas as encomendas criadas e enviadas. As encomendas efetuadas por telefone, antes de se realizar a receção, é ainda necessário criar essa mesma encomenda (na área de “Gestão de Encomendas”) e depois proceder à sua receção. Na opção “Receção de Encomendas” seleciona-se a encomenda que está a ser rececionada e confere-se a mesma, através da comparação com o duplicado da fatura. Seguidamente inicia-se a leitura ótica dos códigos de barras dos produtos. Após a leitura dos códigos de barras de todos os produtos, deve-se confirmar se o valor total é o mesmo que consta da fatura bem como o número de unidades e de produtos e, caso não coincidam, é necessário voltar a conferir a fatura para detetar a causa do erro. Os produtos de refrigeração devem ser rececionados em primeiro lugar e devem ser sempre conferidos os prazos de validade, a integridade da embalagem e se o PIC corresponde ao que está no sistema. No final as faturas são arquivadas para depois serem enviadas para a contabilidade.

A receção de encomendas bem como a arrumação posterior a esta foi a primeira tarefa que me foi atribuída no estágio, sendo que com esta tarefa aprendi não só a rececionar encomendas mas também fiquei a conhecer os nomes comerciais e os produtos que existem na farmácia.

6.5. Armazenamento

Após a receção de encomendas os produtos têm de ser armazenados de modo a manter a estabilidade e condições de conservação. O armazenamento correto de medicamentos e produtos de saúde deve seguir a regra do “*first in, first out*”. Os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) devem ser arrumados em local não visível, no caso da FNV os medicamentos com genérico são arrumados em prateleiras e os de marca são arrumados nas gavetas. Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) em local visível mas não acessível e os produtos de venda livre, tais como produtos de dermofarmácia e cosmética, puericultura e produtos naturais, devem ser organizados pelo fim terapêutico ao qual se destinam e arrumados em local visível e acessível ao utente. No que diz respeito às condições de armazenamento, semanalmente é efetuado o levantamento dos registos da temperatura e humidade da farmácia, da zona de armazenamento e do frigorífico, sendo a informação recolhida e analisada. Posteriormente é impresso um registo desta informação que fica arquivado em dossier próprio [48].

6.6. Controlo do prazo de validade

É de extrema importância o controlo dos prazos de validade em FC. Para evitar que os produtos passem da validade é impressa uma listagem mensalmente de todos os medicamentos e produtos de saúde cuja validade expira nos três meses seguintes, sendo devolvidos ao fornecedor. Deve também ter-se em conta o período em que os fornecedores aceitam devoluções, para desta forma evitar perdas de capital. Caso estas não sejam aceites, esses produtos integram as quebras anuais da farmácia.

6.7. Devoluções

A devolução é efetuada através do Sifarma 2000®, na área “Gestão de Devoluções”, inserindo algumas informações tais como: o produto a devolver, o preço e o motivo da devolução. Após o preenchimento de todas as informações, é elaborada uma nota de devolução que é impressa em triplicado. O original e o duplicado, depois de carimbados e assinados, são enviados ao fornecedor juntamente com o produto e o triplicado é arquivado na farmácia. A devolução pode ou não ser aceite pelo fornecedor.

7. Dispensa de medicamentos

7.1. Medicamentos e outros produtos de saúde

“ «Medicamento», 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” [49]. Com o passar do tempo a farmácia deixou de ser só o espaço onde se aviam receitas e se dispensam medicamentos mas sim onde se encontram outros produtos de saúde como suplementos alimentares, produtos de veterinária, produtos de puericultura e dermocosmética, que assumem uma importância crescente, em que o farmacêutico tem um papel de grande importância na informação e aconselhamento ao utente.

7.2. Cedência de medicamentos

Define-se cedência de medicamentos como 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” [50]. Contudo é de enorme importância o papel do farmacêutico neste ato.

7.2.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

Segundo o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto “estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preenchem uma das seguintes condições:

- 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;
- 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;
- Contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Destinem-se a ser administrados por via parentérica” [51].

7.2.1.1. Prescrição médica e validação

Existem dois tipos de prescrição: por via eletrónica (anexo 9) e por via manual (anexo 10). A prescrição de medicamentos é feita por via eletrónica exceto em determinadas situações tais como falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva ordem profissional, prescrição ao domicílio e em outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês [51-54].

A prescrição de um medicamento deve incluir, obrigatoriamente, a respetiva DCI, a forma farmacêutica, a dosagem, a dimensão da embalagem e a posologia, excetuando nas situações nas quais a substância ativa não tenha medicamento genérico participado ou para a qual só exista original de marca e licenças, ou exista justificação técnica do prescriptor quanto à insuscetibilidade de substituição do medicamento prescrito (exceções a, b e c). Podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, não podendo o número total de embalagens prescritas passar de duas por medicamento, nem o total de quatro embalagens por receita, salvo determinadas exceções; no caso dos estupefacientes ou psicotrópicos, não podem ser prescritos na mesma receita de outros medicamentos [54] e no caso de injetáveis em dose unitária.

Quando o utente se desloca à farmácia para aviar a receita (anexo 11), no caso de esta ser eletrónica deve-se verificar o número da receita, local de prescrição, o médico prescriptor, nome e especialidade médica, nome e número de utente ou de beneficiário de subsistema, entidade responsável, referência ao regime especial de participação, se aplicável, DCI da substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e número de

embalagens; existência de exceções a, b ou c, identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos, data de prescrição e respetivo prazo de validade e assinatura do prescritor. Cada prescrição possui um guia de tratamento, contendo informações relativas aos fármacos prescritos, que deve ser entregue ao doente [54].

No caso das receitas manuais verifica-se basicamente o mesmo mas também se deve ter em atenção a existência de rasuras na receita, diferentes caligrafias ou uso de esferográficas de cor diferente e se todos os parâmetros estão devidamente preenchidos.

O utente deve ser sempre informado da existência de genéricos e qual o mais barato sendo que a farmácia deve ter sempre disponíveis três de entre os cinco fármacos mais baratos do mesmo grupo homogéneo. O utente tem sempre o direito de opção, que em seguida assina no verso da receita para comprovar que o mesmo foi cedido (anexo 12). O verso da receita é também carimbado, rubricado e datado pelo farmacêutico e arrumado na gaveta do balcão [54].

É de extrema importância a comunicação com o doente e que esta seja o mais clara e simples possível garantindo a adesão à terapêutica e que esta seja efetuada do modo mais correto no que diz respeito à dosagem, posologia, via de administração e esclarecendo todas as dúvidas que surjam [54].

Ao longo do estágio fui tendo um contato com o balcão de modo gradual, no início assistindo aos atendimentos e depois passei a ser eu a realizar o atendimento recorrendo sempre que necessário à ajuda dos outros colaboradores.

7.2.1.2.Regimes de comparticipação

A maioria dos medicamentos sujeitos a receita médica são comparticipados por diversas entidades, sendo a mais frequente o SNS [55, 56].

No Sifarma2000®, no item “Planos” cada organismo do SNS é identificado por um código informático, por exemplo, SNS: Regime Geral- 01, SNS: Regime Geral, Diplomas- 45, SNS: Regime Especial- 48, SNS: Regime Especial, Diplomas- 49, etc. Outros sistemas de comparticipação são por exemplo a Caixa Geral de Depósitos (CGD), bancários (SAMS) ou trabalhadores da EDP (Sávida) ou seguros de saúde como Multicare, entre outros. Estes beneficiários além da comparticipação do estado também possuem uma comparticipação adicional, tendo que vir sempre acompanhados do cartão referente à entidade, tendo em conta o prazo de validade deste, sendo nesses casos necessário fotocopiar a receita

juntamente com o cartão. A receita original vai para o organismo primário e a fotocópia para o segundo organismo participante [55-57].

7.2.2. Medicamentos sujeitos a legislação especial

7.2.2.1. Psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, pelo seu potencial de abuso, requerem um controlo especial estando assim sujeitos a uma legislação específica [8].

O controlo começa logo na receção das encomendas, em que as banheiras com este tipo de fármacos vêm devidamente identificadas e juntamente com a fatura vêm os comprovativos de requisição destes fármacos, em duplicado e em folha à parte. Ambos devem ser assinados e carimbados pela farmacêutica designada para tal, ficando o original arquivado na farmácia por um período de 3 anos e o duplicado devolvido ao fornecedor.

Relativamente à prescrição (anexo 13) estes têm de ser prescritos numa receita à parte pois não podem constar da mesma receita de outros medicamentos, quando as receitas são manuais tem de se tirar uma fotocópia para posteriormente enviar ao INFARMED [54].

O Sifarma2000® identifica automaticamente estes produtos, obrigando a um registo eletrónico de informações sobre o médico, o utente e o adquirente. No final tira-se fotocópia da receita e são impressos o recibo de venda e talão de venda de psicotrópico (original e duplicado) (anexo14), sendo estes anexados à cópia da receita e arquivados na farmácia durante 3 anos. Todos os meses tem de se enviar para o INFARMED uma listagem de todos os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos vendidos na farmácia, trimestralmente é também enviada uma listagem de todos os estupefacientes e psicotrópicos adquiridos pela farmácia nesse período [8, 54, 58, 59].

7.2.3. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

Define-se MNSRM como todos os medicamentos em que o utente pode adquirir sem que seja necessário receita médica, de acordo com o INFARMED: “Qualquer medicamento que não preencha qualquer das condições referidas para os MSRMs pode ser classificado como MNSRM. Contudo, estes medicamentos têm que conter indicações terapêuticas que se incluam na lista de situações passíveis de automedicação” [60].

7.2.3.1. Automedicação

De acordo com o despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho define-se automedicação como “a utilização de 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”, estando também definida uma lista de situações passíveis de automedicação [61].

A farmácia comunitária é cada vez mais o local procurado quando surge algum problema de saúde, por isso é de extrema importância um aconselhamento correto e o esclarecimento do utente relativamente à indicação terapêutica, via de administração, reações adversas, posologia, interações e armazenamento devendo esses quando possível ser feitos oralmente e por escrito, por norma nas embalagens.

Relativamente ao aconselhamento com MNSRM o farmacêutico deve fazer uma análise do problema de saúde do utente fazendo para isso as perguntas necessárias para poder realizar um bom aconselhamento. Quando o estado de saúde do doente não apresente grandes cuidados é também importante referir ao utente que, se os sintomas persistirem ou se agravarem nos dias seguintes deve-se aconselhar uma ida ao médico.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar diversos aconselhamentos com MNSRM sendo os mais frequentes constipações, tosse, vômitos, mas também me surgiram situações em que o utente se dirigia à farmácia a pedir um medicamento específico; podemos considerar que esse tipo de situações se consideram automedicação, cabendo ao farmacêutico tentar perceber qual o problema em si e a quem se dirige a medicação, esclarecendo sempre o utente acerca de todos os aspetos relacionados com o medicamento a ser cedido, garantido sempre o seu uso de forma segura e racional.

7.2.4. Outros produtos de saúde

Cada vez mais a farmácia deixa de ser o local exclusivo de dispensa de medicamentos de uso humano para ser também o local onde se podem encontrar diversos produtos de saúde, entre os quais produtos fitoterapêuticos, medicamentos homeopáticos, medicamentos e produtos de uso veterinário, produtos para alimentação especial e infantil, suplementos nutricionais, produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene corporal e dispositivos médicos.

Durante o estágio foi-me dada uma explicação sobre as diferentes gamas, estudei os folhetos informativos que algumas marcas enviam juntamente com os produtos e tive a oportunidade de fazer formação a esse nível dentro e fora da farmácia.

8. Serviços

A farmácia dispõe de serviços para o utente, tais como a medição da PA, determinação do índice de massa corporal (IMC), glicemia capilar, colesterol total, triglicéridos, hemoglobina, administração de injectáveis e testes de gravidez.

O teste que realizei com maior frequência foi a medição da PA pois geralmente os doentes medicados para a hipertensão costumam monitorizar a mesma para verificar a efetividade da medicação e também o utente que não toma medicação costuma fazê-lo de maneira preventiva, devendo o farmacêutico também informar o doente de medidas não farmacológicas tais como a prática de exercício físico e a restrição de sal. Os valores de referência para um indivíduo saudável devem variar entre 120 mmHg para a sistólica e 80 mmHg para a diastólica. Valores acima de 140 mmHg para a sistólica e 90 mmHg para a diastólica já são considerados como hipertensão. Caso os valores da sistólica sejam superiores a 160 mmHg e 180 mmHg, o utente deverá consultar o médico o mais rápido possível [62].

A medição da glicemia é também em conjunto com a PA o parâmetro que mais se realiza na farmácia. A diabetes mellitus, principalmente do tipo 2, é uma patologia que afeta muita gente. A toma da medicação é de extrema importância bem como um estilo de vida saudável e a monitorização da glicemia neste tipo de doentes. A medição deste parâmetro permite determinar os valores de glicose no sangue sendo esta uma forma de monitorizar a doença ou mesmo de detetar casos em que o diagnóstico ainda não tenha sido feito uma vez que para um indivíduo saudável, devem ser menores que 110 mg/dl em jejum. Ao longo do estágio tive oportunidade de medir este parâmetro [63].

Quanto ao colesterol total e triglicéridos, os valores de referência são de 190 mg/dl e 150 mg/dl, respetivamente. Quando os utentes apresentavam valores superiores aos referidos elucidava-se o utente a fazer uma dieta mais saudável evitando ao máximo gorduras e moderar os hidratos de carbono, entre outros conselhos [64].

Relativamente aos testes de gravidez o utente tinha a opção de realizá-lo na farmácia se assim o optar.

Para medir o peso e a altura a farmácia dispõe de um aparelho em que é possível medir o peso e a altura e ainda determinar o IMC.

Existem serviços adicionais tais como sessões de esclarecimento de nutrição e rastreios diversos.

9. Preparação de medicamentos

9.1. Manipulados

Define-se manipulado como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”. Define-se fórmula magistral como “o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina” [32].

Todos os manipulados preparados na farmácia devem respeitar as Boas Práticas da Preparação de medicamentos manipulados (MM) [33].

Sempre que os manipulados são preparados segundo prescrição médica, antes de iniciar a manipulação deve-se proceder a uma interpretação da mesma.

O primeiro passo da manipulação consiste em seleccionar as matérias-primas necessárias, sendo que estas têm de estar conformes e respeitar os requisitos que constam na farmacopeia onde estão inscritas, o que pode ser verificado através da análise do boletim de análises [32, 33]. É importante garantir que o laboratório está devidamente equipado, iluminado e ventilado, com temperatura e humidade adequadas. Deverá estar convenientemente limpo e arrumado [33].

No início da preparação deve-se preencher uma ficha de preparação de manipulados e atribuir um lote. Seleccionam-se as matérias-primas e inicia-se a manipulação em si, devendo-se efetuar um controlo antes, durante e após a produção. Em seguida acondiciona-se o medicamento devidamente e procede-se à limpeza de todo o material e da banca de trabalho. No final regista-se a saída das matérias-primas utilizadas e calcula-se a quantidade remanescente, acabando de preencher a ficha dos manipulados. Estes devem ser devidamente acondicionados e rotulados com diversas informações tais como nome, morada e contacto da farmácia, identificação do DT, data de preparação e prazo de utilização, nome do utente, nome do médico prescriptor, se aplicável, número do lote, preço, composição qualitativa e quantitativa e informações complementares relativas à utilização e armazenamento [65].

9.1.1. Preço dos medicamentos manipulados

Os preços dos medicamentos manipulados são calculados segundo a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho que tem em conta o valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem [66].

9.1.2. Comparticipação dos medicamentos manipulados

A comparticipação destes medicamentos é feita de acordo com o Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de junho que regula o regime de comparticipação do estado no preço dos medicamentos, revogado pelo Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio [55, 56].

Na FNV a preparação de manipulados é residual, por norma manda-se preparar a outra farmácia especializada. Durante o estágio tive a oportunidade de realizar uma manipulação e de analisar as que se costumam realizar.

9.2. Preparações extemporâneas

Certos medicamentos não são estáveis em solução, por isso a indústria farmacêutica só os dispensa em pó, tendo estes que ser reconstituídos na farmácia no ato da dispensa, informando o utente da conservação, prazo de validade e instruções de utilização. Ao longo do estágio efetuei por diversas vezes a reconstituição destes medicamentos, em grande maioria suspensões orais para crianças.

10. Processamento de receituário e faturação de entidades participadoras

Todas as receitas comparticipadas por determinada entidade devem estar devidamente identificadas por organismo, em lotes de 30 receitas, com um número de ordem atribuído dentro do respetivo lote. O sistema informático emite um documento de faturação que é impresso no verso da receita, que contém diversas informações, como o número da receita, a identificação da farmácia, da DT, o código do organismo responsável pela comparticipação, lote e informações relativas ao medicamento dispensado.

10.1. Separação e conferência de receituário

Na FNV, diariamente, ao fim do dia procede-se à conferência de receitas. Estas são separadas por entidade participadora e organizadas por lote e número de receita dentro de cada lote. Durante a conferência deve ter-se em conta a validade da receita, os fármacos dispensados (se estes correspondem aos prescritos), a assinatura do médico e o organismo de comparticipação. No final são impressos os verbetes de identificação, carimbados e posteriormente anexados ao respectivo lote. No final de cada mês, os lotes cuja comparticipação é efectuada pelo SNS são enviados para o centro nacional de conferências e os restantes são enviados para a ANF, pois é esta que paga directamente à farmácia. Durante

o estágio, pude observar a separação e conferência do receituário, analisar os erros que por vezes são cometidos e proceder se possível à sua correção.

11. Conclusão

A farmácia é cada vez mais vista pelo utente como o local mais acessível e prático a recorrer quando surge um problema de saúde bem como para esclarecer qualquer dúvida. A profissão de farmacêutico acarreta grandes responsabilidades, tendo de se manter sempre o mais atualizado possível, de forma a prevenir e promover a saúde de todos os utentes que com ele contatem.

O estágio em farmácia comunitária é a forma de colocarmos em prática todos os conhecimentos teóricos e práticos que adquirimos ao longo do MICF e que só é possível com o exercício profissional.

Este estágio permitiu-me contactar com diversos produtos, nomeadamente cosmética e veterinária, com os quais eu sentia alguma dificuldade em trabalhar, e durante este período consegui colmatar esses problemas. O atendimento ao público foi de longe a parte que eu considerei mais importante, pois o elo que se cria entre farmacêutico-utente é essencial para um atendimento o mais completo possível, e o tempo passado ao balcão permite-nos criar competências a esse nível que são tão importantes como o conhecimento teórico.

