



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Estudo do conhecimento de uma população  
portuguesa sobre zoonoses**  
**Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

**Vítor Miguel Raposo Mendes**

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

Orientador: Prof. Doutor Samuel Silvestre

Covilhã, outubro de 2015



Aos meus pais.



# Agradecimentos

À Universidade da Beira Interior, pela formação académica e pessoal que me proporcionou ao longo dos 5 anos de curso.

Ao meu orientador, Professor Doutor Samuel Silvestre, pelo apoio e disponibilidade demonstrados ao longo de toda esta etapa, sem o qual não seria possível a realização deste projeto.

À equipa da farmácia Viamial, em especial à Doutora Maria José Almeida, em primeiro lugar por me terem aceitado para a realização do estágio curricular e em segundo por me terem feito sentir como se fosse um deles.

Ao Doutor Felice Musicco, do *Instituti Fisioterapici Ospidaliari*, pela forma como me recebeu e pela oportunidade que me deu em fazer o estágio curricular em farmácia hospitalar fora do meu país.

Aos meus amigos, pelos momentos inesquecíveis que me têm proporcionado ao longo da vida.

Ao meu primo André, pela sua vontade e determinação que fazem dele um exemplo a seguir.

À Daniela, pela sua preocupação constante, pela ajuda e apoio incondicional que me tem dado ao longo dos anos. A concretização deste projeto a muito se deve a ela.

Por fim, às pessoas mais importantes da minha vida a quem devo tudo o que sou hoje, os meus pais.



## Resumo

O presente relatório tem por base três vertentes que podem ser exploradas no âmbito da Unidade Curricular “Estágio” do plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

A vertente profissionalizante em farmácia comunitária está exposta no Capítulo 2. Esta, teve lugar na Farmácia Viamial, no Porto, de 26 de Janeiro a 17 de Abril, onde houve oportunidade de conhecer mais em detalhe as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico, a sua interação tanto com o público como com os outros profissionais de saúde, e os aspectos legais relacionados com as atividades em farmácia comunitária.

O Capítulo 2 é referente ao estágio em farmácia hospitalar, por intermédio do programa ERASMUS+, que teve lugar no Instituto Fisioterapici Ospitalieri, em Roma, Itália. Aqui é descrito o mesmo, desde o funcionamento do próprio instituto, ao papel do farmacêutico em Itália, passando pelas entidades reguladoras Italianas e as semelhanças com Portugal.

Por fim, o Capítulo 3 é referente à experiência realizada no âmbito de investigação, na qual se levou a cabo um estudo com vista à avaliação do conhecimento de uma amostra em relação ao tema “zoonoses”. A amostra do estudo consistia na população da cidade transmontana de Miranda do Douro e os principais objetivos do estudo eram analisar o conhecimento demonstrado por uma população do interior de Portugal sobre zoonoses e alertar para a importância da educação na área da saúde humana e animal. Para a concretização do estudo foram entregues questionários à população em estudo, elaborados em função de pesquisa bibliográfica. O estudo permitiu concluir que a maioria da população do concelho de Miranda do Douro não sabe o que são zoonoses e que são necessárias medidas de educação na área da saúde humana e animal de forma a combater e a prevenir este tipo de doenças.

## Palavras-chave

Farmácia Comunitária, Farmácia Hospitalar, Zoonoses



# Abstract

This report is based on three areas that can be explored within the study plan of the Master Degree in Pharmaceutical Sciences.

I start by exposing the community pharmacy shed in Chapter 1. This took place in Viamial Pharmacy in Porto, from January 26th to April 17th, where I got to know more in detail the activities carried out by the pharmacist, their interaction both with the public and with other health professionals, and the legal aspects related to the activities in community pharmacy.

Chapter 2 refers to my internship in hospital pharmacy, through the Erasmus + program, which took place in Institute Fisioterapici Ospitalieri in Rome, Italy. I describe from the operation of the institute itself, the role of the pharmacist in Italy, through the Italian regulatory bodies and the similarities with Portugal.

Finally, Chapter 3 refers to the experiment carried out under research, which concerns a study aimed to assess the knowledge of a sample by topic "zoonoses". The study sample consisted in the population of Miranda do Douro and the main objectives of the study were to analyze the knowledge demonstrated by the population on zoonoses and draw attention to the importance of education in the area of human and animal health. In carrying out the study, questionnaires were delivered to the population under study. The study concluded that most of the population of Miranda do Douro do not know what zoonoses are and is necessary to implement education measures in the field of human and animal health in order to combat and prevent such diseases.

## Keywords

Community pharmacy, hospital pharmacy, zoonosis



# Índice

CAPÍTULO 1 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA .....	1
1. Introdução .....	1
2.1. Localização da farmácia e caracterização dos utentes .....	1
2.2. Recursos humanos .....	1
2.3. Espaço Físico .....	2
2.4. Suporte informático e equipamentos .....	4
3. Informação e documentação científica .....	5
4. Medicamentos e outros produtos de saúde .....	6
5. Aprovisionamento e armazenamento .....	8
6. Interação farmacêutico-utente-fármaco .....	10
6.1. Considerações éticas, deontológicas e técnicas .....	10
6.2. Farmacovigilância .....	11
6.3. Reencaminhamento de medicamentos fora de uso.....	12
7. Dispensa de medicamentos.....	13
7.1. Receção da prescrição e confirmação da sua validade .....	13
7.2. Interpretação e avaliação da prescrição e cedência do medicamento/produto prescrito.....	15
7.3. Verificação da receita após dispensa .....	16
7.4. Regimes de comparticipação .....	17
7.5. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes.....	17
7.6. Automedicação.....	18
8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde .....	19
8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene .....	19
8.2. Puericultura .....	19
8.3. Produtos dietéticos para alimentação especial .....	20
8.4. Produtos dietéticos infantis .....	20
8.5. Fitoterapia e suplementos nutricionais.....	21
8.6. Medicamentos de uso veterinário .....	21
8.7. Dispositivos médicos .....	22
9. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia .....	23
10. Preparação de medicamentos .....	24
11. Contabilidade e gestão .....	24
11.1. Gestão e formação contínua de recursos humanos.....	24
11.2. Legislação laboral .....	25
11.3. Processamento de receituário e faturação .....	25
11.4. Documentos contabilísticos e fiscais.....	26
12. Conclusão .....	26
13. Bibliografia.....	28

CAPÍTULO 2 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR.....	31
1. Introdução.....	31
2. Enquadramento.....	31
3. Instituti Fisioterapici Ospitalieri .....	31
4. Localização, espaço físico, horário .....	32
5. Recursos Humanos .....	33
6. Organização e gestão do IFO.....	34
6.1. Prontuário terapêutico hospitalar .....	34
6.2. Classes de fármacos.....	34
6.3. Seleção de fármacos.....	34
6.3.1. Fármacos não registados em Itália .....	35
6.3.2. Fármacos que não pertencem ao PTA .....	35
6.3.3. Aquisição de fármacos estupefacientes e psicotrópicos.....	36
6.4. Receção de encomendas .....	36
6.4.1. Fármacos estupefacientes e psicotrópicos.....	36
6.4.2. Matérias-primas.....	37
6.5. Armazenamento .....	37
7. Distribuição .....	37
7.1. Dispensazione al riparti .....	38
7.2. Dispensazione diretta.....	38
7.3. Dispensazione dei framaci stupefacenti e psicotrope .....	39
7.4. Dispensazione della terapia sperimentale .....	39
8. Produção.....	39
8.1. Preparações galénicas não estéreis .....	40
8.2. Preparações estéreis.....	41
9. Ensaio clínico .....	42
10. Farmacovigilância .....	45
11. Comissões Técnicas Hospitalares .....	46
12. Conclusão .....	47
13. Bibliografia.....	48
Capítulo 3 - Estudo do conhecimento de uma população portuguesa sobre zoonoses .....	49
1. Introdução.....	49
1.1. Contextualização histórica .....	49
1.2. Zoonoses: definição e classificação .....	49
1.3. Reservatórios.....	50
1.4. Modos de transmissão.....	51
1.5. Vetores .....	51
1.6. Exemplos de zoonoses importantes .....	52
1.6.1. Raiva.....	52
1.6.2. Brucelose .....	52

1.6.3.	Febre Q.....	53
1.6.4.	Toxoplasmose .....	54
1.6.5.	Leishmaniose .....	54
1.6.6.	Febre da carraça.....	55
2.	Justificação do tema e objetivos.....	56
2.1.	Justificação do tema.....	56
2.2.	Objetivos.....	56
3.	Metodologia .....	57
3.1.	Tipo de estudo .....	57
3.2.	Amostra .....	57
3.3.	Procedimento .....	57
3.4.	CrITÉrios de inclusão .....	57
3.5.	Questionário e variáveis: .....	58
3.6.	Análise Estatística .....	59
4.	Resultados e Discussão .....	59
4.1.	Dados dos Inquiridos .....	59
4.1.1.	Sexo e idades.....	59
4.1.2.	Atividade profissional.....	60
4.1.3.	Grau de escolaridade .....	61
4.1.4.	Número de filhos .....	62
4.2.	Dados do Inquérito .....	62
4.2.1.	Animais de estimao.....	62
4.2.1.1.	Percentagem de pessoas que tem animais de estimao .....	62
4.2.1.2.	Animal de estimao mais comum .....	63
4.2.1.3.	Cuidados com a higiene e saúde dos animais.....	63
4.2.1.4.	Relao entre o grau de escolaridade e os cuidados com a higiene e saúde dos animais .....	64
4.2.1.5.	Cuidados de saúde e higiene dentro do agregado familiar.....	65
4.2.1.6.	Relao entre o grau de escolaridade e os cuidados de saúde e de higiene dentro do agregado familiar .....	66
4.2.2.	Zoonoses .....	67
4.2.2.2.	Relao entre o facto de ter animais domésticos e conhecer o termo “zoonose”	69
4.2.2.3.	Significado do termo “zoonose” .....	70
4.2.2.4.	Animais de estimao como fonte de transmissão de doenças .....	72
4.2.2.5.	Relao entre o facto de ter animais de estimao e saber que estes podem ser uma fonte de transmissão de doenças.....	73
4.2.2.6.	Modo de transmissão de zoonoses .....	74
4.2.2.7.	Casos de zoonoses na região .....	75
4.2.2.8.	Medidas de preveno de doenças em animais .....	79

5. Conclusões.....	80
6. Bibliografia .....	82
Anexo 1 - Buono Acquisto .....	87
Anexo 2 - Foglio di lavoro .....	89
Anexo 3 - Scheda Tecnica- Benzoato di Benzile 20% - 1Kg .....	91
Anexo 4 - Scheda Unica di segnalazione di sospetta reazione avversa.....	95
Anexo 5 - Inquérito .....	97

# Lista de Figuras

Figura 1 - Transmissão de zoonoses .....	50
Figura 2 - Distribuição demográfica dos inquiridos .....	60
Figura 3 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a situação profissional (%) .....	61
Figura 4 - Distribuição de acordo com o grau de escolaridade .....	61
Figura 5 - Distribuição do número de filhos por pessoa (%) .....	62
Figura 6 - Percentagem de pessoas com e sem animais de estimação .....	63
Figura 7 - Distribuição do tipo de animais de estimação pelos inquiridos (%) .....	63
Figura 8 - Distribuição dos cuidados de higiene/saúde pelos inquiridos que têm animais de estimação (%).....	64
Figura 9 - Distribuição das pessoas que não apresentam cuidados de saúde/higiene pelo grau de escolaridade (%).....	65
Figura 10 - Distribuição dos cuidados de higiene/saúde dentro do agregado familiar pelos inquiridos que têm animais de estimação (%) .....	65
Figura 11 - Distribuição dos inquiridos que assinalaram a opção "Aplicar repelente" pelo grau de escolaridade (%).....	66
Figura 12 - Distribuição dos inquiridos que assinalaram a opção "Desparasitação" pelo grau de escolaridade (%).....	67
Figura 13 - Distribuição dos inquiridos que assinalaram a opção "Vacinação" pelo grau de escolaridade (%).....	67
Figura 14 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a resposta à questão " Já alguma vez ouviu/leu o termo zoonose" .....	68
Figura 15 - Principais fontes de informação onde os inquiridos ouviram o termo zoonose (%) .....	69
Figura 16 - Relação entre possuir animais de estimação e conhecer o termo zoonose (%) .....	69
Figura 17 - Percentagem de indivíduos que sabem dizer o que significa o termo zoonose? ....	70
Figura 18 - Significado do termo zoonose? (%).....	70
Figura 19 - Qual das seguintes doenças é uma zoonose? (%) .....	71
Figura 20 - Os animais domésticos são um meio de transmissão de doenças? (%).....	72
Figura 21 - Distribuição das doenças que os animais domésticos podem transmitir pelos inquiridos (%) .....	73
Figura 22 - Relação entre ter animais de estimação e achar que estes podem transmitir doenças (%) .....	74
Figura 23 - Modo de transmissão de zoonoses (%).....	75
Figura 24 - Percentagem de indivíduos que tem conhecimento de casos de zoonoses na região (%) .....	76
Figura 25 - Pessoas que contraíram uma zoonose (%) .....	77
Figura 26 - Doença contraída (%).....	78
Figura 27 - Percentagem de indivíduos que receram pela sua saúde, tendo conhecimento de zoonoses na região (%) .....	78

Figura 28 - Medidas tomadas pelos indivíduos que receberam pela sua saúde (%) .....	79
Figura 29 - Medidas de prevenção de doenças em animais (%) .....	80

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o sexo .....	59
Tabela 2 - Média, valor mínimo e valor máximo das idades dos inquiridos .....	59

## Lista de Acrónimos, Siglas e Símbolos

ADME	Assistência na doença aos militares
ADMG	Assistência na Doença aos Militares da Guarda
AIFA	L’Agenzia Italiana del Farmaco
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AO	Assistentes Operacionais
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CEDIME	Centro de Informação de Medicamentos da ANF
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CIM	Centro de Informação de Medicamentos da Ordem dos Farmacêuticos
CIMI	Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde do INFARMED
CNP	Código nacional do produto
CNPEM	Código nacional para a prescrição eletrónica de medicamentos
CTO	Commissione Terapeutica Ospedaliera
CTT	Correios e telecomunicações de portugal
DCI	Denominação Comum Internacional
DDT	Documento di Transporto
DHA	Day Hospital A
DHB	Day Hospital B
DHE	Day Hospital Ematologia
Dim	Dimensão da embalagem
DM	Diabetes Mellitus
Dos	Dosagem
DT	Diretor(a) Técnico
EDP	Energias de Portugal
FE	Farmácia Externa
FEFO	“First Expire, First Out”
FF	Forma farmacêutica
FI	Farmácia Interna
FV	Farmacovigilância
FVA	Farmácia Viamial
HIV	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IF	Indicação farmacêutica
IFO	Instituti Fisioterapici Ospitalieri
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saude, I.P.
IRC	Imposto sobre o rendimento das pessoas coletivas
IRCCS	Instituti di Recovero e Cura a Carattere Scientifico

IRE	Instituto Nazionali Tumori Regina Elena
IRS	Imposto sobre o rendimento das pessoas singulares
ISG	Instituto Dermatologico San Gallicano
IVA	Imposto sobre o valor acrescentado
LC	Leishmaniose Cutânea
LEF	Laboratório de Estudos Farmacêuticos
LMC	Leishmaniose Mucocutânea
LV	Leishmaniose Visceral
MBPFC	Manual de Boas Práticas para a Farmácia Comunitária
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
Neuro	Neurologia
OF	Ordem dos farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRM	Problemas relacionados com os medicamentos
PT	Portugal Telecom
PTA	Prontuario Terapeutico Aziendale
PTO	Prontuario Terapeutico Ospedaliero
PVP	Preço de venda ao público
RAMS	Reações Adversas a Medicamentos
RNF	Rede Nazionale di Farmacovigilanza
RNM	Resultados negativos associados à medicação
SAMS	Serviço de assistência médico-social
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Aquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSADR	Scheda Única di Segnalazione di Sospetta Reazione Avversa
Tmáx	Temperatura máxima
UMaCa	Unitá Manipolazione Quemioterapia Antiblastici
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana







# **CAPÍTULO 1 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA**

## **1. Introdução**

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) culmina com a realização do estágio em Farmácia Comunitária. Após 5 anos de estudo enriquecedores, tanto a nível técnico-científico como a nível pessoal, ter a oportunidade de observar de perto e até mesmo de colocar em prática conhecimentos adquiridos ao longo destes anos numa realidade que pode muito vir a ser a nossa dentro em breve, é de facto uma mais-valia na nossa aprendizagem.

A farmácia comunitária, dada a sua acessibilidade à população, é uma das portas de entrada no Sistema de Saúde. 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 [1].

O presente relatório é referente ao estágio curricular no âmbito do MICF, que foi realizado entre o dia 26 de Janeiro e o dia 18 de Abril de 2015 na Farmácia Viamial (FVA).

## **2. Organização da Farmácia**

### **2.1. Localização da farmácia e caracterização dos utentes**

A FVA localiza-se na Rua do Amial nº 731, loja 3, 4200-062, na freguesia de Paranhos, no Porto. A Rua do Amial caracteriza-se por ser uma rua com bastante comércio e um lugar de passagem para muita gente, o que providencia à farmácia utentes de faixas etárias diversas e também de diferentes estratos sociais. O facto de se localizar junto ao Bairro Social do Amial incrementa em muito a heterogeneidade da população, obrigando o farmacêutico a adaptar-se e a dar respostas eficazes perante as situações que diariamente o põem à prova.

### **2.2. Recursos humanos**

A equipa técnica da FVA é constituída por sete elementos: cinco farmacêuticos (constituindo a maioria dos trabalhadores da farmácia [2]) - Doutora Maria José Almeida (Diretora Técnica (DT)), Doutora Carla Oliveira (Proprietária), Doutor Rui Neves Ferreira, Doutor Luís Rodrigues, e Doutora Mariana Carvalho - uma Técnica de Farmácia -Joana Peixoto- e uma Auxiliar de Limpeza - Dona Ana Rocha.

A direção técnica está ao encargo da Dra. Maria José Almeida, o que lhe confere a responsabilidade de manter o correto e adequado funcionamento da farmácia, competindo-lhe em especial, segundo a Portaria n.º 307/2007, de 31 de agosto [3]:

- *Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia; Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;*
- *Promover o uso racional do medicamento;*
- *Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;*
- *Manter os medicamentos, e demais produtos fornecidos, em bom estado de conservação;*
- *Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;*
- *Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;*
- *Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;*
- *Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;*
- *Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos na legislação reguladora da atividade farmacêutica.*

A restante equipa técnica caracteriza-se por ser competente e trabalhadora, onde a entreatajuda, a amizade e sobretudo o saber escutar o próximo são a chave do sucesso. Foi extremamente fácil a minha adaptação à FVA sobretudo pelo carinho com que fui recebido e a paciência que todos os elementos tiveram para comigo.

### **2.3. Espaço Físico**

O espaço físico da FVA foi concebido de forma a cumprir a legislação em vigor [1,3,4,5].

Em relação ao espaço físico exterior, a FVA encontra-se no rés-do-chão de um edifício na Rua do Amial e é dotada de uma rampa para facilitar o acesso a pessoas com dificuldades de locomoção, sejam eles idosos, crianças ou portadores de deficiências física. O nome “FARMÁCIA VIAMIAL” está bem visível, em letras brancas num fundo verde, bem como a cruz das Farmácias Portuguesas e uma cruz verde que é iluminada quando a farmácia se encontra de serviço. O horário de funcionamento e o regime de farmácias de serviço estão afixados no exterior, tal como a placa com o nome do proprietário e a direção técnica. Ainda na parte exterior encontra-se uma grande montra envidraçada que é utilizada como elo de ligação entre a farmácia e os utentes. A entrada na farmácia faz-se também ela por uma grande porta de vidro.

A FVA é dotada de um espaço interior moderno e vanguardista, onde as cores que imperam são o branco, o cinza e o verde. Uma leve música de fundo contrasta com a tranquilidade reinante na farmácia de modo a oferecer ao utente o conforto e a calma necessários a um atendimento de excelência.

### **Zona de Atendimento ao Público:**

Os três balcões de atendimento individuais, equipados com computador, dispositivo de leitura ótica, impressoras de receitas e de faturas, material de escrita e carimbo da farmácia, potenciam a privacidade do utente e um atendimento personalizado, de modo a que o utente se sinta à vontade para expor as sus dúvidas ou preocupações. Atrás dos balcões encontram-se prateleiras, expositores e gavetas onde são expostos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), produtos de higiene oral, produtos de fitoterapia, suplementos vitamínicos, etc. O *CashGuard*, um tipo de máquina registadora que funciona como cofre, incrementa a segurança na farmácia, uma vez que não é possível tirar dinheiro a não ser pelo proprietário ou no ato da venda em que o dispositivo faz a diferença entre o montante introduzido e o valor da compra, e está localizado no seguimento dos balcões para facilitar o acesso a toda a equipa técnica. Também um circuito de vigilância interno é utilizado com a finalidade de aumentar a segurança na farmácia.

Há ainda uma sala de atendimento personalizado que serve para consultas de podologia e de dietética, bem como para um atendimento livre de perturbações para utentes que assim o desejarem; uma casa de banho para os utentes; e uma zona de avaliação da pressão arterial e de recolha de parâmetros bioquímicos, como triglicédeos, glicose e colesterol total.

A zona de espera e circulação é extensa e bastante ampla de modo a possibilitar aos utentes uma espera confortável, onde se podem sentar (possui cadeiras para o efeito) ou percorrer os vários lineares de produtos de higiene e cosmética ou de puericultura aí existentes. Gôndolas com produtos de rotação sazonal, como são exemplos os protetores solares e os repelentes de insetos, uma zona recreativa para crianças e uma balança também existem nesta zona.

Na parte posterior ao balcão, encontra-se o armazém, o laboratório, o gabinete da DT, a copa e uma casa de banho para os funcionários da farmácia.

### **Armazém:**

O armazém, tal como o nome indica, é a zona da farmácia que serve para armazenar os medicamentos e produtos existentes na mesma. Este espaço é reservado apenas à equipa técnica da farmácia e é composto por uma zona de receção e gestão de encomendas, um armário de gavetas deslizantes, um frigorífico, e uma zona com armários.

### **Zona de Receção e Gestão de Encomendas:**

Esta zona é composta por uma bancada de trabalho, um computador equipado com o sistema informático de gestão farmacêutica, um dispositivo de leitura ótica, um telefone, uma impressora de receitas, uma impressora de faturas, uma impressora de etiquetas, e uma fotocopiadora multifunções (Impressão, fotocópias e fax).