Foi de um enorme enriquecimento profissional mas também pessoal o período de estágio e ficarão sem dúvida boas recordações.

Capítulo III - Avaliação do consumo de álcool em estudantes no distrito de Bragança

1. Introdução

1.1. História do álcool

O consumo e produção do álcool fazem-nos recuar no tempo a milhares de anos atrás, já que este composto faz parte da história do mundo, em particular da cultura ocidental. De facto, na história de vários povos e civilizações desempenhou desde sempre um papel importante nos costumes, religião [67], nos convívios da corte e nos dias de hoje é frequente o convívio social com o simples ato de ir beber uma bebida com os conhecidos ao final do dia [68].

Não há certeza do início da produção de bebidas alcoólicas, mas há indicações de que existem há pelo menos 10 000 anos e as matérias-primas usadas variavam desde frutas, grãos fermentados, mel e arroz [68]. A fama deste produto estava enraizada por todo o mundo, uma vez que na Índia a “sura” era uma bebida popular era destilada a partir de arroz, e na Grécia uma das primeiras bebidas alcoólicas a ganhar popularidade era feita a partir de mel e de água [69]. No caso do vinho, existem registos em pinturas egípcias de há aproximadamente 4000 anos [68]. No século XVI, álcool intitulado de “*spirits*”, ou seja, bebidas espirituosas, foi utilizado para fins medicinais [68]. Acredita-se que o whisky foi a primeira bebida espirituosa a ser produzida e terá sido destilado pela primeira vez na Irlanda [68].

Em 1690 foi aprovada uma lei pelo parlamento britânico que incentivava a utilização de grãos para destilação de bebidas espirituosas, resultando num excesso de bebidas baratas no mercado. Na Grã-Bretanha, o consumo de gin atingiu proporções drásticas, apelidando-se esta época como a “epidemia do gin” [68].

Foi somente no século XIX que se começou a tomar consciência dos danos que o etanol causava, tendo havido uma mudança de mentalidades e de atitudes. Começaram então a surgir movimentos para a promoção do consumo moderado. Esta revolta levou à proibição total. Em 1920 os Estados Unidos da América (EUA) aprovaram uma lei que proibia o fabrico, venda, importação e exportação de “licores intoxicantes”. O comércio ilegal do álcool aproveitou esta medida tomando proporções desmedidas, sendo que esta proibição teve de ser cancelada [69]. Hoje em dia estima-se que o seu consumo seja de xxx, através de bebidas espirituosas, vinho, etc... sendo uma fonte económica para alguns países como Portugal.

1.2. Produção

Os dois grandes processos para a produção de bebidas alcoólicas são a destilação e a fermentação alcoólica.

O processo de destilação (figura 2) foi descoberto em Salerno, uma cidade situada em Itália, por membros de uma famosa escola local, apesar de este ser muito bem conhecido e desenvolvido por gregos e árabes [44]. Este método baseia-se no facto de diferentes líquidos terem distintos pontos de ebulição, em que o líquido com menor ponto de ebulição é vaporizado primeiramente e depois recolhido [70].

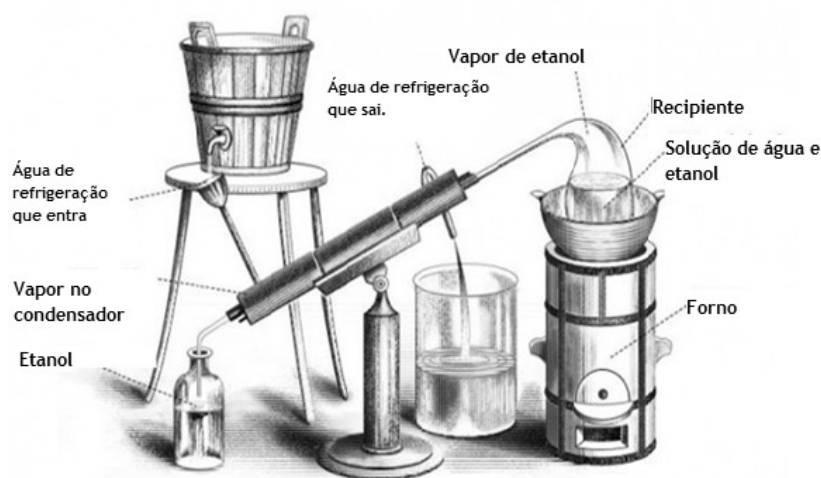


Figura 2. Destilação de

bebidas alcoólicas (adaptada de [71]).

A fermentação alcoólica (figura 3) é um processo essencial para o fabrico de bebidas alcoólicas. Durante este processo enzimas do tipo *Saccharomyces* convertem os açúcares em etanol e CO_2 . A reação continua até a fonte de açúcar se esgotar ou atingir uma concentração letal para a levedura [72].

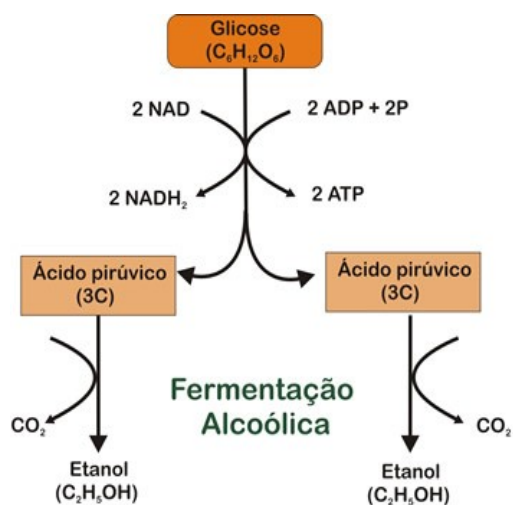


Figura 3. Fermentação alcoólica [73].

1.3. Propriedades físico-químicas

Os nomes químicos variam de etanol a álcool etílico ou álcool, entre outros. A sua fórmula molecular é C_2H_6O e tem massa molecular de 46,07 g/mol [74].

Apresenta-se como um líquido límpido, incolor, com um odor característico, sabor ardente e volátil. Tem diversas utilizações devido às suas diferentes propriedades, como o poder bactericida e desta forma é usado frequentemente como desinfetante, na indústria farmacêutica como solvente e conservante e é um dos principais constituintes das bebidas alcoólicas [74].

Incluem-se dentro das bebidas alcoólicas todos os tipos vinhos, cerveja ou outras bebidas fermentadas, bebidas espirituosas ou equiparadas e bebidas não espirituosas [75]. Definem-se bebidas espirituosas como bebidas alcoólicas que possuem características organolépticas próprias e com um título alcoométrico mínimo de 15% vol. [76]. Bebida não espirituosa é toda a bebida produzida por processos de fermentação, destilação ou adição e que contenha um título alcoométrico superior a 0,5 % vol., mas sempre inferior ao teor alcoólico das bebidas espirituosas [75].

1.4. Toxicocinética

Após ingestão do álcool, o processo de absorção e de distribuição são fatores essenciais para a determinação da biodisponibilidade (concentração disponível no local de ação) [77].

1.4.1. Absorção

O álcool ingerido inicia a sua absorção no estômago, onde somente uma pequena percentagem é absorvida (20 %) ocorrendo a restante absorção em maior proporção e rapidez na mucosa duodenal (80 %) [77].

A taxa de absorção é influenciada por variados fatores:

- O esvaziamento gástrico e o conteúdo do estômago, pois os alimentos inibem a absorção;
- O teor alcoólico das bebidas, uma vez que para um teor em álcool entre 20-30% a absorção é mais rápida;
- O grau de habituação que o indivíduo tem ao álcool, bem como a tolerância deste, diminuindo assim a taxa de absorção [77].

A ingestão de etanol deixou de ser a única via de consumo, sendo hoje em dia utilizados processos tão variados como absorção através de diferentes membranas e orifícios. Um deles

é o chamado “*Eyeballing*” ou seja, introduzir álcool diretamente no globo ocular sendo este absorvido pela conjuntiva e pela mucosa nasal, que comunica com a superfície do olho através do canal lacrimal, associado à extensa irrigação sanguínea que o olho possui. Esta prática é de extrema perigosidade o que pode levar a dor, ardor, visão turva, hiperemia conjuntival, úlceras da córnea ou cicatrizes, danos permanentes na visão e até cegueira [78].

Administração retal e vaginal são outros tipos de consumo que têm sido descritos. A administração retal pode envolver dispositivos semelhantes a “*beer bongs*” (figura 4), alguns tipos de ferramentas ou seringas e um funil para forçar a entrada do álcool no ânus. Estes tipos de práticas vêm sendo apelidados por “*butt chugging*” ou “*beer enema*”. “*Slimming*” é outra forma de administração retal que envolve a inserção tampões embebidos em álcool no ânus e na vagina [79].

Jovens que usam este tipo de métodos dizem que o fazem para se embriagar mais rapidamente, para uma experiência mais intensa no consumo e evitar a detecção de álcool no ar expirado [79].



Figura 4. Dispositivo para administração retal (“*Beer bongs*”)

[80].

1.4.2. Distribuição

A biodisponibilidade do álcool é reduzida pelo metabolismo de primeira passagem, que ocorre na sua maioria via oxidação pela enzima álcool desidrogenase (ADH) a nível hepático. O restante entra na circulação sanguínea e é rapidamente distribuído para todos os tecidos e fluidos do organismo na proporção correspondente aos volumes em água, até atingir o equilíbrio entre a taxa de álcool no sangue (TAS) e a concentração nos tecidos. O álcool é preferencialmente distribuído em tecidos com elevado teor em água e com boa irrigação sanguínea, tais como o cérebro e os músculos.

Alguns fatores como a idade, o género, o peso, o tipo de bebida alcoólica influenciam a TAS [77], verificando-se que:

- Os indivíduos do sexo feminino, como têm menor massa corporal, menor volume sanguíneo e menor quantidade de água corporal [81] vão ter um volume de distribuição mais reduzido e uma maior TAS [77], ou seja a mesma quantidade de álcool ingerido pelas mulheres vão atingir maiores TAS do que nos homens [82];
- A idade e o peso influenciam a quantidade de água corporal [77], pois esta diminui com a idade e a quantidade de tecido adiposo [77];
- A quantidade e o teor em álcool afetam a absorção e por consequência a TAS [77] ;
- Existem variações genéticas nas enzimas que metabolizam o álcool e diferentes afinidades para este [77, 83], levando a diferenças consoante a raça/etnia;
- A velocidade a que se ingere, ou seja, quanto maior seja a quantidade ingerida em menos tempo, maior será a TAS;
- O conteúdo do estômago também vai ter uma influência significativa [77], já que a presença de alimentos vai atrasar a absorção do álcool [82]. Por outro lado, uma refeição com maior teor em gordura diminui a velocidade de absorção [84].

1.4.3. Biotransformação e excreção

Uma pequena parte do álcool absorvido é excretado de forma inalterada na urina, no suor e no ar expirado, mas a maioria é metabolizado via oxidação pela ADH, a nível hepático. Para que esta reação aconteça tem de existir inserir o nome por extenso (NAD⁺) disponível para o processo. A oxidação converte álcool a acetaldeído, que é rapidamente oxidado pela aldeído desidrogenase para acetato; este é depois oxidado no fígado e nos tecidos periféricos, em condições normais, em água e dióxido de carbono. Existe também uma via secundária de oxidação que se denomina sistema microssomal de oxidação do álcool e que envolve o citocromo microssomal P450 (CYP), concretamente a isoforma CYP2E1, contudo com baixa afinidade para o etanol. Assume importância quando a TAS está elevada [77]. Uma terceira via para o metabolismo do etanol é a via da catalase que oxida o etanol usando peróxido de hidrogénio como co-substrato [85] (figura 5).

O metabolismo do álcool pode resultar em graves consequências para a saúde do indivíduo, pois aumenta a necessidade de oxigénio pelos hepatócitos, levando a possível hipóxia em áreas menos irrigadas do fígado e, com o uso crónico do álcool, em cirrose e outras doenças hepáticas [77].

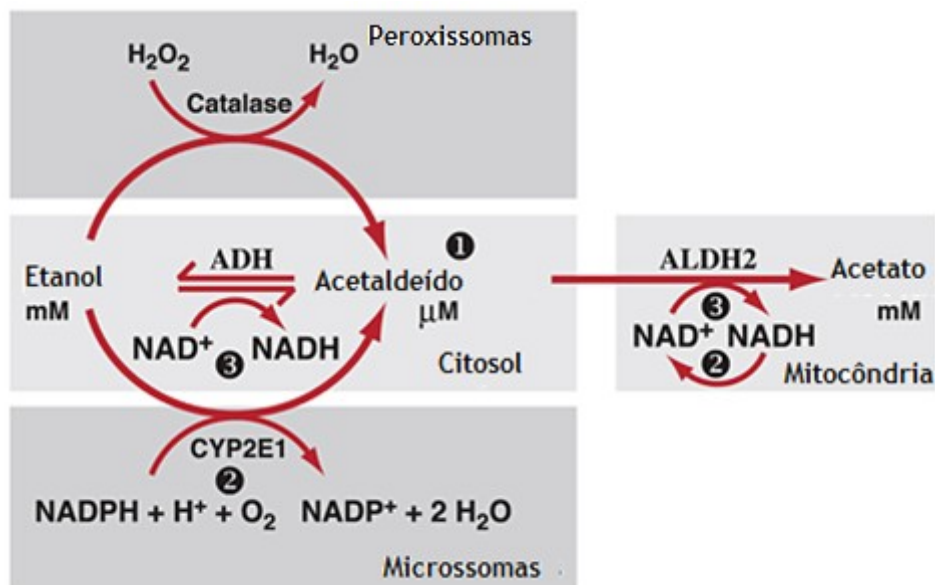


Figura 5. Metabolismo do álcool (adaptada de [86]).

1.5. Doseamento do etanol

Os métodos mais usados para o doseamento do etanol são a medição deste no sangue, urina, suor, fluido oral e através da respiração (o famoso “teste do balão”); no entanto, estes testes não distinguem o consumo agudo do crónico [87]. A abordagem mais frequentemente utilizada para determinar a exposição recente ao álcool é por análise direta do etanol; contudo, a medição direta deste tem várias limitações, entre elas o curto tempo de meia vida, a rápida metabolização e a variação das concentrações nos diferentes compartimentos, fluidos ou tecidos do organismo [88].

O etanol tem elevada volatilidade, pelo que o método mais usado na sua determinação é a cromatografia gasosa com injeção *headspace* acoplada a um detetor de ionização de chama (HS-GC-FID). Outro método utilizado para quantificar o etanol é através da reacção enzimática utilizando a ADH; o aumento desta durante o metabolismo resulta num aumento da absorvância a 340 nm [88].

Os biomarcadores são de extrema importância quando se pretende determinar ou provar um consumo recente ou potencial abuso de álcool, pois oferecem informações objetivas. Os efeitos biológicos, clínicos e sociais do abuso do álcool podem ser avaliados através deste tipo de testes.

As enzimas hepáticas são frequentemente usadas para a determinação do consumo de álcool. A gama-glutamilttransferase (γ -GT), a aspartato-aminotransferase (AST) e a alanina-aminotransferase (ALT) são marcadores que, por norma, estão elevados em consumidores

crônicos de álcool [89, 90]. Por outro lado, o *stress* oxidativo, que pode estar presente nos consumidores, tem sido intimamente ligado à γ -GT [89].

Um outro biomarcador tradicionalmente usado na detecção de etanol em consumidores frequentes e crônicos é o volume globular médio (VGM), pois o excesso de álcool aumenta o tamanho dos glóbulos vermelhos [90].

Biomarcadores como γ -GT, ALT, AST e VGM acarretam algumas limitações. Entre elas a sua limitada especificidade, quando utilizados como biomarcadores de álcool, devido à variedade de doenças e à própria genética, ao tabagismo e ao consumo de drogas. Além destas restrições, os intervalos de referência precisam de ser ajustados de acordo com género, idade e peso [88].

Um dos biomarcadores mais utilizados e mais específicos na detecção de etanol é a glicoproteína transferrina (Tf) deficiente em hidratos de carbono (CDT) [87, 90]. A Tf é uma glicoproteína de transporte de ferro que contém resíduos siálicos terminais na sua estrutura. A principal isoforma presente em humanos contém quatro resíduos siálicos, mas após um consumo excessivo de álcool as isoformas que contém menos resíduos siálicos aumentam. Este biomarcador é muito importante para a determinação do uso excessivo de álcool; no entanto, não é adequado para a monitorização da abstinência ou de um consumo ocasional [88].

Os falsos positivos podem ocorrer devido a variações genéticas, doenças hepáticas, doenças congénitas de glicosilação, medicamentos e ao facto de ser necessária a ingestão de grandes quantidades de etanol para aumentar significativamente as isoformas com menor número de resíduos siálicos terminais [88].

Para o doseamento da Tf, originalmente era utilizada a focagem isoelétrica. Atualmente pode usar-se cromatografia líquida de alta pressão (HPLC), com detecção no visível a 460-470 nm com troca iónica e colunas de fase reversa, e a eletroforese capilar (CE), que se baseia na absorção a 200 nm da ligação peptídica. Ambas as técnicas permitem a determinação das diferentes isoformas Tf. No entanto, enquanto a HPLC se baseia na absorvância específica do complexo de ferro-transferrina, a CE tem a desvantagem da interferência de outras biomoléculas [88].

Para além dos biomarcadores mais correntemente usados na prática clínica, têm surgido novos marcadores para estudar o possível abuso do etanol.

O etanol interage com o metabolismo da serotonina, afetando alguns dos seus metabolitos como o 5-hidroxitriptofol (5-HTOL) e o ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA). Após o consumo de álcool, os níveis de 5-HTOL sobem, aumentando o rácio 5-HTOL/5-HIAA, sendo este assim

um biomarcador do consumo recente de álcool, detetado por norma na urina [88]. 5-HTOL e 5-HIAA são compostos eletroatrativos adequados para a análise por HPLC com deteção eletroquímica utilizando potenciais que variam de 620-700 mV e um elétrodo de referência de Ag / AgCl; no entanto, os limites de quantificação são insuficientes para determinar 5-HTOL. Para a sua determinação utiliza-se a cromatografia líquida (LC) - espetrometria de massa (MS) [88].

Um dos produtos do metabolismo do etanol é o etilglucuronido (EtG), que se forma quando o etanol é submetido a uma reação de fase II em que há conjugação com ácido glucurónico catalisada pela UDP-glucuronosiltransferase (UGT). Posteriormente, o EtG é excretado na urina, sendo muito útil para estabelecer a diferenciação de um consumo recente ou não de álcool [90, 91]. O EtG é um metabolito estável, não volátil e miscível em água e que apresenta elevada sensibilidade e especificidade, sendo apenas detetado em casos em que ocorreu o consumo de álcool. Os principais métodos de análise são a cromatografia gasosa (GC) e líquida (LC), por norma acopladas a MS; no entanto, imunoensaios e CE também podem ser utilizados [88].

Os ésteres etílicos dos ácidos gordos (FAAE) são metabolitos do etanol formados pela reação deste com ácidos gordos livres endógenos e acil-CoA / ácidos gordos no sangue e tecidos, catalisada pela enzima do ácido gordo éster etílico sintase e acil-CoA / etanol O-acetiltransferase. Estes encontram-se principalmente no sangue e têm a capacidade de se acumular em vários órgãos e tecidos, incluindo o cabelo; após a sua incorporação neste, são excelentes biomarcadores de longo prazo para a deteção do abuso de álcool [88, 92]. A análise a estes compostos é realizada por cromatografia gasosa - espetrometria de massa (GC-MS), podendo usar-se como fontes de ionização a ionização química e de impacto de eletrões [88].

1.6. Consequências do consumo de álcool

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo, sendo o seu consumo associado a diversos acidentes, sejam acidentes de viação causados pela condução sob o seu efeito ou acidentes de trabalho [93]. O consumo desta substância bem como de outras drogas são considerados comportamentos de risco que põem em causa a saúde. Em Portugal o álcool tem uma inscrição cultural profundamente marcada, que não escolhe classes sociais nem idades.

A legislação relativa à condução sob o efeito de álcool tem vindo a penalizar cada vez mais os condutores e a fiscalização também tem vindo a aumentar, visto que conduzir sobre o efeito de determinada substância aumenta a probabilidade de ter um acidente de viação, pois os reflexos e as capacidades do condutor encontram-se comprometidos [94].

A mais recente alteração ao código da estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, alterado pela Lei n.º 72/2013, de 3 de Setembro, afirma que é “proibido conduzir sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas”, definindo-se condução sob influência de álcool quando o condutor em causa apresente uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/L; em condutores de veículos de socorro ou de transporte coletivo de crianças, ou jovens com carta em regime probatório (3 anos após a aprovação em exame de condução) entre outros, essa taxa desce para 0,2 g/L. Quem infringir os limites legais impostos assurge em coimas que vão dos 250 aos 2500 euros [95]

A adolescência é a típica idade para experimentar e correr riscos, mas a forma com que se lida com isso é crucial. A organização mundial de saúde (OMS) define adolescência como “o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta, com idades compreendidas entre 10 e 19 anos” [96]. Nesta fase ocorrem não só mudanças hormonais e neurológicas mas também alterações psicossociais e emocionais [97]. Considera-se uma fase da vida bastante importante e própria de cada um, mas sem dúvida é associada a transições significativas e mudanças psicológicas importantes que vão definir a nossa personalidade e o modo de vida no futuro [98]. Calcula-se que este seja um período crítico para adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis [99] e é nesta altura que os conceitos de responsabilidade e autonomia devem ser incutidos fortemente, pois estes vão ter consequências sobre as decisões e os comportamentos que os adolescentes vão enfrentar no seu dia-a-dia, sendo uma delas a opção de experimentar ou não determinadas substâncias, como o álcool [97].

De todas as drogas ilícitas e lícitas o álcool é o mais usado e experimentado pelos adolescentes, devido à sua fácil acessibilidade, à cultura enraizada e à aceitação do consumo na sociedade [100].

Em junho de 2015 o governo português alterou a lei que regula a disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas devido a recomendações de organismos especializados. De acordo com o Decreto-Lei n.º 106/2015, de 16 de junho, “é proibido facultar, independentemente de objetivos comerciais, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição, bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público a menores de idade” [101]. Este Decreto-lei vem revogar o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que apenas proibia a venda a menores de 18 anos de bebidas espirituosas ou equiparadas [75] e tem como objetivo minimizar o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes, utilizando para isso o aumento da idade mínima para o consumo e a proibição da venda destas a menores [101], uma vez que, segundo o próprio Decreto-lei, se verificou a continuação dos “comportamentos de risco e excesso de consumo”, sendo que “foram os jovens de 16 anos, em particular, os que mais mencionaram um aumento da facilidade de acesso a bebidas

alcoólicas, com qualquer graduação e álcool” [101]. A iniciação e o desenvolvimento de comportamentos arriscados dão-se cada vez mais em tenras idades e é necessário prevenir e alertar os jovens para as possíveis consequências do uso do álcool [102, 103], pois o abuso e a frequência têm sofrido um aumento galopante [98].

Este uso cada vez mais precoce tem consequências no desenvolvimento do adolescente e mais tarde terá impacto na vida adulta, prevendo-se um futuro de excessos na idade adulta jovem [98, 100, 104].

Beber numa idade mais nova poderá estar associado a comportamentos de agressividade, hiperatividade, impulsividade e isolamento social, tanto em rapazes como em raparigas [98] e trazer várias consequências e problemas de saúde como tentativas de suicídio, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, insucesso escolar e violência [103].

O consumo excessivo tem também sido associado a problemas cognitivos e hormonais, particularmente quando este se dá em idades inferiores a 16 anos e quando o abuso é maior e mais frequente, afetando áreas como a aprendizagem e a memória, a atenção e a função executiva, dada a afinidade do álcool para o cérebro [105-107]. Um estudo indica mesmo que o consumo de álcool está associado a perda do volume global do cérebro [108].

1.7. Características familiares e sociais e o consumo de álcool

Características dos pais, amigos e família são influências determinantes para o consumo de álcool [105]. Além destes fatores são também considerados factores contextuais como a zona de residência [105].

O uso de álcool pelos pais e problemas alcoólicos na família têm impacto nos adolescentes [109]. Atitudes específicas dos progenitores influenciam os comportamentos de risco dos filhos [99], visto que o distanciamento e consequentemente o pouco controlo da parte deles aos filhos, a falta de comunicação/diálogo, o tipo de educação e a ausência mesmo que não intencional na sua vida despoleta o início do consumo [99, 110]. De entre estes o tipo de educação tem uma influência substancial no desenvolvimento. Adolescentes com pais presentes e que impõem regras demonstram menos comportamentos de risco do que os de famílias com baixa disciplina. A comunicação, as normas claras e a boa gestão familiar são mediadores importantes para o sucesso escolar e integração na sociedade e consequentemente na adoção de comportamentos saudáveis, inibindo assim a iniciação ao álcool e a outras substâncias [99, 110]. Jovens de famílias monoparentais têm taxas mais elevadas de uso de álcool do que adolescentes de famílias ditas tradicionais [109].

A influência dos amigos pode ser tão ou mais importante que o relacionamento com os pais, pois os adolescentes por vezes passam mais tempo com os amigos do que com a família, aumentando assim o efeito negativo que neles podem ou não exercer [109]. A afinidade e a exposição a amigos que usam determinadas substâncias aumentam a predisposição para a iniciação do consumo [110].

Para além da família e dos amigos a zona de residência também deve ser levada em conta. Ambientes residenciais instáveis são incapazes de sustentar regras sociais e normas culturais, que fornecem valores e comportamentos residenciais controlados [105]. Adolescentes que não pertencem a bairros instáveis são menos propensos a consumir bebidas alcoólicas e o número de lojas que vendam álcool na vizinhança está associado a uma maior facilidade de acesso [105].

São inúmeras e diferentes as razões que motivam o consumo de álcool. Estas estão associadas a diferentes contextos, tais como se é ou não uma bebida de circunstância, a localização, ou seja, a escolha do local onde se bebe, o dia da semana, o tamanho do grupo de amigos e o tipo de relacionamento com estes e com os pais, as leis locais e o local de residência [103].

A decisão de beber é uma combinação de processos emocionais e racionais, tomada em função da mudança que se espera atingir bebendo comparando com o não beber. Estas mudanças que se esperam alcançar são:

- Melhorar o humor ou bem-estar;
- Melhorar a socialização;
- Atenuar as emoções negativas;
- Evitar a rejeição social [103].

As experiências positivas mais descritas são a euforia, o relaxamento e a desinibição e as negativas incluem náuseas, tonturas e tristeza [111].

De modo a minimizar o consumo de bebidas alcoólicas devem ser adotadas medidas preventivas. No caso dos pais, estes não podem desistir de aplicar regras, mesmo se os adolescentes manifestarem raiva, antipatia, ou distanciamento em resposta aos esforços e devem focar-se numa gestão proativa da família e nos conselhos sobre comportamentos de risco, exercendo assim a sua influência no sentido de promover comportamentos saudáveis [110].

1.8. Padrões de consumo

A Europa é a região do mundo de maior consumo de álcool [111].

Segundo o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)* (Projecto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e Outras Drogas) foi um relatório efetuado pela *The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN)*, pela *The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* e pela *Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)* em 2011, onde foram inquiridos mais de 100,000 estudantes com idades compreendidas entre os 15 e 16 anos. Neste estudo, 70 % dos estudantes europeus beberam álcool pelo menos uma vez na vida [112]. Os rapazes bebem por norma mais que as raparigas [112], no entanto esta diferença tem vindo a diminuir [113].

Apesar da sua particular vulnerabilidade aos efeitos do álcool, os padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e um tipo de consumo designado na literatura como “*binge drinking*”, que tem diferentes interpretações - consumo ocasional excessivo, ocasião de consumo que leva à intoxicação ou consumo de 5 ou mais bebidas na mesma ocasião - têm tomado proporções alarmantes [101, 111, 114].

Os rapazes tendem a ter um maior padrão de consumo do tipo “*binge drinking*” do que as raparigas. A pressão exercida pelos amigos aparenta ser um dos fatores mais importantes no “*binge drinking*”, superando a influência dos pais, especialmente no final da adolescência. Um baixo nível de escolaridade e as fracas condições socioeconómicas são também fatores determinantes [114].

Na maioria dos países europeus a cerveja é a bebida de eleição dos rapazes e as bebidas brancas ou espirituosas a das raparigas [112], verificando-se o mesmo para o consumo do tipo “*binge drinking*” [114]. Aproximadamente 40 % das raparigas e 43 % dos rapazes europeus afirmaram que já tiveram um episódio de extrema bebedeira e quase metade relataram que pelo menos uma vez beberam até à intoxicação.

Grande parte dos estudantes (73 %) consideram bastante fácil comprar cerveja, apesar de ser ilegal, e experimentaram álcool pela primeira vez numa idade bastante jovem [112]. Os motivos principais apontados por estes para beberem são a necessidade de diversão (mais comum) e o esquecimento dos problemas; as consequências associadas são que beber prejudica a saúde e a ressaca do dia seguinte. Apesar dos efeitos negativos associados ao consumo, os adolescentes esperam mais efeitos positivos, que superam em grande medida as consequências. Os problemas mais associados pelos jovens europeus são o mau desempenho escolar e os problemas com amigos e com os pais [112].

No que diz respeito a Portugal, o tipo de bebidas alcoólicas mais consumidas está de acordo com o padrão europeu (bebidas destiladas e cerveja), tanto em alunos do 3.º ciclo como do

ensino secundário, sendo mais evidente o consumo preferencial de cerveja em relação às bebidas brancas nos alunos do 3.º ciclo por comparação aos do ensino secundário, os quais apresentam prevalências de consumo de cerveja e de bebidas espirituosas muito semelhantes [115]. Relativamente ao consumo do tipo “*binge drinking*”, cerca de 17 % dos alunos do 3.º ciclo e metade dos alunos do ensino secundário afirmaram tê-lo feito [115].

Entre 2010 e 2014, constata-se uma tendência de descida das frequências de consumo dos vários tipos de bebidas alcoólicas, bem como das prevalências e frequências de embriaguez [115].

Em 2011, os resultados do *ESPAD* evidenciaram que cerca de três quartos dos alunos portugueses de 16 anos tinham consumido álcool no último ano e cerca de metade nos últimos 30 dias. Estas prevalências eram ligeiramente superiores no sexo masculino do que no feminino [115].

Quanto às perceções do risco associado ao consumo de álcool em Portugal, cerca de um quarto dos alunos de 16 anos considerou ser de grande risco o consumo diário/quase diário de 1 ou 2 bebidas alcoólicas, subindo para os 68 % no caso da ingestão de 4 ou 5 bebidas. Cerca de 42 % considerou ser de grande risco tomar 5 ou mais bebidas durante o fim-de-semana [115]. Estes números são alarmantes, devendo ser seriamente levados em conta e apostar-se numa política de prevenção, nomeadamente a nível escolar.

1.9. Associação do consumo de álcool, tabaco e canábis

Estudos demonstram que consumidores de uma droga, seja ela ilícita ou lícita, tipicamente não se ficam só por esta [116].

O álcool, o tabaco e a canábis são as substâncias mais experimentadas [116] e o seu uso está associado a problemas graves de saúde, comportamentais e até psiquiátricos [117].

O consumo precoce de canábis também tem sido associado a um abuso futuro de outras substâncias, sendo inclusivamente considerado como um precursor para o consumo de outras drogas [110], estando também associado a um maior uso de álcool por menores e ao consumo excessivo [118]. O seu abuso pode ser prejudicial para a função cognitiva do cérebro e o consumo frequente pode levar a um declínio no quociente de inteligência [118].

Álcool e tabaco são por norma consumidos em simultâneo pelo mesmo indivíduo, tal como o tabaco e a canábis [116]. Os indivíduos fumadores assíduos são mais propensos a consumir canábis que os não fumadores. Os consumidores desta droga são por norma também fumadores [117]. As combinações de álcool/canábis e de álcool/tabaco atingem um alvo

semelhante no sistema neuronal e estudos referem que quando consumidos em conjunto têm um efeito sinérgico [116].

A exposição coloca os adolescentes em maior risco. Por norma, é mais fácil dizer não à canábis do que ao álcool, pois sendo esta ilegal, é menos aceite em geral [110, 119].

A canábis é a droga ilícita mais usada pelos estudantes europeus [112, 120] e os padrões de consumo vão desde o consumo experimental até ao consumo diário e dependente [120].

Esta é consumida por norma juntamente com tabaco [120]. No geral 18 % dos estudantes afirmaram que experimentaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida, e na sua maioria a canábis foi a mais citada. A idade média do primeiro consumo situa-se nos 16 anos e o rácio entre os géneros relativamente ao consumo é de aproximadamente uma rapariga para 3 rapazes [112, 120].

Relativamente ao tabaco, 54 % dos estudantes europeus experimentaram cigarros pelo menos 1 vez na vida, sendo que existe uma ligeira prevalência relativamente ao sexo masculino (56 %) em comparação com o feminino (54 %) [112].

2. Objetivos e justificação

2.1. Justificação

O consumo de bebidas alcoólicas aumentou nos últimos anos em Portugal. Os padrões de consumo têm vindo a alterar-se; No entanto, estas variações não são menos preocupantes, já que se configuram em dois grupos populacionais de particular vulnerabilidade e de tradicional baixo consumo - os jovens e os indivíduos do sexo feminino. Deste modo, o presente trabalho tem como intuito a avaliação do consumo agudo e crónico de álcool na população estudantil portuguesa de forma a contribuir para o conhecimento europeu sobre Portugal relativo ao consumo desta droga lícita entre os jovens, nomeadamente entre os estudantes de 9.º, 10.º, 11.º e 12.º ano do distrito de Bragança, particularmente concelhos de Vinhais, Alfândega da Fé, Mirandela/Carvalhais e Carrazeda de Ansiães.

2.2. Objetivos

No âmbito deste estudo foram colocadas diversas questões de modo a avaliar os padrões de consumo, pretendendo-se atingir os seguintes objetivos:

- Determinar a idade mais comum com que experimentou álcool pela primeira vez;
- Conhecer os níveis de consumo;
- Avaliar a frequência, a quantidade e o tipo de bebida mais consumida;
- Concluir sobre a ocorrência de intoxicações;
- Avaliar o uso de outras substâncias e a sua associação com o álcool;
- Comparar a diferença de consumo entre géneros;
- Inferir sobre aspetos familiares.

3. Material e Métodos

3.1. Tipo de estudo

O presente é um estudo observacional, descritivo com recurso a questionários anónimos. Apresenta uma metodologia quantitativa de forma a ser possível recolher e tratar os dados estatisticamente, relacionando diferentes variáveis para encontrar resposta aos objetivos deste trabalho.

Este projeto foi remetido à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, tendo sido aprovado pela mesma.

3.2. População em estudo

A população alvo deste estudo são alunos de 9.º, 10.º, 11.º e 12.º ano do distrito de Bragança. Envolveu o Agrupamento de Escolas de Mirandela, o Agrupamento de Escolas de Carrazeda de Ansiães, a Escola Profissional de Agricultura e Desenvolvimento Rural de Carvalhais, o Agrupamento de Escolas D. Afonso III (Vinhais) e o Agrupamento de Escolas de Alfândega da Fé. Para avaliar qual a amostra representativa da população foi utilizado o programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22. O valor obtido para um intervalo de confiança de 95% e com uma frequência de 7990 [121], foi de 500 questionários, no entanto foram analisados 571 questionários. Contudo foram recolhidos 601 questionários, dos quais foram excluídos 30 por estarem incompletos e/ou mal preenchidos com respostas que não tinham propósito para o inquérito em causa. A amostra total foi assim constituída por 571 estudantes.

O período de realização dos inquéritos decorreu entre os dias 15 de janeiro a 19 de fevereiro de 2016.

3.3. Questionário

O questionário aplicado pode ser consultado na secção de anexos (Anexo 15). Apresenta 25 questões de resposta rápida que permitiram avaliar o consumo de álcool pelos adolescentes. Estas questões estão relacionadas com informação sobre o tipo de bebida ingerida e a quantidade, os locais de consumo, quando foi consumida pela primeira vez e se alguma vez bebeu até alcançar um quadro de intoxicação. Foram também consideradas outras questões pertinentes como o consumo de outras substâncias, a escolaridade e profissão dos pais e o histórico de problemas com álcool no seio familiar.

O conjunto das questões foi baseado no relatório da *ESPAD*, subdividindo-se o inquérito em 3 partes: a primeira, mais pormenorizada, focada no consumo de álcool; os outros dois grupos são dedicados ao consumo de outras substâncias, como o tabaco e outras drogas ilícitas, e a informações adicionais.