### **Armário de Gavetas Deslizantes:**

É um armário de grandes dimensões que armazena praticamente todos os medicamentos existentes na farmácia.

Os medicamentos são organizados por ordem alfabética, dosagem, quantidade (ex.: número de comprimidos) e prazo de validade, não havendo distinção entre medicamentos de referência e medicamentos genéricos. Os psicotrópicos encontram-se numa gaveta separada, fechada e devidamente assinalada dos restantes medicamentos. Separados também encontram-se os Medicamentos de Uso Veterinário (MUV), produtos do Protocolo da Diabetes *mellitus* (DM), chás e produtos capilares. Os medicamentos de maior dimensão, como xaropes e alguns granulados, encontram-se nas gavetas inferiores pela simples razão de estas serem maiores.

### **Zona com armários:**

Serve essencialmente para armazenar os excessos de *stock*. Também aqui, os produtos e medicamentos armazenados são dispostos por ordem alfabética, dosagem, quantidade e prazo de validade.

Produtos como fraldas, leites e compressas são igualmente armazenados nesta área.

### **Frigorífico:**

Aqui são encontrados todo o tipo de medicamentos e matérias-primas que necessitam de ser armazenados a temperatura controlada (2°C-8°C).

### **Laboratório:**

Local onde se preparam os medicamentos manipulados e preparações extemporâneas de dispensa ao público. Encontra-se equipado com todo o material necessário estipulado por lei, exposto na Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro [6].

### **Gabinete da Direção Técnica:**

O escritório da direção técnica da farmácia é o local onde se processa a gestão e administração da farmácia, para além de ser o local de reunião com os delegados de propaganda médica que visitam a FVA

## **2.4. Suporte informático e equipamentos**

O sistema informático é constituído por uma rede interna com um computador servidor e três computadores ligados em rede. Associada ao sistema informático, existe uma impressora fiscal

que regista todos os documentos emitidos pelas impressoras dos postos do balcão, nomeadamente: documentos de faturação, fatura/recibo e notas de anulação, para efeitos fiscais.

O suporte informático de gestão farmacêutica utilizado na FVA é o *Sifarma2000*, a mais recente ferramenta criada pela *Glintt*, e que, sem dúvida, é uma mais-valia no apoio ao farmacêutico comunitário ao nível da gestão de vendas, da gestão de produtos, da gestão da faturação e, não menos importante, na gestão de utentes. Esta aplicação está dotada de ferramentas úteis de apoio ao farmacêutico como, por exemplo, a avaliação do movimento de produtos ao longo de um determinado tempo, controle de prazos de validade e gestão de *stock*, emissão da documentação necessária às diferentes instituições e controlo do movimento de psicotrópicos e de benzodiazepinas. O *Sifarma2000* permite ainda consultar a diversa informação acerca dos produtos como, por exemplo, indicação terapêutica, posologia, interações, contraindicações, entre muitas outras. Esta informação é apresentada de uma forma intuitiva, de modo a que a consulta seja efetuada num curto período de tempo e é atualizada constantemente. No entanto, é de salientar que o programa deve ser usado de uma forma crítica, não confiando a 100% na informação que nos fornece, mas aliando o conhecimento adquirido ao que é transmitido.

Para salvaguardar toda a informação gerada, são realizadas cópias de segurança para evitar a perda desta em casos de avaria informática ou acidente, possibilitando uma rápida e fácil recuperação de dados.

### **3. Informação e documentação científica**

A constante evolução científica, aliada ao aumento de conhecimento por parte dos utentes, acarreta consigo um grande desafio a quem trabalha numa farmácia comunitária. Para que o farmacêutico comunitário dê respostas corretas e eficazes às questões e dúvidas dos utentes, é necessária uma atualização constante a nível científico e técnico. Para que isso seja possível, a farmácia deve ter à sua disposição um suporte bibliográfico organizado e adequado às exigências do dia-a-dia da farmácia, como por exemplo, no campo da fisiopatologia, terapêutica, galénica, dispositivos médicos, gestão, entre outros.

Como bibliografia obrigatória por lei em todas as farmácias [3], a nível científico existe:

- Farmacopeia 9.0, edição em papel ou formato eletrónico;
- Prontuário Terapêutico 10.

Como bibliografia obrigatória, não de carácter científico mas como meio de registo fazem parte:

- Livro de reclamações [3];

- Livro de registo de manipulados/ fichas de preparação.

Para além da bibliografia obrigatória na FVA como são exemplos:

- Simposium Terapêutico e Veterinário;
- Prontuário Terapêutico;
- Código de Ética da Ordem dos Farmacêuticos;
- Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos;
- Direito Farmacêutico;
- Circulares Técnico-Legislativas Institucionais;
- Glossário Farmacêutico Português.

Existe ainda o acesso a centros de documentação e informação como o CEDIME (Centro de Informação de Medicamentos da ANF), CIAV (Centro de Informação Antivenenos), CIM (Centro de Informação de Medicamentos da Ordem dos Farmacêuticos), CIMI (Centro de Informação de Medicamento e dos Produtos de Saúde do INFARMED), LEF (Laboratório de Estudos Farmacêuticos). Ainda neste contexto, constatei que a transmissão de informação médica por parte dos delegados é útil, principalmente para a avaliação custo-benefício dos produtos.

## 4. Medicamentos e outros produtos de saúde

O medicamento é o objeto a que porventura o farmacêutico mais dedica o seu tempo, seja no seu desenvolvimento, ou no seu aconselhamento e até mesmo no seu estudo após comercialização. *Medicamento é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas [7].*

Na farmácia comunitária existem diferentes tipos de medicamentos, que podem ser agrupados sob diversas classificações, sendo que o mais habitual é classificá-los quanto à dispensa ao público. Assim, os medicamentos podem dividir-se em medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e MNSRM. Estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- *Possam constituir um risco para a saúde do doente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;*
- *Possam constituir um risco 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;*

Por sua vez, os MSRM podem ainda ser classificados como:

- Medicamentos de receita médica renovável;
- Medicamentos de receita médica especial;
- Medicamentos de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados;

Também há outros produtos de saúde que não são medicamentos mas que não são menos importantes do que estes e que requerem a mesma atenção por parte dos farmacêuticos.

Para um fácil enquadramento, nada melhor que fazer uma revisão à legislação em vigor onde as definições desses conceitos estão explícitas e eu passo a transcrever a seguir. Segundo o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto [8]:

- *Medicamento genérico - um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados [8];*
- *Medicamento homeopático - medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios [8];*
- *Preparado oficial - qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço [8];*
- *Substâncias psicotrópicas e estupefacientes - atuam a nível central, apresentando propriedades sedativas, narcóticas e euforizantes. Podem originar dependência e conduzir à toxicomania [9,10];*
- *Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos - medicamento ou produto obtido a partir de substâncias ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios. Entende-se por produto farmacêutico homeopático qualquer produto homeopático que reúna cumulativamente, as seguintes características:*
  - *Administração por via oral ou tópica;*
  - *Grau de diluição que garanta a inocuidade do produto, não devendo este conter mais de uma parte por 10000 de tintura-mãe, nem mais de 1/100 da mais pequena dose eventualmente utilizada em alopatia para as substâncias ativas, cuja presença num medicamento alopático obrigue a prescrição médica;*

- *Ausência de indicações terapêuticas especiais no rótulo ou em qualquer informação relativa ao produto [8];*
- *Produtos fitoterapêuticos - qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas, ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas [8];*
- *Produto cosmético - qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais [11];*
- *Medicamento veterinário - todo o medicamento destinado aos animais [12];*
- *Produto de uso veterinário - a substância ou mistura de substâncias destinadas quer aos animais, para tratamento ou prevenção das doenças e dos seus sintomas, manejo zootécnico, promoção do bem-estar e estado hígido-sanitário, correção ou modificação das funções orgânicas ou para diagnóstico médico, quer às instalações dos animais e ambiente que os rodeia ou a atividades relacionadas com estes ou com os produtos de origem animal [13]*
- *Dispositivo médico - qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:*
  - *Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;*
  - *Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;*
  - *Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;*
  - *Controlo da concepção [14].*

## 5. Aprovisionamento e armazenamento

Uma das áreas fulcrais na farmácia comunitária é o aprovisionamento e o armazenamento, na medida em que a farmácia tem de estar preparada para satisfazer as necessidades dos utentes.

Desta forma, tem de se garantir que o medicamento ou produto desejado pelo utente lhe seja disponibilizado no menor tempo possível.

Para que tal seja possível, é fundamental estabelecer acordos com fornecedores capazes de atender às requisições efetuadas.

Na escolha do fornecedor, é necessário ter em conta vários factores, incluindo a qualidade do serviço prestado, as bonificações, as condições de pagamento e de devolução de produtos, e os horários de entrega.

A FVA trabalha diretamente com 2 armazenistas: *Alliance Healthcare* e *COOPROFAR*. As encomendas efetuadas a estes são, por norma, encomendas diárias (podem mesmo ser feitas várias vezes ao dia), que contemplam pequenas quantidades de cada produto mas uma grande diversidade dos mesmos com vista a colmatar rupturas de *stock*. Outra vantagem é a de que se podem encomendar produtos pedidos pelos utentes e que não se encontram na farmácia, chegando à mesma em poucas horas. Por outro lado, na FVA também se efetuam encomendas diretamente aos laboratórios, por intermédio de delegados de informação médica. Estas caracterizam-se pelas grandes quantidades de produto encomendado e por oferecer maiores bonificações à farmácia e, habitualmente, condições especiais de pagamento. Por norma, os produtos adquiridos por esta via têm elevada rotatividade como são exemplos alguns medicamentos genéricos e produtos de cosmética.

Na FVA, a realização das encomendas está ao encargo da DT ou de outro farmacêutico responsável. Estas são habitualmente efetuadas duas vezes por dia aos vários fornecedores. Esta é uma tarefa que requer alguma experiência por parte do elemento que a efetua, já que é necessário estar atento a vários fatores como as condições apresentadas pelos diferentes fornecedores, o volume de vendas de cada produto ou o número de unidades a encomendar. Outro fator não menos importante ao bom funcionamento da farmácia é o tempo que demora a efetuar-se a encomenda. Aqui o farmacêutico deve aliar competência com rapidez, o que nem sempre é fácil. Também aqui, o sistema informático dá uma ajuda preciosa, uma vez que disponibiliza muita informação sobre os níveis de *stock* e volumes de vendas dos produtos.

As entregas das encomendas são efetuadas via transportador e realizadas várias vezes ao dia. A sua receção é feita de forma manual por qualquer um dos elementos da equipa técnica da FVA e consiste em colocar em *stock* os artigos acabados de chegar com a ajuda do programa informático *Sifarma2000*. É quando da receção de encomendas que o funcionário verifica o prazo de validade e o introduz no sistema, confirma se o número de produtos recebidos é coerente com o número de produtos encomendados, se o preço faturado é o mesmo que quando realizada a encomenda e se o produto recebido vem em boas condições. Caso algum destes parâmetros não esteja em conformidade a devolução do produto pode ser justificada.