3.4. Critérios de inclusão e de exclusão

Para a aplicação do inquérito, em primeiro lugar, solicitou-se a autorização por parte dos agrupamentos de escolas em questão (anexo 16). Dos pedidos realizados dois agrupamentos não se mostraram disponíveis para a participação no presente estudo.

Após autorização, devido à idade dos inquiridos, foi realizada a distribuição da declaração de consentimento informado/informação ao participante ou seu representante legal (anexo 17), na qual se explica o objetivo do estudo, o procedimento, os benefícios e os riscos associados, a equipa de investigação, entre outros. Ainda, aquando da entrega deste documento foi transmitido um resumo descritivo do estudo.

Após a autorização por parte do representante legal, foi fornecido a cada participante deste projecto um questionário que foi recolhido após preenchimento. Os inquéritos foram preenchidos presencialmente, não só para garantir uma normalização na compreensão e preenchimento, mas também para salvaguardar o anonimato do participante. Após a recolha dos dados foram verificados todos os inquéritos de forma a garantir o correto preenchimento, ao mesmo tempo que recebiam uma codificação sequencial. Foram excluídos deste estudo alunos que os pais não autorizaram a sua participação e os questionários incompletos ou ilegíveis.

3.5. Recolha e tratamento de dados

Os dados constantes no inquérito foram recolhidos e tratados confidencialmente, de acordo com a legislação, os regulamentos e as normas éticas aprovadas pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, com recurso ao *software* estatístico *SPSS* versão 22.

Através do questionário foram recolhidos os seguintes dados:

- Género;
- Idade;
- Local de residência/cidade;
- Ano que frequenta;
- Se e quando iniciou o consumo;
- Qual a bebida preferencial;
- Qual o tipo de consumo;

- Qual o local mais habitual de consumo;
- Se houve consumo de drogas ilícitas;
- Qual a escolaridade dos progenitores;
- Qual a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas em média;
- Se houve consumo de tabaco;
- Perfil de consumo familiar;
- Potencial intoxicação alcoólica;
- Contexto social.

3.6.Análise de dados

Após a recolha da informação, construiu-se uma base de dados em *Excel* com as diferentes variáveis e recorrendo ao *SPSS* versão 22 procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos utilizando-se técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

- Frequências: absolutas, relativas;
- Medidas de tendência central: médias aritméticas, modas, medianas;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão;
- Coeficientes: correlação de Spearman, Qui-quadrado;
- Testes de hipóteses: teste Kolmogorov-Smirnov como teste da normalidade da distribuição.

Nos testes fixou-se como limiar de significância o valor 0,05.

4. Resultados e discussão

4.1. Caracterização da amostra

De forma a iniciar o tratamento dos dados é relevante analisar a amostra em estudo. Da amostra total de 571 alunos, 291 foram do sexo masculino (51 %) e 280 do sexo feminino (49 %) (tabela 1). Relativamente à amplitude das idades a idade mínima do estudo é de 14 anos e a máxima 24 anos, fazendo uma média de $16,2 \pm 1,44$ anos (tabela 2; figura 6) e uma mediana de 16,00.

Tabela 1. Distribuição do género.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido M	291	51,0%	51,0%	51,0%
F	280	49,0%	49,0%	100,0%
Total	571	100,0%	100,0%	

Tabela 2. Distribuição das idades.

	N	Mínimo	Máximo	Média
Idade do entrevistado	571	14	24	16,2
N válido (de lista)	571			

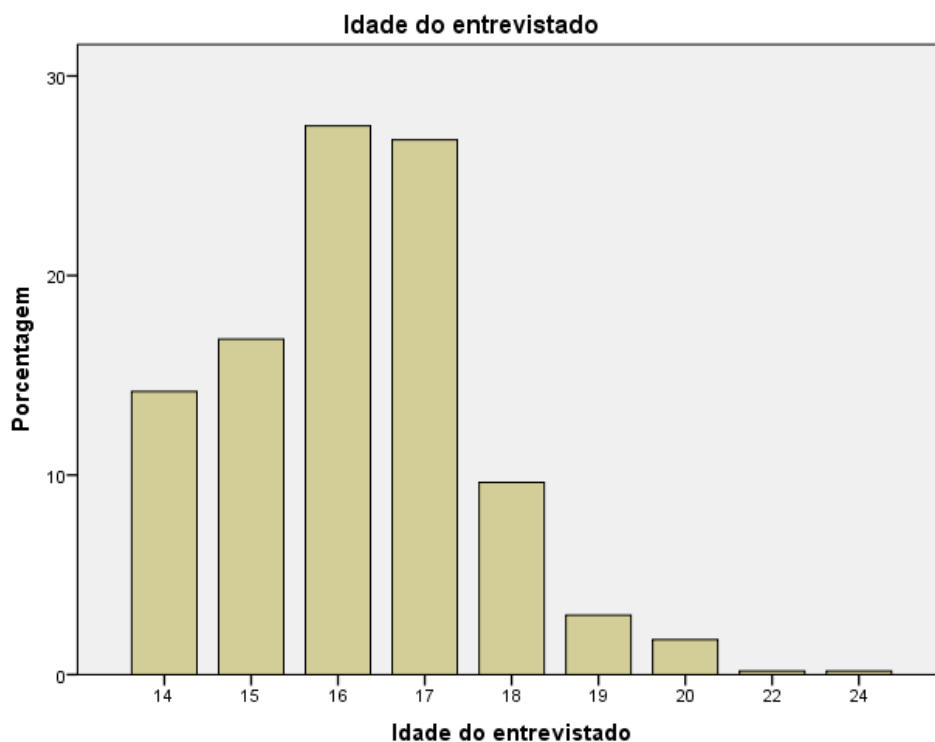


Figura 6. Distribuição das idades.

Os alunos inquiridos são alunos de 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos em que, de acordo com a tabela 3, o ano com maior representação foi o 9.º ano e o de menor representação foi o 12.º ano. De referir que as escolas participantes têm mais alunos de 9.º ano inscritos do que a partir do 10.º ano, o que podemos associar ao abandono escolar e à fuga de alunos para o ensino vocacional [122, 123].

Tabela 3. Distribuição das idades por ano que frequenta.

	Idade do entrevistado	Ano que frequenta				Total
		9º ano	10º ano	11º ano	12º ano	
	14	79	0	1	1	81
	15	35	60	1	0	96
	16	28	48	81	0	157
	17	9	21	45	78	153
	18	9	3	14	29	55
	19	0	2	7	8	17
	20	0	1	4	5	10
	22	0	1	0	0	1
	24	0	0	0	1	1
Total		160	136	153	122	571

4.2. Enquadramento geográfico

A província de Trás-os-Montes e Alto Douro faz parte da Região Norte do país e divide-se entre o Distrito de Bragança e o Distrito de Vila Real, limitada a norte e a este com a Espanha, a sul com o Douro e a oeste com o Tâmega, o Ave e o Cávado (figura 7). O distrito de Bragança é constituído pelos concelhos de Alfândega da Fé, Bragança, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Vimioso, Vinhais, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Torre de Moncorvo e Vila Flor [124, 125].

O distrito de Bragança (figura 8) é considerado uma área geográfica com uma população muito envelhecida, visto que a população com mais de 65 anos é superior à média nacional e a população com idade menor ou igual a 18 anos é inferior [126], sendo também uma das regiões com maior taxa de retenção e abandono escolar [127]. Ao longo dos últimos anos, tem sofrido uma reestruturação dos estabelecimentos de ensino, com a junção de agrupamentos e o encerramento de algumas escolas.



Figura 7. Mapa de Portugal [128].



Figura 8. Mapa do distrito de Bragança [129].

4.2.1. Caracterização do consumo por local de residência

No presente inquérito pediu-se aos estudantes para avaliar o seu consumo de álcool utilizando para isso quatro opções de resposta:

- Abstinente (Total abstinência. Não beber pelo menos há 3 meses);
- Moderado (Consumo em raras ocasiões e em baixas doses, um copo numa ocasião especial);
- Frequente (Consumo de álcool uma ou duas vezes por semana (cada vez que saio à noite));
- Excessivo (Consumo de álcool diário e em elevadas doses (perto do coma alcoólico)).

Relativamente à classificação do tipo de consumo em função do local de residência, o consumo moderado é o mais prevalente em todas as cidades (tabela 4; figura 9).

Tabela 4. Tipo de consumo por local de residência.

		Residência					Total
		Alfândega-da-Fé	Carraceda de Ansiães	Carvalhais	Mirandela	Vinhais	
Tipo de consumo de álcool	Abstinente	17,1%	19,4%	18,3%	19,1%	16,9%	18,3%
	Frequente	24,4%	33,3%	26,8%	22,8%	14,5%	24,3%
	Moderado	58,5%	47,3%	54,9%	58,0%	68,7%	57,4%
	Excessivo	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%

A cidade onde se verifica maiores prevalências de consumo é a cidade de Vinhais, seguindo-se de Alfândega-da-Fé. No caso de Carraceda de Ansiães, é neste local onde se verifica o tipo de consumo dito abstinente com maior frequência (tabela 4; figura 9).

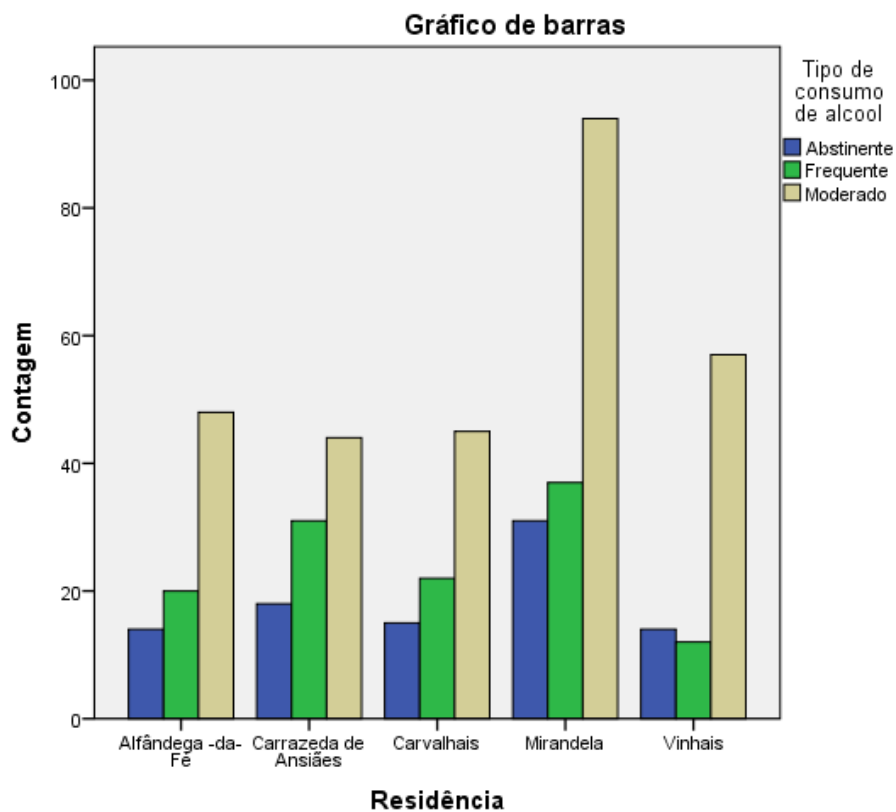


Figura 9. Tipo de consumo por local de residência.

No caso das bebidas alcoólicas consumidas com maior frequência, dominam as bebidas destiladas e a cerveja, num total de 86 %. Em Vinhais e Alfândega da Fé as bebidas brancas são as mais consumidas, seguindo-se a cerveja e nas restantes cidades a cerveja domina, aparecendo as bebidas brancas logo em seguida (tabela 5).

Tabela 5. Tipo de bebida mais frequente por cidade de residência.

			Tipo de bebida						Total
			Cerveja	Vinho	Bebidas brancas	Espumantes	Licores	Outras	
Cidade	Alfândega -da-Fé	Contagem	140	15	235	10	0	10	410
		Percentagem	34,1%	3,7%	57,3%	2,4%	0,0%	2,4%	100%
	Carrazeda de Ansiães	Contagem	205	15	185	20	30	15	470
		Percentagem	43,6%	3,2%	39,4%	4,3%	6,4%	3,2%	100%
	Carvalhais	Contagem	195	30	115	20	30	15	405
		Percentagem	48,1%	7,4%	28,4%	4,9%	7,4%	3,7%	100%
	Mirandela	Contagem	410	0	280	80	5	15	750
		Percentagem	54,7%	0,0%	37,3%	10,7%	0,7%	2,0%	100%
	Vinhais	Contagem	165	10	195	15	20	10	415
		Percentagem	39,8%	2,4%	47,0%	3,6%	4,8%	2,4%	100%
Total		Contagem	223	14	202	29	17	13	490
		Percentagem	44,1%	3,3%	41,9%	5,2%	3,7%	2,7%	100%

De acordo com os dados da tabela 6, a droga ilícita mais consumida em todas as cidades inquiridas é a canábis (89,3 %), sendo a sua prevalência maior nas cidades de Mirandela (35,7%) e Alfândega- da-Fé (21,14%). Relativamente as outras drogas ilícitas, estas representam uma percentagem pouco significativa. Mirandela sendo a cidade central do distrito de Bragança, é também local de passagem para quem circula da fronteira com a Espanha para o litoral norte, sendo um ponto fulcral para a venda e distribuição deste tipo de substância.

Tabela 6. Droga ilícita mais consumida por local de residência.

			Ilícitas				Total
			Canábis	Ecstasy	Cocaína	Outros	
Residência	Alfândega-da-Fé	Contagem	30	0	0	0	30
		Percentagem	21,4%	0,0%	0,0%	0,0%	21,4%
	Carrazeda de Ansiães	Contagem	15	0	0	0	15
		Percentagem	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	10,7%
	Carvalhais	Contagem	10	0	0	0	10
		Percentagem	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%
	Mirandela	Contagem	50	5	5	5	65
		Percentagem	35,7%	3,6%	3,6%	3,6%	46,4%
	Vinhais	Contagem	20	0	0	0	20
		Percentagem	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
Total		Contagem	125	5	5	5	140
		Percentagem	89,3%	3,6%	3,6%	3,6%	100,0%

4.3.Álcool

O consumo excessivo de álcool é uma prática que se tem tornado corrente na sociedade em geral, com maior incidência nos jovens, em que o consumo, por exemplo nas saídas à noite, é habitual.

Segundo o relatório *ESPAD*, 87 % dos jovens consumiram bebidas alcoólicas pelo menos 1 vez durante a sua vida. Os resultados de Portugal situam-se ligeiramente abaixo da média, com 75 % dos rapazes e 74 % das raparigas a afirmarem que consumiram álcool nos 12 meses anteriores ao estudo [112]. Poucos estudantes reportaram que nunca beberam: apenas 14 % pertencem a esta categoria, com as raparigas a apresentarem percentagens ligeiramente maiores que os rapazes [112].

O relatório anual sobre a situação do país em matéria de álcool do serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (SICAD) refere que as prevalências de consumo ao longo da vida na região norte são de 64,1 % nos alunos do 3.º ciclo e de 91,1 % nos alunos do secundário [115].

Os resultados obtidos no presente estudo são que 87,9 % dos alunos do distrito de Bragança já experimentaram bebidas alcoólicas (tabela 7), o que vai de encontro aos resultados do *ESPAD*: ao nível da Europa mas ligeiramente acima dos dados que existem para Portugal, do que se pode inferir que o consumo de álcool estará a aumentar e existe maior prevalência de consumo no sexo masculino (46 %). De salientar que alguns alunos referem que nunca experimentaram álcool (12,1 %), sendo esse número maior no sexo feminino do que no sexo

masculino (tabela 8); estes valores estão ligeiramente abaixo dos referidos pelos países europeus, ou seja, há menos estudantes no distrito que nunca experimentaram álcool.

Tabela 7. Consumo de álcool.

	Frequência	Percentagem
Válido		
Não bebe	69	12,1%
Bebe	502	87,9%
Total	571	100,0%

Tabela 8. Consumo de álcool por sexo.

	Género		Total
	M	F	
Não bebe	5%	7%	12%
Bebe	46%	42%	88%

De acordo com os dados obtidos, o tipo de consumo de álcool mais predominante é o consumo moderado (consumo em raras ocasiões e em baixas doses, um copo numa ocasião especial) na amostra em geral (tabela 9), por sexos (tabela 9) e por idades (figura 10). No caso das idades, isto é verdade nos alunos até aos 20 anos, a partir desta idade a amostra é pouco significativa, mas o consumo que predomina não é o moderado.

Tabela 9. Tipo de consumo de álcool por género.

			Tipo de consumo de álcool				Total
			Abstinente	Frequente	Moderado	Excessivo	
Género	M	Contagem	45	77	140	0	262
		Percentagem em Género	17,2%	29,4%	53,4%	0%	100,0%
	F	Contagem	47	45	148	0	240
		Percentagem em Género	19,6%	18,8%	61,7%	0%	100,0%
Total		Contagem	92	122	288	0	502
		Percentagem em Género	18,3%	24,3%	57,4%	0%	100,0%

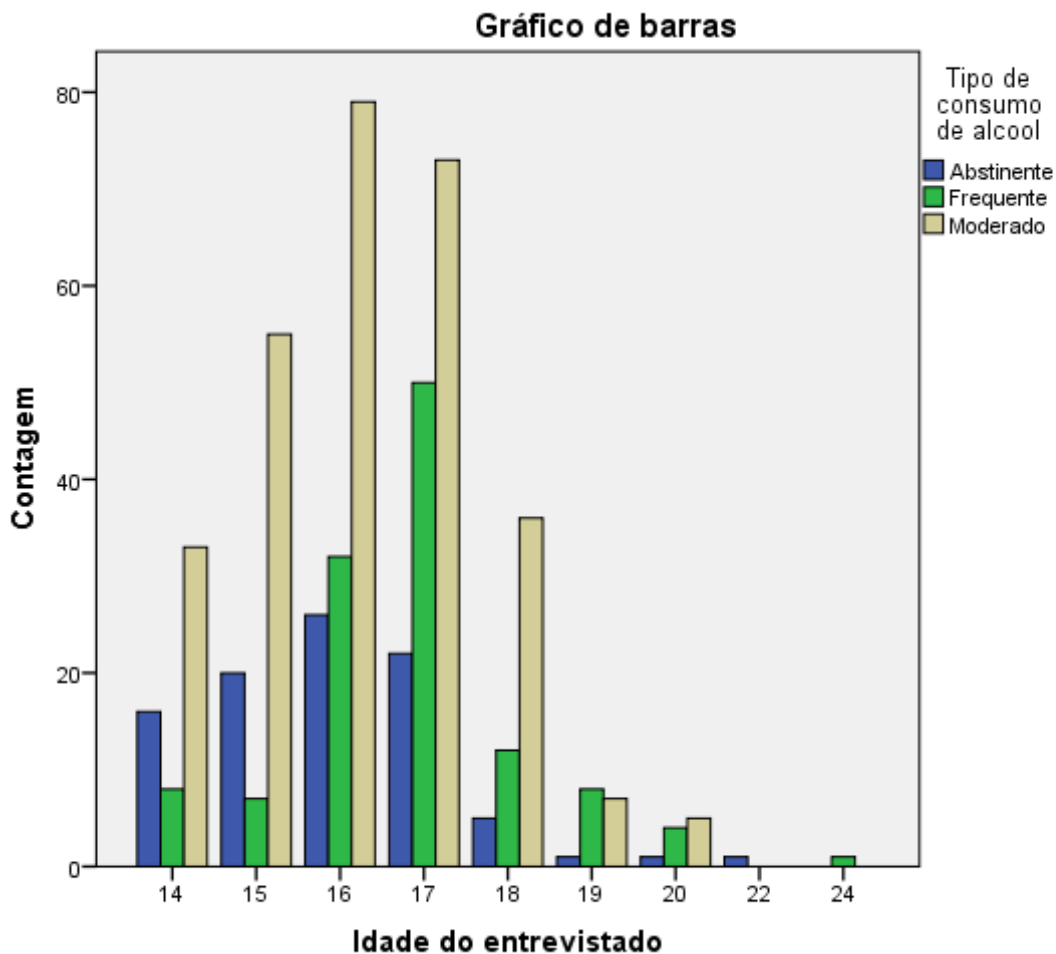


Figura 10. Tipo de consumo de álcool por idade.

Analisando a tabela 10, Durante a análise dos dados, através da correlação de Spearman, podemos afirmar que existe diferença estatística. Ou seja, na prática, confirma-se, para um nível de significância de 0,189 que os rapazes ingerem em média maior quantidade de bebidas alcoólicas que as raparigas.

A bebida em que se ingere maior porção é a cerveja (aproximadamente quatro copos), sucedendo-se as bebidas brancas (uma média de três copos e meio). A bebida mais ingerida pelos rapazes é a cerveja, já nas raparigas as bebidas brancas são as que se consomem em maior quantidade, com uma diferença mínima no consumo da cerveja (não foram observadas diferenças estatisticamente significativas).

Tabela 10. Quantidade álcool ingerido por género.

Género		Copos de cerveja	Copos de vinho	Copos de bebidas brancas	Copos de licores	Copos de espumante	Copos de outras
M	Média	4,35	3,67	3,92	4,67	1,67	2,56
	N	154	6	72	6	3	9
	Desvio Padrão	3,866	1,211	2,012	5,241	1,155	1,130
	Mínimo	1 Copo	3 Copos	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo
	Máximo	20 Copos	6 Copos	10 Copos	15 Copos	3 Copos	5 Copos
F	Média	3,14	2,63	3,19	2,40	1,35	1,00
	N	65	8	128	10	23	2
	Desvio Padrão	1,845	1,598	2,136	,843	,647	,000
	Mínimo	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo
	Máximo	10 Copos	5 Copos	15 Copos	4 Copos	3 Copos	1 Copo
Total	Média	3,99	3,07	3,45	3,25	1,38	2,27
	N	219	14	200	16	26	11
	Desvio Padrão	3,435	1,492	2,117	3,296	,697	1,191
	Mínimo	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo	1 Copo
	Máximo	20 Copos	6 Copos	15 Copos	15 Copos	3 Copos	5 Copos

Segundo os resultados *ESPAD*, as bebidas mais consumidas no último dia em que o inquerido se lembra de ter bebido são as bebidas brancas e a cerveja, constituindo quase 70 % do consumo total. Na maioria dos países a cerveja predomina como a bebida preferida, sendo esta mais referida pelos rapazes; no caso das raparigas as bebidas brancas surgem como preferência [112]. Portugal é, dentro dos países europeus, um dos que mais consome bebidas brancas [112].

De acordo com o SICAD, a cerveja e as bebidas destiladas são as de maior preferência tanto entre os alunos do 3.º ciclo como no secundário. Existe uma ligeira preferência pela cerveja em relação às espirituosas nos alunos do 3.º ciclo, no caso dos alunos do secundário as percentagens são muito semelhantes para ambos os tipos de bebida [115]. Comparou-se estes resultados com os obtidos na tabela 11 e observou-se que os mesmos estão de acordo com os estudos já publicados.

Tabela 11. Bebida mais frequente por ano de escolaridade.

			Tipo de bebida						Total
			Cerveja	Vinho	Bebidas brancas	Espumantes	Licores	Outras	
Ano que frequenta	9º ano	Contagem	224	16	148	36	32	16	472
		Percentagem	47,5%	3,4%	31,4%	7,6%	6,8%	3,4%	
	10º ano	Contagem	220	12	200	32	4	12	480
		Percentagem	45,8%	2,5%	41,7%	6,7%	0,8%	2,5%	
	11º ano	Contagem	224	20	232	36	12	24	548
		Percentagem	40,9%	3,6%	42,3%	6,6%	2,2%	4,4%	
	12º ano	Contagem	224	8	228	12	20	0	460
		Percentagem	48,7%	1,7%	49,6%	2,6%	4,3%	0,0%	
Total		Contagem	223	14	202	29	17	13	490

No que diz respeito às bebidas preferidas por género, podemos concluir que os jovens do sexo masculino do distrito de Bragança têm preferência pela cerveja, já as raparigas optam mais pelas bebidas brancas (tabela 12), resultados que vão de encontro ao *ESPAD*. No caso da bebida preferida por idade, a cerveja surge como a escolha da maioria, excetuando os estudantes de 15 anos que têm ligeira predileção pelas bebidas espirituosas (tabela 13).

Tabela 12. Eleição da bebida preferida em função do género.

			Tipo de bebida					Total	
			Cerveja	Vinho	Bebidas brancas	Espumantes	Licores		Outras
Género	M	Contagem	316	12	146	12	14	22	522
		Percentagem em género	60,5%	2,3%	28,0%	2,3%	2,7%	4,2%	
F		Contagem	130	16	258	46	20	4	474
		Percentagem em género	27,4%	3,4%	54,4%	9,7%	4,2%	0,8%	

Tabela 13. Bebida mais frequente por idade.

			Tipo de bebida					Total	
			Cerveja	Vinho	Bebidas brancas	Espumantes	Licores		Outras
Idade do Entrevistado	14	Contagem	234	18	171	36	27	9	495
		Percentagem em idade	47,3%	3,6%	34,5%	7,3%	5,5%	1,8%	
	15	Contagem	297	9	315	54	27	18	720
		Percentagem em idade	41,3%	1,3%	43,8%	7,5%	3,8%	2,5%	
	16	Contagem	513	54	486	81	36	45	1215
		Percentagem em idade	42,2%	4,4%	40,0%	6,7%	3,0%	3,7%	
	17	Contagem	612	27	567	36	18	45	1269
		Percentagem em idade	48,2%	2,1%	44,7%	2,8%	1,4%	3,5%	
	18	Contagem	225	0	189	45	36	0	459
		Percentagem em idade	49,0%	0,0%	41,2%	9,8%	7,8%	0,0%	
	19	Contagem	63	18	54	0	9	0	144
		Percentagem em idade	43,8%	12,5%	37,5%	0,0%	6,3%	0,0%	
	20	Contagem	45	0	36	9	0	0	90
		Percentagem em idade	50,0%	0,0%	40,0%	10,0%	0,0%	0,0%	
	22	Contagem	9	0	0	0	0	0	9
		Percentagem em idade	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Total		Contagem	222	14	202	29	17	13	489

4.3.1. Cálculo da quantidade de álcool puro consumido

Os resultados do *ESPAD* demonstram que para o cálculo do consumo total de álcool (expresso em centilitros (cl) de álcool puro) em média os estudantes bebem 5.1 cl de álcool puro sendo a diferença entre sexos significativa (5.8 cl para os rapazes e 4.3 cl para as raparigas). Em Portugal os rapazes bebem em média 5.3 cl de álcool puro e as raparigas 4.7 cl perfazendo uma média de 5 cl um pouco abaixo da média europeia [112].

Os resultados do atual projeto, são que em média os jovens do distrito de Bragança ingerem 5.54 cl (acima da média para Portugal), existindo uma diferença significativa entre sexos mas permanecendo um consumo superior da parte dos rapazes (tabela 14).

Estes resultados tiveram como base a bebida preferida/frequente, a quantidade que os estudantes referiram que por norma consumiam e os que afirmaram terem consumos do tipo moderado.

Tabela 14. Quantidade de álcool puro consumido.

Género	Álcool puro
M Média	6,30 Centilitros
F Média	4,77 Centilitros
Total Média	5,54 Centilitros

4.3.2. Idade de iniciação

Na maioria dos países incluídos no relatório da *ESPAD*, quase metade dos estudantes disseram que beberam pelo menos 1 copo de uma bebida alcoólica aos 13 anos ou antes. Os rapazes são mais propensos do que as raparigas a experimentar bebidas alcoólicas com a idade igual ou inferior a 13 anos [112].

Está claro que muitos jovens na maioria dos países incluídos no estudo da *ESPAD* experimentaram álcool numa idade bastante jovem [112].

Em Portugal, é de salientar que cerca de metade dos jovens de 16 anos afirmam que, com 13 anos ou menos, já tinham iniciado o consumo de bebidas alcoólicas [115].

Dos resultados obtidos (tabela 15, figura 11), podemos concluir que a idade em que a maioria dos adolescentes experimentaram álcool pela primeira vez foi aos 14 anos no caso do sexo

feminino e aos 12 anos para o sexo masculino; de referir que a diferença é pequena (somente 1 aluno indicou ter iniciado o seu consumo aos 14 anos). Esta idade de experimentação tem uma amplitude que varia dos 9 até aos 18 anos. Uma grande parte dos inquiridos (45,7%) afirmou que não se lembra de quando experimentou pela primeira vez.

Tabela 15. Idade de iniciação ao álcool.

	Género		Total
	M	F	
Idade em que experimentou			
álcool pela 1ª vez			
9	2	0	2
10	8	1	9
11	9	4	13
12	36	30	66
14	35	40	75
15	28	24	52
16	9	12	21
17	1	0	1
18	2	0	2
Não bebe	29	40	69
Não lembra	132	129	261
Total	291	280	571



Figura 11. Idade de iniciação ao álcool.

4.3.3. Local de consumo

Segundo Feijão F. [130], o local mais frequente para os jovens portugueses consumirem e até se embriagarem são os bares e as discotecas. Em média, 81 % dos jovens dos países incluídos no relatório da *ESPAD* admitem que é bastante fácil comprar bebidas alcoólicas [112].

A compra de bebidas alcoólicas por menores de idade aparenta ser bastante fácil no distrito de Bragança, visto que a maioria dos jovens as consome habitualmente em bares (tabela 16), apesar da lei em Portugal proibir a compra e o consumo a menores de 18 anos [101]; no entanto, a entrada neste tipo de estabelecimentos é permitida a maiores de 16 anos [131]. Estes dados vão ao encontro do que se conhece sobre o local mais habitual para o consumo de álcool [130].

Tabela 16. Local mais frequente para consumo de álcool.

		Respostas	
		N	Percentagem
Local de consumo mais frequente	Casa	53	11,0%
	Bar	350	72,6%
	Discoteca	40	8,3%
	Outros	39	8,1%
Total		482	100,0%

Verifica-se ao diferenciar os dados por género que a tendência de consumo é bastante similar, embora haja uma ligeira tendência do sexo feminino para o consumo em casa superior à discoteca. Contudo, o local de consumo mais frequente mantém-se o bar para ambos os sexos (tabela 17).

Tabela 17. Local mais frequente para consumo de álcool por género.

			Local de consumo				Total
			Casa	Bar	Discoteca	Outros	
Género	M	Percentagem	44	374	48	40	496
			8,9%	75,4%	9,7%	8,1%	
	F	Percentagem	62	326	32	38	456
			13,6%	71,5%	7,0%	8,3%	
Total		Contagem	53	350	40	39	476

4.3.4. Intoxicação

Na maioria dos países europeus incluídos no relatório do *ESPAD*, os estudantes apresentam níveis preocupantes de intoxicação por bebidas alcoólicas. Os rapazes têm mais tendência a beber até a intoxicação do que raparigas, sendo essa diferença em Portugal menor do que a média europeia. Quase 50 % dos estudantes beberam até à intoxicação pelo menos uma vez na vida, 37 % nos últimos 12 meses e 17 % nos 30 dias anteriores ao estudo do *ESPAD*. Em Portugal, 14 % das raparigas e 15 % dos rapazes afirmaram que beberam até à intoxicação nos 30 dias anteriores ao questionário [112].

No presente inquérito, perguntou-se aos alunos se alguma vez tinham bebido até à intoxicação e, caso tenha acontecido, há quanto tempo foi. Do universo da amostra, 16,6 %

dos alunos afirmaram que consumiram álcool em excesso (sentir-se mal, ir até o hospital), indo assim de encontro aos resultados *ESPAD* para Portugal (tabela 17).

Destes estudantes, 9,7 % são do sexo masculino e 6,9 % do sexo feminino, ou seja, observa-se uma maior tendência deste comportamento de risco nos rapazes que nas raparigas (tabela 18).

Tabela 18. Beber até à intoxicação por género.

			Alguma vez bebeu até à intoxicação?		Total
			SIM	NÃO	
Género	M	Contagem	55	234	289
		Percentagem	9,7%	41,3%	51,0%
	F	Contagem	39	239	278
		Percentagem	6,9%	42,2%	49,0%
Total		Contagem	94	473	567
		Percentagem	16,6%	83,4%	100,0%

Analisando os resultados da tabela 19, conclui-se que com 14 anos já uma fração de alunos tinha bebido até à intoxicação; estes dados são deveras preocupantes, devendo ser tidos em conta para futuros estudos e medidas de prevenção junto dos estudantes.

Tabela 19. Beber até à intoxicação por idade.

			Alguma vez bebeu até à intoxicação?		Total
			SIM	NÃO	
Idade do entrevistado	14	Contagem	6	74	80
		Percentagem em Idade do entrevistado	7,5%	92,5%	100,0%
	15	Contagem	11	84	95
		Percentagem em Idade do entrevistado	11,6%	88,4%	100,0%
	16	Contagem	24	131	155
		Percentagem em Idade do entrevistado	15,5%	84,5%	100,0%
	17	Contagem	32	121	153
		Percentagem em Idade do entrevistado	20,9%	79,1%	100,0%
	18	Contagem	12	43	55
		Percentagem em Idade do entrevistado	21,8%	78,2%	100,0%
	19	Contagem	8	9	17
		Percentagem em Idade do entrevistado	47,1%	52,9%	100,0%
	20	Contagem	1	9	10
		Percentagem em Idade do entrevistado	10,0%	90,0%	100,0%
	22	Contagem	0	1	1
		Percentagem em Idade do entrevistado	0,0%	100,0%	100,0%
	24	Contagem	0	1	1
		Percentagem em Idade do entrevistado	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Contagem	94	473	567
		Percentagem em Idade do entrevistado	16,6%	83,4%	100,0%

Inquiriu-se também há quanto tempo tinham bebido até à intoxicação e aproximadamente metade referiu que ocorreu nos últimos 3 meses ao preenchimento do questionário (tabela 20; figura 12).

Tabela 20. Histórico de intoxicações.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Há mais de 2 anos	7	1,2	8,0	8,0
	Último ano	18	3,2	20,5	28,4
	Últimos 3 meses	46	8,1	52,3	80,7
	Últimos 6 meses	17	3,0	19,3	100,0
	Total	88	15,4	100,0	
Ausente	Sistema	483	84,6		
Total		571	100,0		

Figura 12. Histórico de intoxicações.



4.3.5.Aspetos familiares

A influência da família, mais propriamente núcleo familiar habitualmente mais próximo, tem um profundo impacto sobre o funcionamento cognitivo, social e emocional do adolescente [130]. O exemplo e a comunicação são essenciais para que os jovens adotem comportamentos saudáveis, tanto na adolescência como na vida adulta

4.3.5.1.Escolaridade

O distrito de Bragança é uma região altamente marcada pela baixa qualificação e pelo desemprego [132], o que traz dificuldades de inserção no mercado de trabalho e conseqüente desmotivação, levando ao fraco incentivo pelos pais/familiares relativamente ao investimento e à qualificação dos jovens [133].

Associada a esta realidade está a fraca rede de empresas existente no distrito e a pouca capacidade de gerar emprego (especialmente para os mais qualificados) que, em conjunto com uma débil política de formação profissional, contribui para a falta de vontade e de objetivos dos jovens para a qualificação profissional [133].

Com o objetivo de avaliar se a escolaridade dos progenitores afeta os padrões de consumo dos filhos, perguntou-se aos jovens qual o nível de escolaridade dos pais.

O nível de escolaridade da mãe mais comum é o ensino secundário e, no caso do pai, o nível de ensino mais frequentado é o 3.º ciclo (tabela 21), o que está de acordo com a marca que o distrito tem da baixa qualificação: a maioria dos progenitores frequentou o ensino secundário ou abaixo, representando o ensino superior uma parte menor. De referir que, em todos os níveis de escolaridade, o consumo mais referido foi o moderado, pelo que se pode concluir que, apesar de alguns pais terem maior qualificação e serem teoricamente mais informados, tal não se reflete no consumo de álcool dos filhos.

Avaliação do consumo de álcool em estudantes no distrito de Bragança

Tabela 21. Escolaridade dos pais vs. Tipo de consumo de álcool.

		Escolaridade da mãe							Total
		1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Doutoramento	
Tipo de consumo de álcool	Abstínente	11	5	23	28	1	14	1	83
	Frequente	9	16	25	38	0	21	1	110
	Moderado	31	31	57	73	2	56	11	261
Total		51	52	105	139	3	91	13	454

		Escolaridade do pai							Total
		1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Doutoramento	
Tipo de consumo de álcool	Abstínente	19	11	31	11	0	5	0	77
	Frequente	23	19	29	26	1	9	2	109
	Moderado	43	52	59	61	6	27	5	253
Total		85	82	119	98	7	41	7	441

4.3.5.2. Histórico de problemas alcoólicos

Pais com problemas de abuso de álcool e membros da família com este mesmo problema têm definitivamente influência nos comportamentos de risco dos adolescentes, por exemplo num início mais precoce de consumo [134]. Esta influência aparenta ser mais efetiva antes dos 15 anos de idade [135].