Na fase final da receção de encomendas confere-se a fatura ou a guia de remessa que acompanha a encomenda. Neste passo, compara-se o número de unidades recebidas com o

número de unidades faturadas e o preço faturado com o preço na embalagem do produto ou com o preço aquando a altura da encomenda. É de ter em atenção que há dois tipos de PVP praticados na farmácia: os que vêm marcados pelo produtor na embalagem, de acordo com as margens legalmente estabelecidas, e os que são marcados pela farmácia, de acordo com margens estabelecidas pela própria farmácia, o que pode fazer com que haja variações de preço entre farmácias para o mesmo produto.

A diferença na receção de psicotrópicos e estupefacientes reside no guia de transporte, em duplicado, pelo qual se fazem acompanhar. Este documento tem de ser assinado e carimbado pelo farmacêutico responsável, sendo que uma das cópias fica na farmácia e a outra é devolvida ao fornecedor, de modo a garantir um maior controlo deste tipo de medicamentos.

Em relação ao armazenamento, deve-se ter em conta as condições gerais ou específicas de conservação cada produto. Por exemplo, há medicamentos que têm a necessidade de ser armazenados em ambientes com temperaturas entre 2°C-8°C e, portanto, devem ser colocados no frigorífico, já outros não possuem tal especificidade.

Na FVA, o armazenamento dos produtos é feito consoante o grupo a que pertencem. Por exemplo, os MSRM são colocados no armário de gavetas deslizantes por ordem alfabética, como já referido, enquanto os MNSRM se encontram geralmente atrás dos balcões de atendimento, à vista dos utentes, embora não acessíveis a estes, e organizados consoante indicação terapêutica. Já os produtos de dermocosmética ou puericultura encontram-se em prateleiras na zona de atendimento da farmácia de modo a providenciar um maior contacto com os utentes. Em determinados artigos dos quais existem várias unidades, estes devem ser armazenados de acordo com o prazo de validade, de modo a que artigos com um prazo de validade mais curto sejam dispensados em primeiro lugar.

Como indicado anteriormente neste relatório, os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos são armazenados em local próprio, devidamente fechado e separado dos outros medicamentos.

## **6. Interação farmacêutico-utente-fármaco**

### **6.1. Considerações éticas, deontológicas e técnicas**

O farmacêutico é o elo de ligação entre o utente e o fármaco e, na maioria das vezes, é o último profissional de saúde com quem este contacta antes de tomar a medicação. Portanto, é imperativo que no ato da dispensa o farmacêutico se certifique que o utente sabe utilizar corretamente o medicamento ou dispositivo médico.

A farmácia comunitária é um local que se caracteriza pela heterogeneidade das pessoas que a frequentam: os utentes são dos mais variados estratos económicos e sociais possíveis;

diferentes religiões; diferentes idades; e, mesmo até, alguns são portadores de deficiências físicas ou mentais, como são exemplos a cegueira ou a mudez. Neste sentido, o farmacêutico tem de assumir a responsabilidade de se adaptar às variadas situações, centrando a sua intervenção nas necessidades e expectativas dos utentes. Só um atendimento assente em princípios éticos, sociais e técnico-científicos, colocando o bem-estar do utente como principal prioridade, credibilizam e dignificam a prática farmacêutica. Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (OF), “os farmacêuticos são obrigados ao sigilo profissional relativo a todos os fatos de que tenham conhecimento no exercício da sua profissão”, mesmo após o término das suas funções [15].

Com o objetivo de maximizar o resultado terapêutico e promover o uso racional dos medicamentos, o farmacêutico tem o dever de fornecer toda a informação necessária ao utente. A informação deve ser fornecida ao doente de uma forma simples, clara e facilmente compreensível, não esquecendo de referir os riscos e os benefícios dos medicamentos cedidos e tendo o cuidado de não alarmar o utente de forma a minimizar a não adesão à terapêutica. Por vezes, o farmacêutico tem de socorrer-se de outros métodos ou mais-valias para expor essa informação, como por exemplo, escrever numa folha ou na caixa de medicamentos, ou mesmo, falar outras línguas quando os utentes são provenientes de outros países.

Para além do lado profissional, o farmacêutico deve expor, acima de tudo, o lado mais humano. Um postura humilde e a capacidade de ouvir a atender às dúvidas do doente aumentam o à vontade e a confiança do utente perante o farmacêutico tornando o atendimento mais simples e agradável, fazendo que de uma próxima vez o utente procure os serviços prestados na mesma farmácia.

## **6.2. Farmacovigilância**

Para que um fármaco seja autorizado a entrar no mercado é alvo de estudos rigorosos que comprovem a sua eficácia e segurança, chamados de ensaios clínicos. Este tipo de estudos permitem, entre outras coisas, detetar as reações adversas mais frequentes (também conhecidas como efeitos secundários), sendo, no entanto, impossível detetar todas estas reações durante a fase experimental do medicamento. Mesmo assim, o fármaco pode ser comercializado e é aqui que entra o conceito de farmacovigilância (FV) [16].

A FV é a atividade de saúde pública que visa melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos.

Assim sendo, todos os intervenientes no circuito do medicamento (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, utentes, entre outros) têm a obrigação moral de notificar a autoridade competente - neste caso o Infarmed - quando estão perante uma suspeita de reação adversa a medicamentos. A informação recolhida através da notificação de reações adversas é vital para

garantir a monitorização contínua eficaz da segurança dos medicamentos existentes no mercado, permitindo identificar potenciais reações adversas novas, quantificar e/ou melhor caracterizar reações adversas previamente identificadas e implementar medidas que permitam minimizar o risco da sua ocorrência.

A farmácia comunitária desempenha um papel principal na FV, não só por ser um dos locais mais solicitados a nível da prestação de cuidados de saúde, mas também por lidar diariamente com doentes que se deslocam à farmácia recorrentemente. Deste modo, o farmacêutico tem a vantagem de acompanhar de perto a evolução do estado de saúde dos doentes e, sendo o especialista do medicamento, tem maior facilidade em perceber quando se está perante uma reação adversa a medicamentos.

As notificações devem ser preenchidas através dum formulário próprio existente *online* no site do Infarmed [17]. No formulário deve constar a reação adversa suspeita ao medicamento, o nome comercial do medicamento, o número do lote, a dose diária, a via de administração, a indicação terapêutica, a data de início do tratamento e a data de fim, tal como alguns dados do doente (não o nome) e dados do profissional de saúde. Depois de preenchido, o formulário deve ser enviado ao Infarmed para posterior avaliação.

### **6.3. Reencaminhamento de medicamentos fora de uso**

Com a expansão da indústria farmacêutica e o aumento do número de medicamentos produzidos e consumidos adveio também o aumento de resíduos e embalagens relacionados a estes. Surgiu então a necessidade de recolher e tratar esses excedentes que punham em causa a saúde pública. Nesse sentido, foi criada a Valormed [18], que é uma sociedade sem fins lucrativos e que tem a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso.

As farmácias comunitárias que aderiram ao programa Valormed são as responsáveis pela recolha. Para isso, em cada farmácia existe um contentor, devidamente identificado, onde os utentes, incentivados pelo farmacêutico, colocam os medicamentos que já não usam ou as embalagens vazias. Quando o contentor está cheio, é fechado, selado, pesado e um registo é preenchido e assinado pelo farmacêutico responsável pelo fecho. Depois, aquando da sua recolha, este é rubricado pela pessoa responsável pelo transporte, ficando a farmácia com um duplicado do registo. Após a recolha, os contentores são encaminhados para um centro de triagem onde esta é efetuada. Posteriormente, o material contendo substâncias ativas é incinerado e o material que compõe as embalagens é devidamente reciclado.

A recolha deste tipo de produtos é primordial a um desenvolvimento sustentável na área da indústria farmacêutica e da máxima importância para a saúde pública. Cabe também aos farmacêuticos consciencializar as pessoas para esta prática e para os benefícios que acarreta. Afinal de contas, *“os medicamentos fora de uso também têm remédio”* [18].

## 7. Dispensa de medicamentos

De todas as valências que a farmácia comunitária coloca ao serviço da saúde, é a dispensa de medicamentos a que adquire maior relevo. O farmacêutico, ciente de que é, na maioria das vezes, o último profissional de saúde em contacto com o doente antes deste efetuar a terapêutica, tem, aquando da cedência dos medicamentos, a obrigação de avaliar a terapêutica realizada pelo utente. Esta pode ser prescrita por um médico ou pode ser solicitada em regime de automedicação ou por indicação farmacêutica. Assim, e fornecendo a informação necessária ao uso correto da medicação, o farmacêutico procura identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM), salvaguardando o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação (RNM) [1].

### 7.1. Receção da prescrição e confirmação da sua validade

Após a receção da prescrição, o farmacêutico deverá identificar todos os parâmetros legais para proceder à sua validação. Só assim a receita poderá ser aviada.

Para que seja validada, a prescrição deverá incluir os seguintes elementos [19, 20]:

- Número da receita;
- Identificação do médico prescriptor;
- Dados do utente:
  - Nome e número de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
  - Número de beneficiário da entidade financeira responsável, sempre que aplicável;
  - Regime especial de comparticipação de medicamentos, representado pelas letras “R” e “O”, se aplicável.
- Identificação do medicamento:
  - Prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI):
    - DCI ou nome da substância ativa;
    - Dosagem (Dos);
    - Forma farmacêutica (FF);
    - Dimensão da embalagem (Dim);
    - Código representativo que agrupa, pelo menos, as seguintes características do medicamento: DCI + Dos + FF + n.º unidades - Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) representado em dígitos e código de barras.

- Prescrição por marca:
  - Nome comercial do medicamento;
  - Número de registo do medicamento representado em dígitos e código de barras.
- Posologia e duração do tratamento;
- Comparticipações especiais;
- Número de embalagens;
- Data da prescrição
- Assinatura do médico prescriptor

Cada receita contém, no máximo, 4 medicamentos diferentes e/ou quatro embalagens. Outra limitação é que uma receita só pode conter até duas embalagens de cada medicamento, exceto unidoses. Ou seja, se na prescrição se encontrarem 4 medicamentos diferentes só poderá existir uma embalagem de cada um; se se encontrarem 2 medicamentos diferentes, poderão, então, existir 2 embalagens de cada [19].

Atualmente existem dois modelos de receita, eletrónica e manual, sendo esta última utilizada apenas nos seguintes casos excecionais [20]:

- Falência informática;
- Inadaptação do prescriptor;
- Prescrição no domicílio;
- Até 40 receitas/mês.

As receitas médicas podem ainda dividir-se em receita médica não renovável e receita médica renovável. A receita médica não renovável é válida por 30 dias consecutivos, a partir da data da prescrição. A receita médica renovável é constituída por um original e duas cópias, ou por três exemplares impressos, com a indicação “1.ª via”, “2.ª via” e “3.ª via” e a sua validade é de seis meses, a partir da data da prescrição.

Embora a prescrição por DCI seja obrigatória, a prescrição por denominação comercial é possível para medicamentos que não disponham de genéricos comparticipados, ou em que apenas existam medicamento de marca e nas seguintes exceções, com a justificação técnica do médico junto ao medicamento prescrito [21]:

- Exceção a) Margem ou índice terapêutico estreito
- Exceção b) Reação adversa prévia
- Exceção c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias

No caso das exceções a) e b), o utente não pode optar por outro medicamento, enquanto na exceção c) pode exercer esse direito. No momento da dispensa, o farmacêutico tem o dever de informar o utente sobre a existência de um medicamento mais barato, participado pelo SNS, que se encontre disponível na farmácia, uma vez que o utente pode optar por qualquer medicamento com DCI, forma farmacêutica, dosagem e tamanho da embalagem indicado na receita médica, independentemente do preço, assinalando a sua opção com a menção “Direito de opção” no verso da receita.

A validade e/ou autenticidade da receita determina a legitimidade da farmacoterapia prescrita, tal como a participação a que o doente tem direito. Muitas vezes, o Farmacêutico depara-se com receitas que não preenchem os critérios referidos anteriormente levando a que os utentes tenham de voltar ao local de prescrição para corrigir a situação. Nos casos de necessidade extrema dos medicamentos, o farmacêutico dispensa o medicamento (venda suspensa) após avaliação do estado clínico e do perfil farmacoterapêutico do utente estabelecendo com este um acordo em como, mais tarde, ele irá repor a prescrição dos medicamentos em causa.

## **7.2. Interpretação e avaliação da prescrição e cedência do medicamento/produto prescrito**

Após a validação da prescrição o passo seguinte é a interpretação da mesma com base no enquadramento clínico e terapêutico do utente. É importante procurar o diálogo com o utente, de forma a apurar o destinatário da receita, a sua sintomatologia e se essa pessoa sabe se vai ou como vai tomar a medicação. A adequação do diálogo ao utente é ferramenta essencial no atendimento, de forma a obter o máximo de informações acerca do doente. A via de administração, a adequação da dose, a posologia, os possíveis efeitos adversos, as contra indicações, as possíveis interações, bem como as precauções especiais na administração e a conservação dos medicamentos são parâmetros fundamentais aos quais o farmacêutico deve dar a máxima importância no ato da interpretação da prescrição, de forma a evitar incongruências terapêuticas. Em caso de dúvida ou problema relacionado com a prescrição, o farmacêutico deve ter a humildade de questionar o doente ou procurar ajuda com os restantes colegas. Se necessário, pode contactar o médico prescriptor, cujo contacto está disponível na receita. A obrigatoriedade da prescrição eletrónica ao invés da prescrição manual veio facilitar a interpretação da prescrição na medida em que não dá azo a tantos erros e não existe o fator de ambiguidade das caligrafias.

Na FVA, o atendimento é realizado com recurso ao programa *Sifarma2000*, existindo três modalidades diferentes de cedência de medicamentos/produtos: venda com receita, venda sem receita e venda suspensa. A primeira, tal como o nome indica, é a cedência de medicamentos quando o utente é portador de prescrição médica. A segunda é a venda de produtos e medicamentos que não são sujeitos a receita médica. Já o terceiro caso é realizado quando o

utente não quer levar todos os medicamentos, ou todas as embalagens de uma só vez, ou em casos de urgência, como foi referido anteriormente. Importa ainda salientar que pode ser também realizada a venda a crédito, que consiste na cedência de medicamentos sem que estes sejam pagos no momento, ou seja, o utente pode realizar o pagamento posteriormente, dentro de uma data acordada com a FVA.

Uma vez efetuada a avaliação farmacoterapêutica e confirmada a prescrição procede-se ao processamento informático da receita (neste passo é possível ver se os medicamentos prescritos se encontram em *stock* na farmácia ou não), à recolha dos medicamentos e à dispensa dos mesmos.

No ato da recolha dos medicamentos, o farmacêutico tem de prestar atenção à correspondência com o que é requerido, ao nível do fármaco, da dosagem, da forma farmacêutica e do número de unidades. Deve confirmar ainda, as condições de estabilidade do medicamento, o estado da embalagem e o prazo de validade. É importante referir que, quando o médico não especifica o tamanho da embalagem, deve dispensar-se a embalagem mais pequena, e quando não especifica a dosagem deve dispensar-se a menor dosagem comercializada.

Depois de recolhidos, os medicamentos são inseridos no *Sifarma2000* através de leitura óptica do código de barras ou introdução do Código Nacional do Produto (CNP). Em seguida, são introduzidos o organismo de participação (determinam o montante que o utente terá de pagar) e os dados do utente.

Aquando da dispensa, o farmacêutico deverá facultar ao utente toda a informação necessária relativamente aos medicamentos ou produtos dispensados de modo a que o utente faça uma correta utilização dos mesmos.

Para finalizar o atendimento confirma-se o nome, a dosagem, a quantidade e o preço dos medicamentos inseridos e é realizada a impressão da fatura e do documento de faturação. Este último é impresso no verso da receita com os medicamentos dispensados e participados, sendo a mesma carimbada, datada e assinada pelo farmacêutico e pelo utente.

### **7.3. Verificação da receita após dispensa**

A verificação diária das receitas que é feita na FVA assegura a conformidade das mesmas, salvaguardando o reembolso das participações realizadas ao longo do mês e permitindo a correção de erros que tenham sido efetuados no momento da dispensa. Este procedimento inicia-se com a conferência da validade da receita aquando o ato de entrega desta pelo utente. Já após o atendimento o farmacêutico confirma se o que foi dispensado está de acordo com o que foi prescrito, ou seja, compara a frente e o verso da receita. Verifica ainda se o organismo de participação, as assinaturas do utente e do farmacêutico, a data e o carimbo estão em conformidade. No final de cada mês ou quando um lote está completo, estes são fechados, emitindo-se o verbete de identificação do lote, por via informática, que consiste num resumo

das 30 receitas desse lote, no qual consta o nº de lote, a quantidade de receitas do lote, o valor a pagar pela entidade, os encargos dos utentes, entre outros. Cada um destes documentos é devidamente validado através do carimbo e rúbrica do DT. Os lotes referentes ao SNS, juntamente com os verbetes de identificação de lote, a Relação de Resumo de Lotes e a fatura mensal, são enviados para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) e o receituário é enviado às respetivas entidades. A verificação do receituário não é feita exclusivamente pelo farmacêutico que efetuou a dispensação mas por outro elemento da equipa técnica da farmácia de modo a minimizar os erros.

#### **7.4. Regimes de participação**

O custo da maioria dos MSRM não é suportado na sua totalidade pelo utente. Há regimes de participação que pagam parte do custo total do medicamento, ou seja, o utente paga a diferença entre o PVP do medicamento e a participação cedida.

A maioria dos utentes é abrangida pela participação do SNS, mas há outros organismos como a ADME, ADMG, SAMS, EDP, PT, CTT, entre outros. Cada um dos organismos pode apresentar diferentes percentagens de participação, que também podem variar consoante o tipo de medicamento. No caso do SNS, a participação é feita com base nos preços de referência atribuídos aos grupos homogêneos, estando instituído um valor máximo a ser participado. No final de cada mês, a farmácia é reembolsada pelos organismos do valor correspondente à participação.

Há, ainda, utentes que usufruem de um sistema de complementaridade, ou seja, para além da participação do sistema principal têm ainda direito a uma participação de um subsistema. Neste caso, o utente tem de apresentar o cartão que identifica o subsistema, sendo realizada uma cópia da receita e do cartão de modo a enviar o original para a entidade principal e a cópia para o organismo de complementaridade. Os utentes com algumas patologias crónicas, como a doença de Alzheimer e Psoríase, são também alvo de uma participação especial assinalada na receita pelo respetivo despacho [22, 23].

#### **7.5. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes**

Devido ao facto de poderem ser usados para fins não terapêuticos e apresentarem potencial de abuso, os psicotrópicos e estupefacientes estão sujeitos a legislação específica e mais restrita que os demais fármacos, de forma a garantir que sejam somente utilizados nas patologias a que se destinam.

O modelo da receita é idêntico ao modelo utilizado para os restantes fármacos, no entanto, a prescrição destes medicamentos não pode ser incluída numa receita onde sejam prescritos outros medicamentos [20].

No ato da dispensa há algumas outras diferenças que se tem de ter em conta. Em primeiro lugar, devido às características e ao controlo deste tipo de substâncias, a dispensa só pode ser realizada por um farmacêutico. Depois, ao selecionar este tipo de fármacos no *Sifarma2000*, o próprio programa não permite a conclusão da venda sem antes preencher um campo com os dados do utente (nome, número e datas de emissão e validade do cartão do cidadão, idade, morada, sexo). Se o adquirente não for o doente em causa, terá de ser preenchido também um campo com os dados do adquirente, não podendo este ser menor de idade.

Para finalizar, é necessário tirar uma cópia à receita original, que ficará na farmácia, durante, pelo menos, 3 anos, enquanto a receita original segue para a entidade participadora. Ao Infarmed são enviados mensalmente a lista de movimentos de psicotrópicos e estupefacientes [9].

## **7.6. Automedicação**

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas (BPF) “a automedicação é a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente” [1]. O farmacêutico deve estar atento aos casos de automedicação, promovendo e aconselhando uma terapêutica eficaz. A Indicação Farmacêutica (IF) corresponde à seleção de um MNSRM com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de caráter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com as manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente.

Nos dias que correm, as pessoas têm acesso diário a informação e publicidade sobre medicamentos ou outros produtos de saúde. Assim, e aliado ao número crescente de MNSRM, é inevitável a prática da automedicação, cabendo ao farmacêutico a tarefa de orientar, sugerir, alertar, informar e tentar obter a concordância dos doentes, de modo a garantir a tomada de uma decisão correta sobre a melhor forma de cuidar da sua, de forma a evitar danos na saúde pública devido ao uso irracional de medicamentos.

O sucesso da automedicação e da indicação farmacêutica depende da correta avaliação do doente e do problema. Assim sendo, o farmacêutico deve apurar os sinais e sintomas, a duração do problema, os medicamentos que o doente toma, as alergias e outros problemas de saúde manifestados pelo doente. Após fazer uma análise global o farmacêutico deve distinguir um quadro clínico tratável com medidas não farmacológicas, um que exija MNSRM e outros mais graves de referenciação médica. Se não for um caso passível de referenciação médica, recorre-se a protocolos e normas de orientação terapêutica, que definem e uniformizam a intervenção farmacêutica.

## **8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

### **8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene**

A procura crescente de produtos de dermocosmética levou a que tanto as farmácias como os farmacêuticos se adaptassem a esta nova realidade, procurando obter um conhecimento mais alargado sobre esta área de forma a poder suprir as necessidades dos utentes. Hoje em dia, há uma aposta clara por parte das farmácias neste tipo de produtos, sendo impossível imaginar uma farmácia que não tenha as prateleiras cheias dos mesmos.

De forma a proteger o consumidor, foi criada legislação de suporte à venda e comercialização desses produtos. De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2010, de 21 de outubro, o qual regulamenta a comercialização de produtos cosméticos, produto cosmético é “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” [24].

Embora este tipo de produtos possa ser prescrito por um médico, no tratamento das mais variadas patologias, na maioria das vezes são procurados pelos utentes sem aconselhamento médico. Assim, o papel do farmacêutico ganha relevo, devendo este procurar manter-se atualizado em relação às diversas gamas que estes produtos apresentam no mercado e adequar da melhor forma o tipo de produto à necessidade do utente.

A FVA tem à disposição dos utentes uma ampla gama de produtos de dermocosmética. Como exemplo de marcas, na FVA existe a Avène®, Aderma®, La Roche-Posay®, Uriage®, Ducray®, Klorane®, Vichy®, Mustella®, Neutrogena®, D’Aveia®. Os produtos de dermocosmética encontram-se, na sua maioria, em prateleiras na zona de espera onde são apresentadas as linhas de rosto, de corpo, de podologia, produtos para maquilhagem, protetores solares, linhas para bebés e gamas para tratamento capilar. Estes produtos estão dispostos por marca e dentro da marca pelas diferentes linhas de modo a facilitar a procura tanto dos utentes como dos farmacêuticos.