Relativamente ao histórico de problemas de álcool na família, só uma percentagem mínima (1,4 %) é que afirmou ter problemas deste tipo (tabela 22).

Tabela 22. Casos de alcoolemia na família.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	SIM	8	1,4	1,4	1,4
	NÃO	563	98,6	98,6	100,0
	Total	571	100,0	100,0	

4.4. Tabaco

O consumo de tabaco tem vindo a aumentar nos últimos anos, apesar do esforço das campanhas de prevenção e mesmo do aumento do preço que tem sofrido. A lei em Portugal sofreu mudanças recentes, em que a sua venda foi proibida a menores de 18 anos para desta forma prevenir o tabagismo em idades mais jovens [136].

Do conjunto dos estudantes dos países pertencentes ao estudo efectuado pela *ESPAD*, 54 % dos inquiridos afirmou ter experimentado fumar pelo menos 1 vez na vida e 28 % fumaram nos últimos 30 dias que antecederam o estudo. As diferenças entre géneros são insignificantes, mas este padrão é ligeiramente superior nos rapazes [112]. A maioria dos que afirmaram ter fumado, consomem 5 cigarros por dia ou menos, enquanto 2 % fumam pelo menos 1 maço (20 cigarros) por dia. De referir, que estes resultados dizem respeito aos últimos 30 dias que antecederam o estudo. Em Portugal, 29 % dos jovens inquiridos (igual percentagem em ambos os sexos) responderam que fumaram nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito [112].

Os resultados relativos a este consumo mostram que, da amostra total, 33 % dos alunos admitem que fumam e 14 % admitem o consumo conjunto de álcool e tabaco (tabela 23). Estes resultados estão ligeiramente acima dos resultados dos estudos de referência. De referir que as raparigas fumam mais que os rapazes, o que não vai de encontro aos resultados do *ESPAD*, indicando que o consumo de tabaco poderá estar a mudar em Portugal, nomeadamente no distrito de Bragança. Em média, os estudantes fumam aproximadamente 7

cigarros por dia, resultados estes que se encontram um pouco acima da média dos restantes países (5 cigarros) (tabela 24).

Tabela 23. Fumadores e não fumadores.

		Consome tabaco com álcool ou só tabaco?		Só tabaco	Tabaco e Álcool
		Só tabaco	Tabaco e Álcool	(Porcentagem da amostra total)	
Género	M	46	18	16%	6%
	F	48	21	17%	8%
Total		94	39	33%	14%

Tabela 24. Média do número de cigarros diário.

	N	Mínimo	Máximo	Média
Número de cigarros que consome diariamente	128	1	30	6,80
N válido (de lista)	128			

A idade em que existe maior prevalência de fumadores é aos 16 anos, tanto para o sexo masculino como o feminino. Como se verifica na tabela 25, os 21.8% correspondem a cerca de 50% da representatividade nas mulheres e cerca de 35% dos homens, na amostra total. Estes resultados demonstram que com tenra idade os jovens já adquirem comportamentos de risco.

Tabela 25. Consumo de tabaco por idades.

			Consome tabaco com álcool ou só tabaco?		Total
			Só tabaco	Tabaco e Álcool	
Idade do entrevistado	14	Contagem	6	5	11
		Percentagem	4,5%	3,8%	8,3%
	15	Contagem	16	3	19
		Percentagem	12,0%	2,3%	14,3%
	16	Contagem	29	11	40
		Percentagem	21,8%	8,3%	30,1%
	17	Contagem	23	9	32
		Percentagem	17,3%	6,8%	24,1%
	18	Contagem	14	6	20
		Percentagem	10,5%	4,5%	15,0%
	19	Contagem	4	3	7
		Percentagem	3,0%	2,3%	5,3%
	20	Contagem	1	2	3
		Percentagem	0,8%	1,5%	2,3%
	24	Contagem	1	0	1
		Percentagem	0,8%	0,0%	0,8%
Total		Contagem	94	39	133
		Percentagem	70,7%	29,3%	100,0%

4.5. Drogas ilícitas

Quando se fala de drogas ilícitas, a maioria dos estudantes europeus associa esses termos a drogas como a marijuana, o haxixe, as anfetaminas, a cocaína, o *crack*, o *ecstasy*, o GHB, o LSD ou outros alucinogénios e a heroína [112].

Na Europa, uma das drogas mais referidas pelos jovens é a canábis, nomeadamente a canábis herbácea (marijuana) e a resina de canábis (haxixe), seguindo-se a cocaína, as anfetaminas e o *ecstasy* como os estimulantes mais citados [112, 120]. Em Portugal, a canábis mais usada é a resina de canábis (haxixe) [120]. No geral, 18 % dos estudantes afirmaram que experimentaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida e a maioria desses consumiram canábis. Em Portugal, 16 % das raparigas e 22 % dos rapazes admitiram o uso destas substâncias.

Dos jovens de países pertencentes ao estudo da *ESPAD*, 17 % afirmaram que usaram canábis e 6 % uma das outras drogas, incluindo *ecstasy* e anfetaminas (3 %), cocaína, *crack*, LSD e heroína, sendo que estas são as menos comuns (1-2 %); existe também um maior consumo de outras drogas ilícitas que não canábis por parte dos rapazes (7 %) do que das raparigas (5 %). Em Portugal, a canábis é usada por 13 % das raparigas e 21 % dos rapazes [112].

No caso do presente estudo, a droga ilícita mais referida pelos alunos do distrito de Bragança é a canábis ou a associação desta com álcool (tabela 26) em que 4,39 % dos jovens já consumiram canábis, uma percentagem em média inferior à dos países europeus (tabela 26 e 27).

Tabela 26. Drogas ilícitas mais consumidas na amostra total.

	Canábis com álcool	Cocaína	Ecstasy	Outros	Canábis
Válido	8	1	1	1	25
Percentagem da amostra	1.40%	0.18%	0.18%	0.18%	4.39%

Relativamente a outras substâncias (tabela 27) as percentagens são pouco significativas e sugerem que o consumo de outras drogas, como a cocaína ou o *ecstasy*, entre outras, tem pouca adesão por parte dos estudantes do distrito de Bragança.

Tabela 27. Drogas ilícitas mais consumidas.

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Tipo de ilícitas que consome	Canábis	25	69,4%	75,8%
	Ecstasy	1	2,8%	3,0%
	Cocaína	1	2,8%	3,0%
	Outros	1	2,8%	3,0%
	Canábis com álcool	8	22,2%	24,2%
Total		36	100,0%	109,1%

Analisando a tabela 28 verifica-se que existe uma diferença considerável do consumo por parte dos rapazes em comparação às raparigas

Tabela 28. Drogas ilícitas mais consumidas por género.

			Ilícitas				Total
			Canábis	Ecstasy	Cocaína	Outros	
Género	M	Contagem	40	2	2	2	46
		Percentagem	71,4%	3,6%	3,6%	3,6%	82,1%
	F	Contagem	10	0	0	0	10
		Percentagem	17,9%	0,0%	0,0%	0,0%	17,9%
Total		Contagem	50	2	2	2	56
		Percentage m	89,3%	3,6%	3,6%	3,6%	100,0%

De acordo com a tabela 29, que diz respeito à periodicidade das drogas ilícitas a maioria referiu que consomem esta droga de forma pouco esporádica (59,1 %).

Tabela 29. Periodicidade de consumo de drogas ilícitas.

			Periodicidade ilícitas				Total
			Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Raramente	
Tipo de ilícita	Canábis	Contagem	4	4	1	13	22
		Percentagem em ilícita	18,2%	18,2%	4,5%	59,1%	
	Ecstasy	Contagem	1	0	0	0	1
		Percentagem em ilícita	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Cocaína	Contagem	1	0	0	0	1
		Percentagem em ilícita	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Outros	Contagem	1	0	0	0	1
		Percentagem em ilícita	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Canábis com álcool	Contagem	1	1	1	5	8
		Percentagem em ilícita	12,5%	12,5%	12,5%	62,5%	
Total		Contagem	5	5	2	18	30

O consumo de drogas provenientes das *smartshops* é insignificante (tabela 30), podendo-se explicar este resultado pela não existência deste tipo de lojas na região.

Tabela 30. Proveniência das *smartshops*.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	SIM	11	1,9	100,0	100,0
Ausente	NÃO	560	98,1		
Total		571	100,0		

4.5. Álcool e interação social

O álcool pode ser um meio para a interação social, para se enquadrar com o grupo de amigos, ou para manter a posição entre eles. Nos adolescentes, os amigos são a maior influência para o consumo de álcool e no momento da decisão de beber eles são determinantes [67].

Em resposta à pergunta “Consome álcool sozinho e/ou acompanhado?”, a maioria dos jovens respondeu acompanhado (tabela 31; figura 13).

Tabela 31. Consumo de álcool sozinho e/ou acompanhado.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Acompanhado	466	81,6	81,6	81,6
	Sozinho	2	,4	,4	82,0
	Sozinho e Acompanhado	26	4,6	4,6	86,5
	N/A	77	13,5	13,5	100,0
Total		571	100,0	100,0	

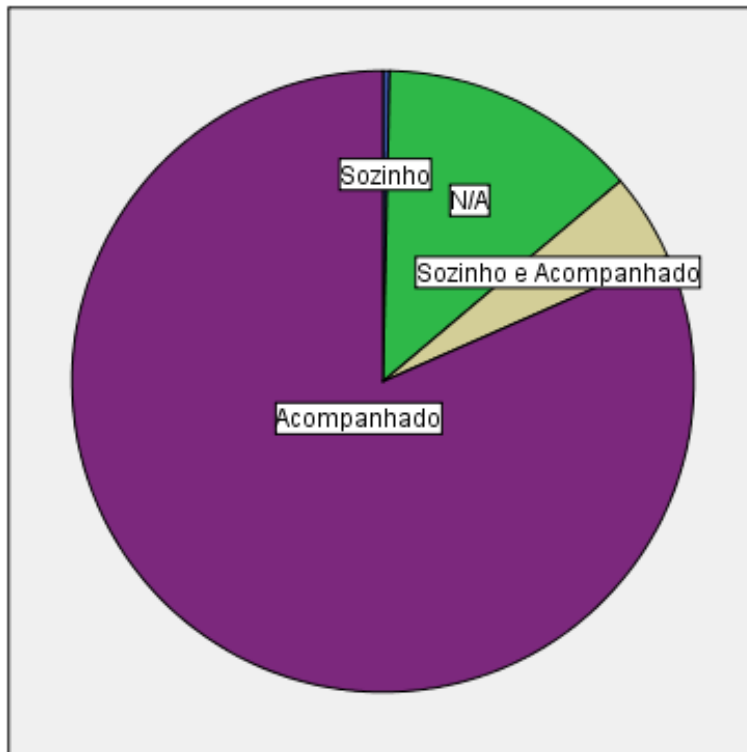


Figura 13. Consumo de álcool sozinho e/ou acompanhado.

No que diz respeito ao género, com base nas frequências, podemos considerar que os valores são similares. Sendo que a maioria, tanto feminino como masculino tem hábito de beber acompanhado, cerca de 82 %.

5. Conclusões e perspectivas

Perante estes resultados, importa refletir sobre alguns números.

O consumo de álcool pelos jovens do distrito é superior à média nacional e europeia (87,9 % vs 87%), prevalecendo o consumo moderado (consumo em raras ocasiões e em baixas doses, um copo numa ocasião especial).

O sexo masculino ingere em média maior quantidade de bebidas alcoólicas (6,30 cl vs 4,70 cl) e começam a experimentar álcool numa idade mais precoce (12 anos), sendo que a bebida de eleição por parte deles é a cerveja (60,5 %). Já no caso das raparigas, a bebida preferida são as bebidas brancas (54,4 %). Grande parte dos alunos (45,7 %) não se lembra de quando bebeu o primeiro copo de álcool.

Relativamente ao consumo de tabaco, 33 % dos alunos admitem que fumam e prevalece um maior consumo por parte das raparigas (17 % vs 16 %), estes resultados apresentam algumas diferenças quando comparados com os já publicados. A média de cigarros fumados (aproximadamente 7 cigarros) por dia é superior à média europeia (uma média de 5 cigarros).

A droga ilícita mais referida pelos jovens foi a canábis (89,3 %) ou a associação desta com álcool; neste caso, existe um maior consumo por parte do sexo masculino (71,4 %) que do sexo feminino. A maioria (59,1 %) referiu que usam esta substância com uma periodicidade relativamente baixa.

O mercado de festas e festivais em Portugal tem vindo a crescer significativamente, sendo o consumo de álcool nestes eventos frequente. Neste sentido, a maioria dos jovens admite que o consumo é realizado em bares (72,6 %) e que por norma o faz acompanhado (81,6 %), o que revela a influência dos pares para o excesso.

Perante estes dados, há que focar a política de prevenção de comportamentos de risco em idades mais jovens e tentando explicar a perigosidade dos excessos cometidos, nomeadamente os efeitos a longo prazo no cérebro e a possibilidade de futura dependência. A ação preventiva tem de ser focada no facto de os adolescentes saírem à noite somente para se embriagar e na sua dificuldade de diversão sem a presença permanente de um estimulante como o álcool ou uma droga ilícita.

Estas medidas não têm de ser só para os jovens mas devem também ser aplicadas junto dos estabelecimentos de compra e venda destas substâncias, onde as autoridades competentes devem apertar mais a fiscalização.

Estas medidas não têm de ser só para os jovens mas devem também ser aplicadas junto dos estabelecimentos de compra e venda destas substâncias, onde as autoridades competentes devem apertar mais a fiscalização. De forma a combater este problema o governo português criou um plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020 para a prevenção e promoção da saúde. Este programa tem, entre outros, objetivos como:

- Reduzir a disponibilidade e acesso a drogas ilícitas/lícitas e substâncias psicoactivas;
- Disponibilizar serviços de qualidade e formação para sustentar as políticas de prevenção [137].

A escola é neste sentido um local central para uma intervenção preventiva, para isso devem ser organizadas sessões de esclarecimento e de sensibilização sobre estas temáticas, acompanhadas de formação ao nível do pessoal docente, pois estes podem ter um papel determinante. A educação para a saúde deve, não só envolver alunos e professores mas também articular nesta a família e a restante comunidade escolar.

Os resultados apresentados neste estudo permitirão perceber as possíveis alterações do consumo em Portugal, nomeadamente em Trás-os-Montes, e poderão contribuir futuramente para uma análise a nível nacional, permitindo assim um conhecimento mais pormenorizado dos diferentes distritos do país.

6. Referências

1. *Decreto-Lei n.º 44 204 de 2 de fevereiro de 1962* https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/decreto_lei_44204-1962.pdf, consultado a 20 de setembro de 2015.
2. *Manual da Farmácia Hospitalar* <http://ofporto.org/upload/documentos/880325-manual-de-Farm.-Hosp.pdf>, consultado a 1 de novembro de 2015.
3. *Decreto-Lei 233/2005 de 29 de dezembro.* [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20n.%C2%BA%20233.2005,%20de%2012-29%20\(Consolidado\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20n.%C2%BA%20233.2005,%20de%2012-29%20(Consolidado).pdf), consultado a 2 de outubro de 2015.
4. *Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho.* <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/17862/36363637.pdf>, consultado a 2 de outubro de 2015.
5. *Norma de procedimento " Processos de Suporte; Apresentação do Serviço" in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
6. *Portaria n.º 981/98 de 8 de junho.* https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/071_Port_981_98.pdf, consultado a 3 de outubro de 2015.
7. *Norma de procedimento "Recepção e Armazenamento de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos, in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
8. *Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro.* https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/068-DL_15_93_VF.pdf, consultado a 10 de novembro de 2015
9. *Despacho do Ministro da Saúde n.º 5/95, de 25 de janeiro.* https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/053-A_Desp%205-95.pdf, consultado a 10 de novembro de 2015.
10. *MMU n.º 57 "Armazenamento de Medicamentos e Preparação de Concentrados de eletrólitos", in Manual da JCI , Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.*
11. *Portaria n.º 53/71 de 3 de fevereiro.* <https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/6F1BF45D-98C3-482A-87B1-2F1451F01460/316764/P5371.pdf>, consultado a 15 de outubro de 2015.
12. *Manual da farmácia hospitalar- Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos.* https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/MANUAL_FARMACIA_HOSPITALAR/manual.pdf, consultado a 15 de outubro de 2015.
13. *Norma de procedimento "Reposição de stocks", in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
14. http://www.apfh.pt/xfiles/scontentdeployer_pt/docs/doc1025.pdf Consultado a 12 de Outubro.
15. *Norma de procedimento " Distribuição Unitária", in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
16. *Circular Normativa N.º 01/CD/2012 de 30 de novembro de 2012 : Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar.* <http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/docs/1/8665616.PDF>, consultado a 16 de outubro de 2015.
17. *Decreto-Lei n.º 206/2000, de 1 de setembro* <http://ofporto.org/upload/documentos/21787-Regula-a-dispensa-de-medicamentos-pela-farm-hospitalar.pdf>, consultado a 16 de outubro de 2015.
18. *Despacho n.º 13382/2012 de 4 de outubro* https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-D_Desp_13382_2012.pdf, consultado a 15 de outubro de 2015.