### **8.2. Puericultura**

A parte da Puericultura integra todos os produtos que se destinam aos cuidados do bebé. A FVA tem ao dispor dos utentes uma vasta gama deste produtos, desde cremes corporais a outros produtos, como chupetas, biberons ou bombas para tirar o leite. Por ser uma área que não pertence somente ao domínio das farmácias, havendo bastante concorrência, a FVA tem uma

preocupação constante com a atualização e modernização da puericultura, de modo a oferecer ao utente o melhor serviço possível.

### **8.3. Produtos dietéticos para alimentação especial**

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2010, de 21 de junho [25], entendem-se por géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial os produtos alimentares que, devido à sua composição ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e são comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo. Os grupos de géneros alimentícios existentes são os seguintes:

- a) Preparados para lactentes;
- b) Leites de transição e outros alimentos de complemento;
- c) Alimentos para bebés;
- d) Géneros alimentícios, com valor energético baixo ou reduzido, destinados ao controlo de peso;
- e) Alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos;
- f) Alimentos pobres em sódio, incluindo os sais dietéticos hipossódicos ou assódicos;
- g) Alimentos sem glúten;
- h) Alimentos adaptados a esforços musculares intensos, sobretudo para os desportistas;
- i) Alimentos destinados a pessoas que sofrem de perturbações do metabolismo dos glúcidos (diabéticos).

Na FVA lida-se quase diariamente com este tipo de produtos como os da marca Fortimel® ou Meltina® e, principalmente, com produtos dietéticos, como a Depuralina®. Alimentos para bebés ou alimentos sem glúten também são bastante comercializados.

### **8.4. Produtos dietéticos infantis**

Segundo o Manual de Aleitamento Materno do Comité Português para a Unicef [26] a prática exclusiva do aleitamento materno é a melhor maneira de alimentar a criança até aos 6 meses de idade. A prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, a proteção sobre alergias e a prevenção da diabetes e de outros linfomas são algumas das vantagens que o aleitamento materno trás ao bebé e à mãe.

Contudo, há situações em que o aleitamento materno não é possível, nomeadamente por falta de leite da mãe ou por razões médicas que a impeçam de tal, como são exemplos determinadas infeções, ou ainda em situações patológicas do bebé, como a fenilcetonúria e a galactosémia.

Nestes casos, parte-se para uma alimentação artificial.

Os produtos dietéticos infantis incluem leites, farinhas, e também outros produtos, como boiões de frutas e infusões, sendo as suas fórmulas especificamente direcionadas para lactentes e crianças até aos 3 anos de idade e adequados às necessidades de cada criança. Assim, podem encontrar-se produtos hipoalergénicos, anti regurgitantes, anti obstipantes, por exemplo.

Os leites disponíveis possuem uma composição adequada ao desenvolvimento e exigências nutricionais e são usados consoante a idade da criança ou consoante a necessidade de características especiais dos mesmos para ultrapassar certas carências ou patologias.

Já as farinhas, que começam a ser usadas a partir dos 6 meses de idade, podem ser preparadas com água ou com leite e podem conter ou não glúten. A escolha destes alimentos deve ser sempre feita com base nas características e necessidades da criança.

## **8.5. Fitoterapia e suplementos nutricionais**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto [8], que legisla o Estatuto do Medicamento, *medicamento à base de plantas é qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas.*

Já em relação aos suplementos nutricionais, estes são definidos pelo Decreto-Lei n.º 136/2003 de 28 de Junho [27] como os *géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estremes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida.*

## **8.6. Medicamentos de uso veterinário**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 314/2009 de 28 de Outubro [13] *medicamento veterinário é toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou*

*modificar funções fisiológicas. Estes são um bem público e recursos cruciais para a defesa da saúde e do bem-estar dos animais e para a proteção da saúde pública, sendo igualmente um instrumento de salvaguarda das produções animais, com impacto considerável na economia das explorações agropecuárias e das alimentares.*

Na FVA, a procura tanto de medicamentos para uso veterinário tal como as dúvidas em relação a estes tem vindo a crescer. Os desparasitantes internos e externos são os produtos mais procurados, mas também pílulas ou antibióticos de largo espectro receitados pelos médicos veterinários.

Antigamente, as pessoas procuravam basicamente o veterinário para dar resposta a questões acerca da saúde animal. Hoje em dia, a farmácia é cada vez mais o local que as pessoas procuram para este tipo de questões.

O farmacêutico tem de apostar cada vez mais na formação em relação, não só aos medicamentos de uso veterinário, como às patologias características dos animais.

## **8.7. Dispositivos médicos**

Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde que englobam um vasto conjunto de produtos. São destinados, pelo seu fabricante, a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana. Estes produtos devem atingir os seus fins através de mecanismos que não se traduzem em ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, e por isto se distinguem dos medicamentos [28].

Os dispositivos médicos estão divididos em quatro classes de risco atendendo à vulnerabilidade do corpo humano e aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico. Esta classificação é atribuída pelo seu fabricante tendo em conta as regras de classificação estabelecidas nos anexos do Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho [29]:

- Dispositivos médicos de classe I - baixo risco
- Dispositivos médicos de classe IIa - médio risco
- Dispositivos médicos de classe IIb - médio risco
- Dispositivos médicos de classe III - alto risco

A classificação depende de quatro pontos fundamentais relativos aos dispositivos, são eles:

- A duração do contacto com o corpo humano:
  - Temporário
  - Curto prazo

- Longo prazo
- A invasibilidade do corpo humano;
- A anatomia afetada pela utilização;
- Os potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico.

## 9. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia

Enquanto espaço de saúde, a farmácia pode oferecer serviços de determinação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos dos utentes que permite a medição de indicadores para avaliação do estado de saúde do doente [1].

A FVA dispõe de equipamentos e instalações adequadas para a determinação dos seguintes parâmetros:

- Glicémia
- Colesterol total
- Triglicéridos
- Ácido úrico
- Pressão arterial
- Peso
- Índice de Massa Corporal

A comparação dos valores determinados com valores tabelados deve se feita com base no enquadramento clínico e terapêutico do utente. Este tipo de medições nunca deve ser encarado como diagnóstico e valores muito desviados do normal devem servir para alertar o doente, mas nunca para o alarmar. Contudo, o utente deve ser aconselhado a repetir o doseamento num outro dia, de forma a descartar certas anormalidades pontuais. Após descartar esta hipótese é essencial avaliar a razão do desvio dos valores. Caso o utente tenha uma terapia instituída deve-se inferir acerca da adesão à terapêutica, e só posteriormente referenciar para o médico, de modo a promover um ajuste da mesma. Numa situação sem diagnóstico nem terapêutica instituída, o doente deve ser referenciado para o médico. O farmacêutico deve procurar sempre aconselhar o utente, mesmo em situações que à partida são normais.

Para além da determinação destes parâmetros, a FVA providencia ainda consultas de nutrição e de podologia, realizadas por especialistas na área. Também a administração de vacinas é uma prática comum na FVA.

Pontualmente, a FVA participa em rastreios de hipertensão e diabetes, facultando aparelhos e colaboradores para a determinação da Pressão arterial e do Índice de Glicémia.

## 10. Preparação de medicamentos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril, entende-se por medicamento manipulado qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico, correspondendo uma fórmula magistral a qualquer medicamento preparado em farmácia comunitária ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina, e um preparado oficial a qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço [30].

Já a Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho, dita as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar e regula a preparação sob as suas diversas vertentes: pessoal, instalações e equipamento, documentação, matérias-primas, manipulação, material de embalagem, controlo de qualidade e rotulagem. Ao preparar um medicamento manipulado, o farmacêutico deve assegurar-se da qualidade da preparação bem como da segurança do medicamento, no que concerne às doses da ou das substâncias ativas e à existência de interações que ponham em causa a ação do medicamento ou a segurança do doente. O farmacêutico deverá também assegurar-se da qualidade das matérias-primas que utiliza [31].

A FVA, apesar de ter um laboratório devidamente equipado, não manipula substâncias. Para tal, solicita à Farmácia Serpa Pinto e esta é a responsável pela preparação dos medicamentos manipulados e consequente distribuição para a FVA.

## 11. Contabilidade e gestão

### 11.1. Gestão e formação contínua de recursos humanos

De acordo com o Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto todas as farmácias devem obrigatoriamente dispor de, pelo menos, um diretor técnico e de outro farmacêutico.

Estes podem ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente habilitado, no entanto, os farmacêuticos devem constituir, tendencialmente, a maioria dos trabalhadores da farmácia [2,3].

Segundo o Manual de Boas Práticas para a Farmácia Comunitária (MBPFC), o farmacêutico deve supervisionar, verificar e avaliar as tarefas delegadas no pessoal de apoio, intervindo sempre que necessário tal como garantir que possui formação atualizada para as tarefas que desempenha [1].

O farmacêutico deve manter-se informado a nível científico, ético e legal e assumir um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente [1].

A formação continuada deve incluir a frequência de cursos de formação científica e técnica, simpósios, congressos, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia, e ainda a leitura de publicações que contribuam para a sua atualização profissional e reforço das suas competências [1].

## **11.2. Legislação laboral**

Segundo o Decreto-Lei nº 7/2011, de 10 de Janeiro, as farmácias de oficina podem funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana, em articulação com o regime de turnos [32]. No que diz respeito ao período de funcionamento das farmácias de oficina, é disposto na Portaria nº 31- A/201 de 11 de Janeiro um período mínimo de 50 horas de funcionamento semanal. Além disso, o período de funcionamento diário das farmácias de oficina deve ser fixado em termos que garantam a abertura ao público nos períodos seguintes:

- De segunda a sexta-feira, das 10 às 13 horas e das 15 às 19 horas;
- Ao sábado, das 10 às 13 horas.

A FVA, por opção do proprietário tem um horário de funcionamento alargado:

- De segunda a sábado, das 8.30h às 21.30h [33];

## **11.3. Processamento de receituário e faturação**

No final de cada mês, o receituário é tratado para que a farmácia possa ser reembolsada no montante correspondente à comparticipação de cada um dos respetivos organismos.

Depois da verificação das receitas, já mencionado anteriormente, procede-se à sua separação por organismos e por número de lotes, tendo cada lote 30 receitas, excepto o último, que pode conter menos. Em seguida, são impressos verbetes de identificação de lotes a partir do sistema informático. Este documento resume as receitas desse lote e dele constam o nº de lote, a quantidade de receitas do lote, o valor a pagar pela entidade, respeitante ao total das receitas, os encargos dos utentes, entre outros.

No fim do mês, é emitido, após o fecho de lotes por cada organismo, a Relação Resumo de lotes e a fatura mensal de medicamentos de cada entidade responsável pelas comparticipações.

O receituário é, então, enviado às respetivas entidades. Os lotes referentes ao SNS, juntamente com os verbetes de identificação de lote, a Relação Resumo de Lotes e a fatura mensal, são enviados para o CCF. Os lotes das restantes entidades, fazendo-se acompanhar pelo resumo dos verbetes de lote e pelas faturas, são enviados até ao dia 10 de cada mês para a Associação Nacional das Farmácias (ANF). Depois de conferido o receituário, o montante da

comparticipação é reembolsado pela ANF, que funciona como intermediário entre as farmácias e os vários organismos de participação [34].

Na FVA a emissão de faturas e o encaminhamento dos respetivos documentos do final do mês relativos ao receituário é efetuado pelo DT.

## 11.4. Documentos contabilísticos e fiscais

Na FVA a contabilidade está a cargo de um contabilista. No entanto, tal não impede que o farmacêutico tenha noções básicas de gestão da farmácia, principalmente, no que concerne a aspetos contabilísticos e fiscais.

### Principais documentos contabilísticos a ter em conta:

- *Guia de remessa* - Documento que, obrigatoriamente, acompanha a mercadoria desde o fornecedor até à farmácia e permite conferir a encomenda.
- *Fatura* - Documento que caracteriza a encomenda, quanto à qualidade, quantidade, preço e taxas de IVA, devendo ser conferida, após a sua chegada à farmácia, com a guia de remessa.
- *Nota de crédito* - Documento enviado pelo fornecedor aquando da receção da nota de devolução
- *Nota de devolução* - Documento emitido aquando do processamento de uma devolução.
- *Inventário* - Consiste na quantificação de todas as imobilizações corpóreas da farmácia. No final de cada ano civil procede-se, informaticamente, à listagem do inventário por taxas de IVA. O inventário discrimina todos os produtos existentes na farmácia, de acordo com a taxa de IVA. O inventário é remetido aos serviços de contabilidade.

### Principais aspetos fiscais:

- **IVA** - o valor deste imposto encontra-se dependente do valor das compras e das vendas de cada mês. De acordo com as leis em vigor, na farmácia existem produtos com IVA a 6% ou a 23%.
- **IRS** - todos os produtos de 6% de IVA entram para as despesas de IRS, enquanto os produtos a 23% só entram quando acompanhados de receita médica.
- **IRC** - calculado com base no rendimento gerado pela farmácia durante o ano.

## 12. Conclusão

A primeira vez que passei além de um balcão de uma farmácia foi já no 3º ano do curso, aquando a realização do estágio observacional. Desde então, não voltei a passar até a FVA me ter acolhido para realizar o estágio em farmácia comunitária. Isto para enaltecer a importância que os estágios têm na vida de um estudante. Se não fossem os dois estágios que fiz

(principalmente o estágio curricular), provavelmente a esta altura seria um aluno com o MICF quase concluído, e sem conhecer uma farmácia, naquilo que é a sua verdadeira essência. Hoje, graças a este estágio realizado, considero-me um aluno conhecedor do funcionamento básico de uma farmácia.

Este estágio permitiu-me aplicar muitos dos conhecimentos adquiridos ao longo dos cinco anos de estudo, mas acima de tudo trouxe com ele novos ensinamentos, novas experiências e principalmente vontade de aprender mais e mais.

Atualmente vejo a farmácia comunitária de outra forma, o que antes era um local de cedência de medicamentos hoje é para mim um local de procura: procura de aconselhamento, de informação e muitas vezes até de um ombro amigo.

Pelo contributo científico que oferecem e principalmente pela importância social que têm na comunidade, acabo o estágio ciente de que tanto farmacêutico como a farmácia são peças chave no panorama da saúde em Portugal.

O farmacêutico, hoje mais do que nunca, tem de estar preparado para dar respostas em vários campos do conhecimento. De facto, ter conhecimentos técnico-científicos, só por si não chega, mas acima de tudo é necessário devolver a confiança que nos é depositada pelas pessoas. Saber ouvir, saber compreender, saber agir saber confortar são palavras de ordem que devem estar presentes no dia-a-dia de um farmacêutico que se preze. E nunca perder a humildade de querer aprender sempre mais. Como dizia Albert Einstein “Quanto mais aprendo, mais dou conta da minha ignorância.”

Para finalizar, quero deixar um enorme agradecimento ao Dr. Rui Neves Ferreira e à Dra. Carla Oliveira por terem permitido o estágio na sua farmácia. A toda a equipa técnica da FVA, em especial à Dra. Maria José Almeida, pela forma como fui recebido e tratado durante estes 3 meses. Os seus conhecimentos e a sua experiência, aliados à vontade de ajudar foram de facto importantíssimos para a minha integração. É com enorme carinho e satisfação que afirmo que esteja onde estiver esta equipa será levada por mim no coração.

## 13. Bibliografia

1. Conselho Nacional da Qualidade, Ordem dos Farmacêuticos.- Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3º ed. 2009.
2. Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
3. Portaria n.º 307/2007, de 31 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
4. Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de Novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
5. Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto. Disponível em Diário da República, 2006.
6. Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
7. Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
8. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
9. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
10. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)
11. Decreto-Lei n.º 189/2008 de 24 de Setembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
12. Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de Julho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
13. Decreto-Lei n.º 314/2009 de 28 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
14. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
15. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - Código deontológico. 1998.
16. Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
17. INFARMED. Notificação de Ram. 2015. Disponível em:  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO\\_DE\\_RAM/Ficha%20de%20notificacao%20PS\\_setembro%202014.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM/Ficha%20de%20notificacao%20PS_setembro%202014.pdf)
18. VALORMED. Valormed. 2015. Disponível em: <http://www.valormed.pt/>
19. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio. Em Diário da República, 2015.
20. INFARMED. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. 2014. Disponível em:

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/PRESCRICAO\\_DISPENSA\\_E\\_UTILIZACAO/Normas\\_dispensa.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_dispensa.pdf)

21. Despacho n.º 15700/2012, de 30 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
22. Despacho 13020/2011, de 20 de setembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
23. Lei n.º 6/2010, de 7 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
24. Decreto-Lei n.º 113/2010, de 21 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
25. Decreto-Lei nº 74/2010, de 21 de junho. Em Diário da República, 2015.
26. Comité Português para a UNICEF, L. L e H. B. - Manual do aleitamento materno.2012. Disponível em:  
[https://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento\\_2012.pdf](https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)
27. Decreto-Lei n.º 136/2003 de 28 de Junho. Em Diário da República, 2015.
28. INFARMED. Dispositivos Médicos. 2012. Disponível em:  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS)
29. Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [ww.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)
30. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)
31. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
32. Decreto-Lei nº 7/2011, de 10 de Janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt).
33. Portaria n.º 31 - A/201 de 11 de Janeiro- Em Diário da República, 2015.
34. ACSS. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Faturas do SNS. 2015. Disponível em:  
[https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/Manual\\_de\\_Relacionament\\_o\\_de\\_Farm%C3%A1cias\\_v1.16.pdf](https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/Manual_de_Relacionament_o_de_Farm%C3%A1cias_v1.16.pdf)



# CAPÍTULO 2 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR

## 1. Introdução

Na fase final do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), é dada aos alunos finalistas, a possibilidade de estagiar no âmbito da farmácia hospitalar, para além do estágio obrigatório em farmácia comunitária. Esse estágio pode ainda ser realizado através do programa de intercâmbio ERASMUS+.

Ao longo do meu percurso académico, sempre tive vontade de expandir horizontes e de aprender mais e o estágio em ERASMUS+ foi o mote ideal para consumir essa vontade, tendo a oportunidade de conhecer uma nova cultura, aprender com profissionais da área e poder estabelecer comparações entre o sistema de saúde português e o do país de destino, neste caso, Itália.

Este estágio teve lugar no *Instituti Fisioterapici Ospitalieri* (IFO) de 4 de maio a 31 de julho de 2015, em Roma, Itália.

De seguida, são apresentadas as atividades desenvolvidas no IFO, bem como o enquadramento institucional e legal na área da saúde em Itália.

## 2. Enquadramento

Segundo a lei portuguesa, as atividades em farmácia hospitalar são definidas como “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].

À semelhança do que acontece em Portugal, em Itália também existe uma entidade regulamentar na área do medicamento, denominada por *L’Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA). Esta, por seu turno, é supervisionada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Economia italianos.

## 3. Instituti Fisioterapici Ospitalieri

O IFO é uma entidade pública responsável por gerir dois institutos de saúde pública italianos: o *Instituto Dermatologico San Gallicano* (ISG) e o *Instituto Nazionali Tumore Regina Elena* (IRE) (em português “Instituto Dermatológico *San Gallicano*” e “Instituto Nacional de Tumores *Regina Elena*”, respetivamente), classificados desde 1939 como institutos de cuidado hospitalar com

carácter científico (*Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico* (IRCCS)). Os IRCCS articulam-se com outras instituições ligadas à saúde, como a AIFA e o Ministério da Saúde italiano.

O ISG foi fundado em 1725 pelo Papa Bento XIII e situa-se atualmente no centro de Roma, no bairro de Trastevere, sendo que este instituto foi considerado um dos maiores exemplos de engenharia sanitária do século XVIII e é, desde 1939, classificado como IRCCS. A sua estrutura organizativa é do tipo departamental e compreende os departamentos clínico-experimentais de dermatologia inflamatória e imunoinfecciológica e de dermatologia oncológica. No ano 2000, foi transferido quase na totalidade para um edifício novo e moderno situado nos arredores de Roma, onde está também situado o IRE. Com a mudança de localização, o instituto ganhou espaço mas também oportunidade de aumentar a oferta de serviços e cuidados. De facto, ao longo dos anos, este instituto tornou-se num centro de referência nacional ao nível do diagnóstico e tratamento, tanto de doenças de pele, como de doenças sexualmente transmissíveis, dirigindo a sua atividade para as doenças imuno-inflamatórias da pele, oncologia e alergologia infecciosa, tendo serviço de internamento, hospital de dia e cirurgia. Outra questão importante é o uso de avançadas técnicas de diagnóstico como por exemplo a epiluminescência, uma técnica não invasiva para deteção de cancro cutâneo em fase inicial. Sendo uma instituição de prestígio em Itália, o ISG estabelece inúmeras colaborações, tanto públicas como privadas, com o propósito de promover a saúde e o desenvolvimento científico [2].

O outro instituto integrante do IFO é o IRE, que opera no âmbito clínico, na investigação e na formação de aspetos relacionados com doenças oncológicas. O ponto forte desta instituição de saúde é mesmo a articulação que a estabelece entre a prática clínica e o desenvolvimento científico, permitindo melhorar a qualidade do serviço prestado por meio da utilização de técnicas pioneiras e inovadoras. Este desenvolvimento só foi possível graças à aquisição de plataformas tecnológicas sofisticadas e de pessoal técnico especializado e competente. O IRE foca-se principalmente na qualidade de vida dos seus utentes, procurando melhorar a sua qualidade e esperança de vida, desenvolvendo técnicas de controlo da dor, o uso de fármacos inteligentes, entre outras técnicas. Assim como o ISG, o IRE estabelece colaborações com diversas instituições de ensino e entidades públicas e privadas com vista à promoção da saúde.

## **4. Localização, espaço físico, horário**

O IFO, como referido anteriormente localiza-se nos arredores de Roma e alberga os dois institutos, ISG e IRE. O meu estágio foi dividido por três departamentos, a FE, a farmacovigilância (FV) e a farmácia interna (FI).

O primeiro local onde estagiei, a FE, localiza-se nas antigas instalações do ISG, onde agora tem lugar o INMP - *Instituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti*. A FE *San Gallicano* consiste numa farmácia comunitária convencional com a particularidade de

possuir um laboratório de preparações galénicas não estéreis altamente equipado para o efeito. O horário de funcionamento é das 8h30m às 19h30m durante a semana.