19. *Norma de procedimento "Dispensa em Ambulatório", in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE. .*
20. *Despacho n.º 10302/2009 de 13 de abril.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-B_Desp_10302_2009.pdf, consultado a 16 de outubro de 2015.
21. *Decreto-Lei n.º 13/2009 de 12 de janeiro*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-A_DL_13_2009_1ALT.pdf, consultado a 16 de outubro de 2015.
22. *Decreto-Lei n.º 75/2013 de 4 de junho.*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_V/033-A1_DL_75_2013.pdf, consultado a 16 de outubro de 2015.
23. *Centro de informação do medicamento (CIM) ROF 107 Abr/Jun 2013, consultado a 17 de Outubro de 2015.*
24. *Despacho n.º 28356/2008 de 13 de outubro.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/053_Des_28356_2008.pdf, consultado a 18 de outubro de 2015.
25. *Despacho Conjunto n.º 1051/2000 de 14 de setembro.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/despacho_1051-2000.pdf, consultado a 18 de outubro de 2015.
26. *Deliberação n.º 292/2005 de 17 de fevereiro.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/deliberacao_292-2005.pdf, consultado a 18 de outubro de 2015.
27. *Portaria n.º 981/98 de 8 de junho.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/071_Port_981_98.pdf, consultado a 18 de outubro de 2015.
28. *Despacho n.º 29793/2008 de 19 de novembro.* <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/18372/4727847278.pdf>, consultado a 19 de outubro de 2015
29. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFARMED/ESTRUTURA_E_ORGANIZACAO/CTE/Comissao_Nacional_de_Farmacia_Terapeutica/MAIS/Princ%EDpios%20Orientadores%20para%20a%20Pol%EDtica%20do%20Medicamento.CNFT%202013.pdf consultado a 18 de Outubro de 2015.
30. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/DOTALHE_NOVIDADE?itemid=6826902 consultado a 19 de Outubro de 2015.
31. *Norma de procedimento "Instruções de Trabalho; Reembalagem e Rotulagem" in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
32. *Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril.*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/067-A-DL_95_2004.pdf, consultado a 20 de novembro de 2015.
33. *Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf, consultado a 19 de outubro de 2015.
34. *MMU n.º 64 "Manuseamento de citostáticos", in Manual da JCI, Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. Manual de Procedimentos de Citostáticos.*
35. *Lei n.º 73/2015 de 27 de Julho, consultado a 18 de Outubro de 2015.*
<https://dre.pt/application/conteudo/69879383>.

36. *Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.*
<https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2014/04/07500/0245002465.pdf>, consultado a 18 de outubro de 2015.
37. *Norma de procedimento "Boas Práticas em Ensaios Clínicos" in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
38. *Norma de procedimento "Processos de Atividade; Informação e Emissão de Pareceres" in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
39. <http://www.ff.ul.pt/ensino/mestrados/cursos/mestrado-em-farmacoterapia-e-farmacoepidemiologia/study-plan/farmacocinetica-clinica/>, consultado a 19 de outubro de 2015.
40. *Portaria n.º 605/99 de 5 de agosto*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/portaria_605-99.pdf, consultado a 18 de outubro de 2015.
41. *MMU n.º 14 "Registo e análise de erros de medicação", in Manual da JCI, Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.*
42. *Norma de procedimento "Missão, Visão e Política de Qualidade" in Manual da Qualidade dos Serviços Farmacêuticos do CHTMAD, EPE.*
43. *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF)*
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf, consultado a 30 de outubro de 2015.
44. Forbes, R.J., *A short history of the art of distillation: from the beginnings up to the death of Cellier Blumenthal.* 1970: Brill.
45. *Deliberação n.º 1502/2014 de 3 de julho.*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/023-C5_Delib_1502_2014_VF.pdf, consultado a 26 de outubro de 2015.
46. *Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/023-A3_Port_1429_2007.pdf, consultado a 1 de novembro de 2015.
47. *Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/022-A_DL_307_2007_6ALT.pdf, consultado a 30 de outubro de 2015.
48. *Decreto-Lei n.º 171/2012 de 1 de agosto*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/022-A2_DL_171_2012.pdf, consultado a 2 de novembro de 2015.
49. *Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_9ALT.pdf, consultado a 30 de outubro de 2015
50. *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF)*
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf, consultado a 1 de novembro de 2015
51. *Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto*
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_9ALT.pdf, consultado a 5 de novembro de 2015.
52. *Lei n.º 11/2012 de 8 de março*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-G_Lei_11_2012.pdf, consultado a 5 de novembro de 2015.
53. *Portaria n.º 224/2015 de 27 de julho* <https://dre.pt/application/conteudo/69879391>, consultado a 5 de novembro de 2015.
54. *Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio*
www.infarmed.pt/...III.../043-A2_Port_137-A_2012_1ALT.doc, consultado a 5 de novembro de 2015.

55. *Decreto-Lei n.º 118/92 de 25 de junho*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/105-D_-DL_118_92_11ALT-REV_MOV.pdf, consultado a 30 de novembro de 2015
56. *Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de maio.*
https://www.adse.pt/document/DL_48_A_2010_13_maio.pdf, consultado a 30 de novembro de 2015.
57. *Decreto-Lei n.º 106-A/2010 de 1 de outubro*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/105-A_DL_106-A_2010_1ALT_MOV.pdf, consultado a 8 de novembro de 2015.
58. *Decreto Regulamentar n.º 61/94 de 12 de outubro*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/070-DR_61_94_2ALT.pdf, consultado a 10 de novembro de 2015.
59. *Decreto Regulamentar n.º 28/2009 de 12 de outubro*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/070-A_Dec_Reg_28_2009.pdf, consultado a 10 de novembro de 2015.
60. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO_QUANTO_A_DISPENSA consultado a 11 de Novembro de 2015.
61. *Despacho n.º 17690/2007 de 23 de julho.*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/011-D1_Desp_17690_2007.pdf, consultado a 4 de novembro de 2015.
62. *Norma DGS 026/2011.* <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0262011-de-290>, consultado a 15 de novembro de 2015
63. *Direcção-Geral da Saúde Circular ;Normativa Assunto: Atualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus;*
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005604.pdf>, consultado a 15 de novembro de 2015.
64. *Normas DGS 019/2011* <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0192011-de-280...>, consultado a 15 de novembro de 2015.
65. *Despacho do Ministério da Saúde n.º 18/91 de 12 de agosto*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/despacho_18-91.pdf, consultado a 28 de novembro de 2015.
66. *Portaria n.º 769/2004 de 1 de julho*
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_V/portaria_769-2004.pdf, consultado a 28 de novembro de 2015.
67. Ting, T.T., et al., *Peer influences on alcohol expectancies in early adolescence: a study of concurrent and prospective predictors in Taiwan.* *Addict Behav*, 2015. **40**: p. 7-15.
68. Hanson, D.J., *Historical evolution of alcohol consumption in society.* *Alcohol: Science, Policy and Public Health*, 2013: p. 1.
69. <http://www.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/a-short-history.html>, consultado a 15 de janeiro de 2016.
70. <http://makezine.com/laboratory-62-distillation-purify-e/>, consultado a 20 de fevereiro de 2016.
71. <http://bioquimicadoalcohol.blogspot.pt/2012/06/curiosidade-triade-destilada.html>, consultado a 20 de fevereiro de 2016.
72. <http://pt.slideshare.net/leonormartins/42prodalimfermentao2013> Consultado a 20 de Fevereiro de 2016.
73. <https://bioafgj.wordpress.com/4o-relatorio/>, consultado a 20 de fevereiro de 2016.
74. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/ethanol#section>, consultado a 18 de janeiro de 2016.

75. Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2385&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=, consultado a 20 de janeiro de 2016
76. REGULAMENTO (CE) N.º 110/2008 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 15 de janeiro de 2008, relativo à definição, designação, apresentação, rotulagem e protecção das indicações geográficas das bebidas espirituosas e que revoga o Regulamento (CEE) n.º 1576/89 do Conselho agrícola. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/pt/ALL/?uri=CELEX%3A32008R0110>, consultado a 20 de janeiro de 2016.
77. Kent, W., *The pharmacokinetics of alcohol in healthy adults*. 2012.
78. Bersani, F.S., et al., *The "Eyeballing" technique: an emerging and alerting trend of alcohol misuse*. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2015. **19**(12): p. 2311-7.
79. Stogner, J.M., et al., *Innovative alcohol use: assessing the prevalence of alcohol without liquid and other non-oral routes of alcohol administration*. *Drug Alcohol Depend*, 2014. **142**: p. 74-8.
80. <http://www.amazon.com/The-Double-Header-Beer-Bong/dp/B0039PKLOW>, consultado a 20 de março de 2016.
81. Ely, M., et al., *Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water*. *Alcohol Alcohol*, 1999. **34**(6): p. 894-902.
82. Ramchandani, V.A., W.F. Bosron, and T.K. Li, *Research advances in ethanol metabolism*. *Pathol Biol (Paris)*, 2001. **49**(9): p. 676-82.
83. Li, T.K., et al., *Genetic and environmental influences on alcohol metabolism in humans*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2001. **25**(1): p. 136-44.
84. Gentry, R.T., *Effect of food on the pharmacokinetics of alcohol absorption*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2000. **24**(4): p. 403-4.
85. Lands, W.E., *A review of alcohol clearance in humans*. *Alcohol*, 1998. **15**(2): p. 147-160.
86. <http://www.hamsnetwork.org/metabolism/>, consultado a 14 de janeiro de 2016.
87. Waszkiewicz, N., et al., *Glycoconjugates in the detection of alcohol abuse*. *Biochem Soc Trans*, 2011. **39**(1): p. 365-9.
88. Oppolzer, D., M. Barroso, and E. Gallardo, *Bioanalytical procedures and developments in the determination of alcohol biomarkers in biological specimens*. *Bioanalysis*, 2016(0).
89. Alatalo, P., et al., *Biomarkers of liver status in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers*. *Alcohol Alcohol*, 2009. **44**(2): p. 199-203.
90. Litten, R.Z., A.M. Bradley, and H.B. Moss, *Alcohol biomarkers in applied settings: recent advances and future research opportunities*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2010. **34**(6): p. 955-67.
91. Helander, A. and O. Beck, *Ethyl sulfate: a metabolite of ethanol in humans and a potential biomarker of acute alcohol intake*. *J Anal Toxicol*, 2005. **29**(5): p. 270-4.
92. Auwarter, V., et al., *Fatty acid ethyl esters in hair as markers of alcohol consumption. Segmental hair analysis of alcoholics, social drinkers, and teetotalers*. *Clin Chem*, 2001. **47**(12): p. 2114-23.
93. Wells, S. and S. Macdonald, *The relationship between alcohol consumption patterns and car, work, sports and home accidents for different age groups*. *Accid Anal Prev*, 1999. **31**(6): p. 663-5.
94. http://www.imtt.pt/sites/IMTT/Portugues/EnsinoConducao/ManuaisEnsinoConducao/Documents/Fichas/FT_Alcool_Medicamentos_SubPsicotropicas.pdf, consultado a 18 de fevereiro de 2016.
95. Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1991&tabela=leis, consultado a 18 de fevereiro de 2016.
96. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/, consultado a 20 de fevereiro de 2016.
97. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page5/adolescence-psychological-and-social-changes.html>, consultado a 20 de fevereiro de 2016.

98. Buchmann, A.F., et al., *Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults*. J Psychiatr Res, 2009. **43**(15): p. 1205-12.
99. Newman, K., et al., *Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review*. Rev Lat Am Enfermagem, 2008. **16**(1): p. 142-50.
100. Duncan, S.C., et al., *Adolescent alcohol use development and young adult outcomes*. Drug Alcohol Depend, 1997. **49**(1): p. 39-48.
101. Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2385&tabela=leis&nver=sao=, consultado a 23 de janeiro de 2016.
102. Latendresse, S.J., et al., *Parental socialization and adolescents' alcohol use behaviors: Predictive disparities in parents' versus adolescents' perceptions of the parenting environment*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2009. **38**(2): p. 232-244.
103. Kuntsche, E., et al., *Why do young people drink? A review of drinking motives*. Clin Psychol Rev, 2005. **25**(7): p. 841-61.
104. Donovan, J.E., *Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors*. J Adolesc Health, 2004. **35**(6): p. 529 e7-18.
105. Maimon, D. and C.R. Browning, *Underage drinking, alcohol sales and collective efficacy: Informal control and opportunity in the study of alcohol use*. Soc Sci Res, 2012. **41**(4): p. 977-90.
106. Luciana, M. and S.W. Feldstein Ewing, *Introduction to the special issue: Substance use and the adolescent brain: Developmental impacts, interventions, and longitudinal outcomes*. Dev Cogn Neurosci, 2015. **16**: p. 1-4.
107. Nguyen-Louie, T.T., et al., *Effects of Emerging Alcohol and Marijuana Use Behaviors on Adolescents' Neuropsychological Functioning Over Four Years*. J Stud Alcohol Drugs, 2015. **76**(5): p. 738-48.
108. Weiland, B.J., et al., *Daily marijuana use is not associated with brain morphometric measures in adolescents or adults*. J Neurosci, 2015. **35**(4): p. 1505-12.
109. Duncan, S.C., T.E. Duncan, and L.A. Strycker, *Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model*. Drug Alcohol Depend, 2006. **81**(1): p. 71-81.
110. Kosterman, R., et al., *The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence*. Am J Public Health, 2000. **90**(3): p. 360-6.
111. Agabio, R., et al., *A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2015. **11**(Suppl 1 M6): p. 102-12.
112. Hibell, B., et al., *The 2011 ESPAD Report. Substance Use among Students in, 2012*. **36**: p. 123-34.
113. Livingston, M. and R. Room, *Variations by age and sex in alcohol-related problematic behaviour per drinking volume and heavier drinking occasion*. Drug and Alcohol Dependence, 2009. **101**(3): p. 169-175.
114. Kuntsche, E., J. Rehm, and G. Gmel, *Characteristics of binge drinkers in Europe*. Soc Sci Med, 2004. **59**(1): p. 113-27.
115. SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (SICAD): *Relatório Anual 2014 A Situação do País em Matéria de Álcool* http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/2016/Relat%C3%B3rio%20Anual%20-%20A%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pa%C3%ADs%20em%20Mat%C3%A9ria%20de%20%C3%81lcool_2014.pdf, consultado a 10 de fevereiro de 2016.
116. Zeiger, J.S., et al., *Subjective effects for alcohol, tobacco, and marijuana association with cross-drug outcomes*. Drug Alcohol Depend, 2012. **123** Suppl 1: p. S52-8.
117. Metrik, J., et al., *Marijuana use and tobacco smoking cessation among heavy alcohol drinkers*. Drug and alcohol dependence, 2011. **119**(3): p. 194-200.
118. Yeomans-Maldonado, G. and M.E. Patrick, *The Effect of Perceived Risk on the Combined Used of Alcohol and Marijuana: Results from Daily Surveys*. Addict Behav Rep, 2015. **2**: p. 33-36.
119. Pedersen, E.R., et al., *A longitudinal examination of alcohol, marijuana, and cigarette perceived norms among middle school adolescents*. Drug Alcohol Depend, 2013. **133**(2): p. 647-53.

120. *Relatório Europeu sobre Drogas.*
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_PT_TDAT13001PTN1.pdf, consultado a 13 de fevereiro de 2016.
121. <http://www.pordata.pt/Municipios/Alunos+matriculados+nos+ensinos+pr%C3%A9+escolar++b%C3%A9sico+e+secund%C3%A1rio+total+e+por+n%C3%ADvel+de+ensino-166>, consultado a 20 de dezembro de 2015.
122. *Taxa de retenção e desistência, segundo o ciclo de estudo, por NUTS I e II (2000/01 ; 2013/14),* http://w3.dgeec.mec.pt/dse/eef/indicadores/Indicador_3_6.asp, consultado a 10 de março de 2016.
123. *Taxa de retenção e desistência, segundo a orientação curricular e o ano de escolaridade, por NUTS I e II (2013/14),* http://w3.dgeec.mec.pt/dse/eef/indicadores/Indicador_4_9.asp, consultado a 5 de março de 2016.
124. http://www.freguesiasdeportugal.com/distritos_portugal/distritodebraganca.htm consultado a 30 de Janeiro de 2016.
125. <http://www.cepese.pt/portal/pt/investigacao/working-papers/relacoes-externas-de-portugal/o-distrito-de-braganca-1835-2011/distrito-de-braganassa-pdf>, consultado a 30 de janeiro de 2016.
126. <http://populacaodistritodebraganca.jimdo.com/>, consultado a 30 de janeiro de 2016
127. <http://infoescolas.mec.pt/Secundario/#.VseGYfmLTIV>, consultado a 10 de fevereiro de 2016.
128. http://www.mapas-portugal.com/Mapa_Distritos_Portugal.htm Consultado a 10 de Janeiro de 2016.
129. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/InfoSa%C3%BAde/Farm%C3%A9cias%20E2%80%93%20Mapas%20de%20Turnos>, consultado a 10 de janeiro de 2016.
130. Feijão, F., *Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas.* Rev Toxicodependências, 2010. 16: p. 29-46.
131. *Decreto Lei n.º 23/2014 de 14 de fevereiro.*
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2058&tabela=leis, consultado a 18 de março de 2016.
132. [http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+desemprego+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-405](http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+desemprego+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo+(percentagem)-405), consultado a 11 de fevereiro de 2016.
133. *REDE SOCIAL DO CONCELHO DE BRAGANÇA 195.245.197.216/CLAS/Todos/.../1.../7_Parte%20VII_Conclusões.pdf*, consultado a 10 de Fevereiro de 2016.
134. Braitman, A.L., et al., *Alcohol and drug use among college student adult children of alcoholics.* Journal of Alcohol and Drug Education, 2009. 53(1): p. 69.
135. Dawson, D.A., *The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence?* J Stud Alcohol, 2000. 61(5): p. 637-46.
136. *Lei n.º 109/2015 de 26 de agosto.*
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2490&pagina=1&ficha=1, consultado a 18 de março de 2016.
137. *PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS 2013-2020,*
http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/pnrcad_seams_2013_2020.pdf, consultado em 5 de abril de 2016

Anexos

1-Registo de dispensa de hemoderivados

Número de série 1774422 VIA FARMÁCIA

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos)

 HOSPITAL _____
SERVIÇO _____

Médico _____ <i>(Nome legível)</i> N.º Mec. ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente <i>(nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i>	QUADRO A
---	---	-----------------

Apor etiquetas autocolantes, cilindrato ou outro. Enviar tanto autocolantes, com identificação do doente, quanto as unidades requisitadas.

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA <i>(a preencher pelo médico)</i>		QUADRO B
Hemoderivado _____ <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
Hemoderivados	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED	

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

(1) Excepcionalmente, e plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hematologia.

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante *(Assinatura)* _____ N.º Mec. _____

I. Instruções relativas à documentação:		QUADRO D
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. Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo de via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.		
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 1804 (Outubro de 2004, S. A.) **INCM**

2-Requisição de Benzodiazepinas, estupefacientes e psicotrópicos(Anexo X)

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA I-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RETIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º _____ Anexo X

Serviços Farmacêuticos do _____

SERVIÇO SALA Código _____

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
<i>Total</i>					<i>Total</i>	

Assinatura legível do diretor do serviço ou legal substituto Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Assinatura legível do diretor dos serviços farmacêuticos ou legal substituto Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Entregue por (ass. legível) Data ____/____/____ N.º Mec. _____ Recebido por (ass. legível) Data ____/____/____ N.º Mec. _____
--	--	--

Modelo n.º 1509 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

3-Pedido de autorização de medicamento

	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÉUTICOS	
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 Atenda 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 Manuscrito:		

5-Ficha de preparação de medicamentos manipulados

 CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÉUTICOS		 SERVIÇO DE SERVIÇOS FARMACÉUTICOS			
FICHA DE PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS					
Medicamento:		Teor em substância activa:			
Forma farmacêutica:		Quantidade a preparar:			
Manipulado nº:		Posologia:			
Serviço:		Data de preparação:			
Matérias primas	Lote	Validade	Origem/ Laboratório	Quantidade calculada	Quantidade pesada/ medida
Preparação					Rubrica do operador
Aparelhagem usada:			Tipo de embalagem:		
			Capacidade do recipiente:		
			Origem:		
Condições de conservação:			Prazo de utilização:		



Rotulagem (Anexar a esta ficha uma cópia, datada e rubricada, do rótulo da embalagem dispensada)



Referência bibliográfica:

	GARANTIA DE QUALIDADE	Farmacêutico(s)
PARAFARMACÊUTICOS	Confirmação da ident. Dos comp. Nec. p/prep.	
	Confirmação do lote e p. val fabricante	
	Confirmação do nº Comp. Nec. p/vol. Prep.	
	Confirmação da pulverização em almofara	
	Confirmação dos volumes de componentes	
	Confirmação do volume final	
Confirmação da embalagem final		

	GARANTIA DE QUALIDADE	Farmacêutico(s)
PARAFARMACÊUTICOS	Confirmação do rótulo:	
	Ident. Preparação/concentração	
	Quantidade nominal	
	Data de preparação/lote	
	Nome do doente	
	Agitar antes de usar	
Conservar no frigorífico		
P. Validade		

7- Impresso de pedido de informação

	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÉUTICOS Pedido de informação																																								
<input type="checkbox"/> Solicitada <input type="checkbox"/> Proactiva	Palavra-Chave: _____	Informação nº _____																																							
Data: ____ / ____ / ____	Hora: ____ h ____ min	Prazo resposta: _____																																							
Consultante: _____		Serviço: _____																																							
Farmacêutico(s) <input type="checkbox"/> Médico(s) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(s) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Tipo de Contacto: Telefónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/>	Contacto: _____																																							
Pergunta: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																																									
Caso se refira a um doente																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nome</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Sexo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>D.N.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Patologia</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Terapêutica</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Observações</td><td>_____</td></tr> </table>			Nome	_____	Sexo	_____	D.N.	_____	Patologia	_____	Terapêutica	_____	Observações	_____																											
Nome	_____																																								
Sexo	_____																																								
D.N.	_____																																								
Patologia	_____																																								
Terapêutica	_____																																								
Observações	_____																																								
Área de Consulta:																																									
<table border="0"> <tr><td>Administração</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alternativas Terapêuticas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Compatibilidades</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Contra-indicações</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Documentação</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Efeitos Adversos</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Estabilidade</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Existência nos SF</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Farmacocinética</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Farmácia Clínica</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Administração	<input type="checkbox"/>	Alternativas Terapêuticas	<input type="checkbox"/>	Compatibilidades	<input type="checkbox"/>	Contra-indicações	<input type="checkbox"/>	Documentação	<input type="checkbox"/>	Efeitos Adversos	<input type="checkbox"/>	Estabilidade	<input type="checkbox"/>	Existência nos SF	<input type="checkbox"/>	Farmacocinética	<input type="checkbox"/>	Farmácia Clínica	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td>Formulação</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nutrição Parentérica</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Indicações</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Interações</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pesquisa bibliográfica</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Farmacologia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Precauções</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Preços</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Toxicologia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Outros:</td><td>_____</td></tr> </table>	Formulação	<input type="checkbox"/>	Nutrição Parentérica	<input type="checkbox"/>	Indicações	<input type="checkbox"/>	Interações	<input type="checkbox"/>	Pesquisa bibliográfica	<input type="checkbox"/>	Farmacologia	<input type="checkbox"/>	Precauções	<input type="checkbox"/>	Preços	<input type="checkbox"/>	Toxicologia	<input type="checkbox"/>	Outros:	_____
Administração	<input type="checkbox"/>																																								
Alternativas Terapêuticas	<input type="checkbox"/>																																								
Compatibilidades	<input type="checkbox"/>																																								
Contra-indicações	<input type="checkbox"/>																																								
Documentação	<input type="checkbox"/>																																								
Efeitos Adversos	<input type="checkbox"/>																																								
Estabilidade	<input type="checkbox"/>																																								
Existência nos SF	<input type="checkbox"/>																																								
Farmacocinética	<input type="checkbox"/>																																								
Farmácia Clínica	<input type="checkbox"/>																																								
Formulação	<input type="checkbox"/>																																								
Nutrição Parentérica	<input type="checkbox"/>																																								
Indicações	<input type="checkbox"/>																																								
Interações	<input type="checkbox"/>																																								
Pesquisa bibliográfica	<input type="checkbox"/>																																								
Farmacologia	<input type="checkbox"/>																																								
Precauções	<input type="checkbox"/>																																								
Preços	<input type="checkbox"/>																																								
Toxicologia	<input type="checkbox"/>																																								
Outros:	_____																																								
Fontes de Informação: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																																									
<small> Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE RG.01.PR.10.03 CHTMAD Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE </small>																																									

	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE SERVIÇOS FARMACÉUTICOS Pedido de informação	
---	--	--

Resposta/informação:

Documentação enviada:

OBS:

Data: / /2

Hora: h min

Farmacêutico(a)/nºMecanográfico:

8- Impresso de registo de erros de medicação



REGISTO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

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

Vinhete Identificativo do Doente

Data notificação: / /

Quem notifica: Enfermeiro
 Farmacêutico
 Médico
 Outro

Data da ocorrência: / /

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-farmaciário |
| b) <input type="checkbox"/> Duplicação | f) <input type="checkbox"/> Doente errado | j) <input type="checkbox"/> Nome/abreviatura/abreviatura incorreta |
| c) <input type="checkbox"/> Regim incorreto | g) <input type="checkbox"/> Falta de data | k) <input type="checkbox"/> Erro de dose/frequência de administração |
| d) <input type="checkbox"/> Medicamento incorreto | 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 na receita | |

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 respondida adequadamente |
| c) <input type="checkbox"/> Rotulagem incorreta/errada | f) <input type="checkbox"/> Horário errado | i) <input type="checkbox"/> Outra |

4 - Conservação/preparação/administração:

- | | | |
|---|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Dose errada | e) <input type="checkbox"/> Dose errada | i) <input type="checkbox"/> Ato de medicação |
| b) <input type="checkbox"/> Incompatibilidade de fármacos | f) <input type="checkbox"/> Horário errado | j) <input type="checkbox"/> Anestezamento incorreto (Figulífon, Lu2) |
| c) <input type="checkbox"/> Medicamento adulterado | g) <input type="checkbox"/> Medicamento errado | k) <input type="checkbox"/> Omisso |
| d) <input type="checkbox"/> Preparação incorreta | 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

9-Modelo de receita eletrónica

Recetta Médica N°		Guia de tratamento para o utente	
(representação em código de barras e caracteres)		(representação em código de barras e caracteres)	
		Recetta Médica N°: (representação em código de barras e caracteres)	
Utente: (N° do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C.: Entidade Responsável: N° de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)		Local de Prescrição: Prescritor: Telefone: Utente: Código Acesso: Código Direito opção: (representação em código de barras e caracteres)	
(N° da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou número de prescrição) (Nome profissional) Especialidade: Telefone: (Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)		DCI/nome, design, forma farmacéutica, embalagem, posologia N° Extensão Identificação Ótica N°	
1 2 3 4		1 2 3 4	
Validade: 30 dias Data: aa-aa-mm-dd		Escopo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica: 1 (*) 2 (*) 3 (*) 4 (*)	
Pretende exercer o direito de opção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (obrigatório para o utente)		Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos: • Consulte a "Painel de Medicamentos", no site do INFARME (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha de Medicamentos 800 211 444 (Das 9h às 18h-13h e 14h-17h); • Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data: aa-aa-mm-dd		Data: aa-aa-mm-dd	
		Processado por computador - software versão- empresa	

10-Modelo de receita manual

Receita Médica Nº



GOVERNHO DA
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE



9999999999999999999

Utente N.º de Utente Telefone: Entidade Responsável N.º de Beneficiário	R.C.: R.º D.C.I./ Nome, dosagem, forma farmacológica, embalagem N.º Extensão	
Vinheta do Prescritor	Especialidade: Telefone	Vinheta do Local de Prescrição
1 Prescrição		
2 Prescrição		
3 Prescrição		
4 Prescrição		
Validade: 30 dias Data: ____/____/____ <small>(aaaa/mm/dd)</small>		Assinatura do Prescritor Pretendo exercer direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>(assinatura do Utente)</small>

Reg. nº 103 (Série a PDI, CA)

11- Prescrição médica

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Receita Médica Nº
* 1 0 2 1 0 0 0 0 2 5 7 5 5 7 4 0 1 3 3 *

2.ª VIA

Utente: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Entidade Responsável: SNS

N.º de Beneficiário: [REDACTED]

R.C. O M.D.B.

* 3 7 1 8 2 5 8 2 2 *

* 8 5 5 9 4 7 *

Especialidade: [REDACTED]

Medicina Geral e Familiar

Telefone: [REDACTED]

* 5 2 1 0 7 2 *

R: DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia

M.º Extensão

Identificação Orç.

1 One Touch Ultra

Posologia: 1 Uma

* 8 1 9 1 3 9 5 *

4

12-Parte de trás da prescrição após dispensa

FARMACIA NOVA DE VALPAÇOS - VALPAÇOS
Dir. Téc.: Drª Maria Angélica Baptista Marques
Reg. C.R.C. 508797128

CAPITAL SOCIAL: 35.000 Euros
Nº de Contribuinte: 508797128
DOCUMENTO PARA FACTURACAO
93x - R/L/S:26/8/13
Rec.: 1021000025755740123
Ben.:

R04xRZx09dTH - VENDA - 198164 (6) 06/04/16

Prod	POP	PRef	Qt	Comp	Utente
1) +6191395*					
	18,29	0,00	1	15,55	2,74
T:	18,29		1	15,55	2,74

Declaro que: Me foi dispensada 1 embalagem de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.

Ass. do Utente _____

FARMÁCIA NOVA DE VALPAÇOS
- FARMACIA NOVA DE VALPAÇOS, LDA. -
Dir. Técnica: Maria Angélica Baptista Marques
NIF 508 797 128
Rua Cidade de Bettendorff - Lote B9 - Loja 1 - r/c
5430 - 426 Valpaços - TM: 278 71 73 73

13- Prescrição de psicotrónicos

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Recetta Médica Nº
1021000022653274033

3.ª VIA

RE

Utente: [REDACTED]
Telefone: [REDACTED]
Entidade Responsável: SNS
Beneficiário: [REDACTED]

R.C.: R O *184472620*

Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR
Telefone: [REDACTED]

R 2 4 8 1 4

U 1 7 1 2 0 0

R	DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N.º Extensão	Identificação Ótica
1	Tapentadol [Palexia retard], 50 mg, Comprimido de libertação prolongada, Blister - 30 unidade(s) Posologia: .	1 Uma	*5334438*
2			
4			

14-Documento de dispensa de psicotrónicos

FARMACIA NOVA DE VALPAÇOS
RUA CIDADE DE BETTENBOURG, LT 89 LJ 1 R
5430-426 VALPAÇOS
508797128
NIF:508797128
Drª Maria Angelica Baptista Marques
Tel.:278717373

DOCUMENTO DE PSICOTROPICOS

31-03-2016 Reg. Saída N. 485 [REDACTED] me

N. Doc.: 1021000022653274033
de 31-03-2016

Produto	QT
Palaxia Retard, 50 mg x 30 comp 11 1	

Medico: [REDACTED]
Doente: [REDACTED]
Morada: [REDACTED]
Adquirente: [REDACTED]
Morada: [REDACTED]
BI: [REDACTED]
Idade: [REDACTED]

15-Questionário



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Nº identificação amostra: _____

Data de recolha: _____

Inquérito para recolha de dados

Este questionário, de carácter **anónimo** e **confidencial**, realizado pelo Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, visa recolher informações sobre "Avaliação do consumo agudo e crónico de álcool na população estudantil portuguesa – Determinação de marcadores em amostras de cabelo" (projeto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian).

Dados

Idade: _____ Sexo: F M Cidade: _____
Ano que frequenta: 9º 10º 11º 12º

Consumo de álcool

Quando experimentou pela primeira vez?

Nunca experimentei Não lembro Tinha _____ anos

Considera o seu consumo?

- Abstinente** (Total abstinência. Não beber pelo menos há 3 meses)
- Moderado** (Consumo em raras ocasiões e em baixas doses, um copo numa ocasião especial)
- Frequente** (Consumo de álcool uma ou duas vezes por semana (cada vez que saio à noite))
- Excessivo** (Consumo de álcool diário e em elevadas doses (perto do coma alcoólico))

Costuma beber só ou em grupo? Só Em grupo

Tipo de bebida que ingere:

(bebida mais frequente ou preferida- uma opção):

- Cerveja Vinho Bebidas brancas
 Espumantes Licores Outras _____

Quantidade aproximada (litros ou copos): _____

Indique qual a bebida : _____

Locais de consumo (mais habitual, escolher só uma opção):

- Bares Discotecas Casa Outros

Alguma vez consumiu álcool em excesso?

(sentir-se mal, ir até o hospital):

Não Sim, Quando foi a última vez? _____

Consumo de outras substâncias

Lícitas: (Tabaco) Não Sim, Nº de cigarros/dia _____

Ilícitas: Cannabis Ecstasy Cocaína Outras _____

Já experimentou alguma das drogas vendidas nas *smartshops* ou na internet ?

Não Sim, Quais? _____

Consome estas drogas, quantas vezes:

- Diariamente Semanalmente
 Mensalmente Raramente

Consome estes compostos com álcool?

Não Sim

Informações adicionais

Escolaridade pai _____

Profissão pai _____

Idade pai _____

Escolaridade mãe _____

Profissão mãe _____

Idade mãe _____

Algum destes familiares tem problemas alcoólicos:

Não Sim

Nº agregado familiar _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

_____, _____ de _____ de 201_

16-Pedido de autorização

Exmo. senhor

Diretor do agrupamento de escolas

Eu, Joana Margarida Pereira Mendonça, aluna da Universidade da Beira Interior no mestrado integrado em ciências farmacêuticas, solicito a vossa excelência autorização para aplicação de um inquérito realizado pelo Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior intitulado “Avaliação do consumo agudo e crónico de álcool na população estudantil portuguesa” (projeto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian) em turmas de 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos no âmbito da minha dissertação de mestrado.

Junto envio em anexo a declaração de consentimento informado/ informação ao participante bem como o respetivo inquérito.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Mendonça

17-Declaração de consentimento informado/ Informação ao participante



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

(CONFORME "DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA", DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964)¹

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título projeto de investigação

Avaliação do consumo agudo e crónico de álcool na população estudantil portuguesa.

Objetivo do estudo

O consumo de bebidas alcoólicas aumentou nos últimos anos em Portugal, um dos países onde consumo é mais elevado. No entanto, os padrões de consumo têm vindo a alterar-se, sendo que estas variações não são menos preocupantes, já que se configuram em dois grupos populacionais de particular vulnerabilidade e de tradicional baixo consumo – os jovens e os indivíduos do sexo feminino. Desta forma o presente trabalho tem como intuito a avaliação do consumo agudo e crónico de álcool na população estudantil portuguesa de forma a contribuir para o conhecimento europeu sobre o consumo desta droga licita entre os jovens. Este trabalho vai ser desenvolvido pelo Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Procedimentos

No caso de concordar em participar neste projeto, será necessário o preenchimento de um questionário (que demora aproximadamente 1 minuto a realizar).

Identificação das amostras e Confidencialidade

Após a recolha dos questionários estes serão identificados através de um código, pelo que nunca haverá associação à identidade do dador; a sua privacidade está então garantida. Durante o desenvolvimento do projeto, a equipa de investigação poderá ter necessidade de verificar a informação do questionário, ou seja, os dados relativos ao seu questionário serão fornecidos ao investigador, mas sem qualquer identificação relativa a dados pessoais, ou qualquer informação que permita saber a quem pertencem, pelo que o anonimato será mantido. Os dados serão tratados confidencialmente, de acordo com a Lei, com os regulamentos e de acordo com as normas éticas aprovadas pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde. Os dados resultantes dos estudos realizados serão alvo de publicação de uma forma anónima e agregada, em termos de percentagens ou de dados numéricos, nunca individualmente.

Possíveis benefícios para os participantes

Esta é uma participação altruísta, não havendo por isso qualquer compensação para o participante. Por outro lado, não se prevê que este estudo envolva quaisquer benefícios diretos para o participante. Contudo, a sua participação proporcionará a aquisição de conhecimentos que poderão vir a beneficiá-lo a si ou a terceiros no futuro.

Riscos físicos previsíveis

Os riscos e o desconforto associados ao processo serão inexistentes.

Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã, PORTUGAL
Telef.: +351 275 329 002 | Fax: +351 275 329 099
E-mail: fcsaude@fcsaude.ubi.pt | www.ubi.pt

1



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Equipa de investigação e de trabalho de campo

Prof. Doutora Eugenia Gallardo – UBI (Investigador responsável);
Doutor Mário Barroso – INMLCF;
Joana Mendonça – UBI;

Fontes de financiamento

Este estudo está inserido num projeto de investigação financiado Fundação Calouste Gulbenkian (Programa de investigação de saúde em 2012-referência 125895)

Conflitos de interesse

Não existem conflitos de interesse a declarar.

¹ E respetivas alterações: Tokyo, Japan, 1975; Vernice, Italy, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, South Africa, 1996; Edinburgh, Scotland, October 2000; Seoul, October 2008.



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, (nome completo do voluntário) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do projeto e do uso que pretendem dar aos meus dados, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e colocar as questões que julguei necessárias. Por isso, declaro que aceito voluntariamente que me sejam aplicados os métodos propostos no atual estudo.

Data: _____/_____/_____

Assinatura participante e/ou o seu representante legal:

Discuti este estudo de investigação com o participante e/ou o seu representante legal, utilizando uma linguagem compreensível e apropriada. Informei adequadamente o participante sobre a natureza deste estudo e sobre os seus possíveis benefícios e riscos, considerando que o participante compreendeu a minha explicação.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Investigador:

Foi entregue um duplicado deste documento ao participante/representante legal.