O segundo local pelo qual passei foi o departamento de FV, que se situa no edifício atual do IRE, no piso -1, em duas pequenas salas contíguas. Este departamento é o responsável por reportar todas as questões relacionadas com a segurança dos medicamentos utilizados naquele hospital e também pelo estudo de novas formulações galénicas ou procedimentos a implementar no hospital com vista à melhoria da qualidade de vida dos utentes. O horário de funcionamento é das 8h30m às 15h30m à semana e das 8h30m às 13h00m ao sábado.

Por último, passei pela FI do IRE, que ocupa uma área considerável do piso -3 deste hospital. Esta é dotada de uma secretaria, um local para a receção de encomendas e para a verificação da conformidade das mesmas, um armazém, uma sala destinada à dispensa de medicamentos em regime de ambulatório, uma sala de arquivo de toda a documentação relativa aos fármacos que se destinam a ensaios clínicos bem como o armazenamento dos mesmos, três frigoríficos, o gabinete da diretora técnica (DT), onde se armazenam os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, diversos gabinetes, nos quais trabalham não só farmacêuticos mas também administrativos, uma sala destinada às refeições e convívio e serviços sanitários. Também fazendo parte da farmácia interna, existe a *Unitá Manipolazione Quemioterapici Antiblastici* (UMaCa), que é o local onde são efectuadas todas as preparações estéreis, seja para tratamentos de quimioterapia, seja para alimentação parentérica, e que é dotada de três câmaras de fluxo laminar, vários armários com material necessário à execução das preparações e os respectivos fármacos. O horário de funcionamento regula-se pelo da FV, com a ressalva da obrigatoriedade de estar uma pessoa responsável pela mesma até às 20h00m todos os dias.

## 5. Recursos Humanos

A FE do ISG está sob a direção do Dr. Felice Musicco. À sua responsabilidade tem três farmacêuticos sendo que um apenas se ocupa do atendimento ao público da farmácia comunitária e os outros dois são polivalentes, sendo que tanto estão no atendimento ao público como no laboratório de preparações galénicas não estéreis.

No departamento de FV, também sob a direção do Dr. Felice Musicco, colaboram duas farmacêuticas e duas administrativas.

A FI está à responsabilidade da Dra. Antonia Marina La Malfa e possui uma grande variedade de recursos humanos. Ao nível científico colaboram na FI quatro farmacêuticos, que se ocupavam da validação e conferência das terapias oncológicas, da farmácia de ambulatório, dos ensaios clínicos e dos fármacos estupefacientes e psicotrópicos, entre outras tarefas. Aqui também colaboram seis enfermeiros, cuja atividade se centraliza na UMaCa. Ao contrário do que acontece em Portugal, no IFO são os enfermeiros que se ocupam da preparação das terapias oncológicas que são administradas posteriormente aos utentes. Estes profissionais, para além

das preparações estéreis, ocupam-se também de uma segunda verificação das terapias oncológicas e do controlo de stocks dentro da UMaCa. Para além do corpo científico, trabalham também na FI administrativos e auxiliares operativos (AO) que auxiliam tanto os farmacêuticos como os enfermeiros no desempenho das suas funções.

## 6. Organização e gestão do IFO

Assim como acontece em Portugal, também em Itália, a organização e gestão de stocks fica ao encargo do farmacêutico, sendo que tanto o pessoal administrativo como os AO prestam auxílio ao farmacêutico na consecução desta tarefa.

### 6.1. Prontuário terapêutico hospitalar

O prontuário terapêutico hospitalar ou *Prontuario Terapeutico Ospedaliero* (PTO), em italiano, compila todos os fármacos e outros produtos farmacêuticos que integram uma farmácia hospitalar. Este documento é essencial no dia-a-dia de um hospital e serve de base à redação de um outro documento científico denominado por *Prontuario Terapeutico Aziendale* (PTA) [3]. Mais uma vez, a entidade que regula os fármacos que integram o PTA é a AIFA. Esta regulação tem por base as necessidades de cada instituição hospitalar, nomeadamente o tipo de patologias nas quais o hospital se centra.

### 6.2. Classes de fármacos

À semelhança do que sucede em Portugal, em Itália também existem diferentes níveis de comparticipação por parte do estado; desta forma, a comparticipação pode ser dividida nas seguintes categorias [4]:

**Classe A (fáscia A)** - nesta categoria o utente não tem qualquer encargo com o medicamento sendo que o mesmo é inteiramente acarretado pelo estado italiano. Desta classe fazem parte os medicamentos para doenças crónicas e outros fármacos essenciais;

**Classe C (fáscia C)** - nesta categoria estão incluídos todos aqueles que não se enquadram na classe A. Por sua vez, o custo é suportado na íntegra pelo utente, com exceção dos casos em que o utente em causa tenha uma patologia rara, ou seja transplantado, inválido de guerra ou vítima de terrorismo. Estes podem ainda requerer receita médica ou não.

**Classe H (fáscia H)** - os fármacos que integram esta categoria pertencem exclusivamente a uso hospitalar e o custo está à responsabilidade do estado italiano.

### 6.3. Seleção de fármacos

Os fármacos a adquirir por cada instituição hospitalar são selecionados tendo como orientação o PTA.

Contudo, o hospital só pode requerer os fármacos que foram selecionados pela *Commissione Terapeutica Ospedaliera* (CTO), tendo como critérios de seleção aspetos como a eficácia, segurança e o custo para a instituição.

Após esta análise, é controlado o *stock* para cada produto e com base nas necessidades específicas do hospital é efetuada a encomenda aos fornecedores que fazem parte da *gara*, que consiste numa lista que compila todos os fármacos do PTA com as respetivas fichas técnicas e os laboratórios aos quais devem ser requeridos.

O DT da farmácia tem como responsabilidade garantir que o *stock* cobre, no mínimo, 30 dias e é também este que valida o envio de toda e qualquer encomenda.

Aquando da receção de uma encomenda, é da responsabilidade dos técnicos auxiliares verificar o número de volumes rececionados, assim como se os mesmos se encontram nas devidas condições e se correspondem ao que vem descrito na encomenda.

### **6.3.1. Fármacos não registados em Itália**

Dada a enorme variedade de patologias que são tratadas no IFO, por vezes há necessidade de adquirir fármacos que não estejam registados na AIFA. Esta requisição deverá ser efetuada pelo médico e este deverá discriminar qual o propósito da mesma, isto é, se se destina a algum doente ou ao *stock* do hospital. Quando se destina a um doente em particular, a requisição deve conter os dados do mesmo (nome, data de nascimento, patologia) e quando se destina a um grupo de doentes deverá ser indicado o número de beneficiários.

O pedido deverá então ser dirigido à entidade responsável, pelo médico ou farmacêutico através de um documento específico (*Modulo per la richiesta de farmaci esteri*) e com as seguintes informações:

- Nome do medicamento e forma farmacêutica;
- Identificação da empresa produtora;
- Titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM);
- Declaração de conformidade legal do medicamento no país de origem;
- Quantidade requerida;
- Documento declarando total responsabilidade pela requisição.

Neste tipo de situações, a legislação que a regula está vigente através do *Decreto Ministeriale 11 di febbraio de 1997* [4].

### **6.3.2. Fármacos que não pertencem ao PTA**

Por vezes, há necessidade de recorrer a terapias que não constam do PTA do hospital em questão mas que estão registados em Itália. Esses casos contemplam os utentes que estavam a ser seguidos por um clínico externo ao IFO ou que tenham sido transferidos de outra instituição

de saúde. Para qualquer uma das situações, o farmacêutico deverá analisar a requisição e, se a resposta for afirmativa, proceder ao envio do mesmo para sua consumação [5].

### **6.3.3. Aquisição de fármacos estupefacientes e psicotrópicos**

A aquisição deste tipo de fármacos é efetuada através do preenchimento de um documento próprio denominado “*Buono Acquisto*” (Anexo 1). Em cada documento pode constar apenas um princípio ativo e uma dosagem, e o mesmo é caracterizado por um número identificativo e três secções. A primeira secção destina-se à farmácia do hospital, a segunda destina-se à entidade que fornece os fármacos e a terceira à autoridade regional de saúde.

O *Buono Acquisto* deve ser enviado à autoridade regional de saúde por fax ou correio e deve conter as seguintes informações:

- Entidade fornecedora e respetiva morada;
- DCI, dosagem e quantidade de fármaco;
- Nome do DT e assinatura;
- Carimbo e endereço da farmácia.

### **6.4. Receção de encomendas**

A receção das encomendas está à responsabilidade de um OA, e é efetuada em local próprio para o efeito, no armazém da farmácia interna do IFO. Assim que receciona a encomenda, o OA deve verificar se o que foi rececionado corresponde quantitativa e qualitativamente ao que está descrito na nota de encomenda e no *Documento di Trasporto* (DDT).

À medida que vai dando entrada dos produtos, o AO deve verificar o estado de conservação das embalagens, se foram asseguradas as especificações de transporte dos produtos, nomeadamente a conservação, a temperatura controlada, os prazos de validade e os lotes.

Na hora de dar entrada dos produtos, os de conservação no frio devem ser prioritários, de modo a garantir o mínimo de variação da temperatura.

Uma vez finalizada a receção da encomenda, o OA deve assinar, datar e carimbar os documentos envolvidos. A verificação pelo DT aplica-se na receção de fármacos psicotrópicos e estupefacientes como será descrito no ponto seguinte

#### **6.4.1. Fármacos estupefacientes e psicotrópicos**

Devido às propriedades deste tipo de fármacos e o seu potencial para criar dependência, existe um processo de receção específico para os mesmos, sendo que requerem que a conferência sejam realizada por um farmacêutico, bem como a presença da assinatura do mesmo e a data, carimbo da farmácia no DDT.

Após a conferência dos aspetos referidos no ponto 6.4, deve ser tirada fotocópia dos documentos pelo OA e entregues à farmacêutica responsável pelos mesmos, de modo a que estes sejam arquivados em local especialmente destinado ao efeito. No IFO, é a DT, Dr. Antonia Marina La Malfa, que tem acesso a este armário e que está responsável pela sua gestão [6].

#### **6.4.2. Matérias-primas**

Dado o elevado volume de preparações galénicas não estéreis realizadas na FE do ISG, chegam à mesma várias encomendas de matérias-primas semanalmente. O processo de encomenda é em tudo similar ao dos fármacos, contudo, o processo de receção requer atenção a alguns pontos adicionais para além dos que são exigidos nas encomendas dos fármacos ditos convencionais: o código interno de cada substância, a denominação comum internacional (DCI), a data de receção, a data de reanálise, e o cálculo do preço por grama/miligramma.

Uma vez concluído este processo de identificação, procede-se à etiquetagem das embalagens e recipientes rececionados e ao seu armazenamento.

#### **6.5. Armazenamento**

O armazenamento é, sem dúvida, um dos passos mais importantes em qualquer farmácia, uma vez que um armazém organizado e devidamente identificado, garante uma otimização do processo de dispensa de produtos, seja aos utentes em ambulatório, seja para o uso interno da farmácia.

O armazém é composto por várias áreas com armários fechados, prateleiras e frigoríficos que respeitam todas as normas de higiene e segurança requeridos. Todo o armazém está sujeito a vigilância 24h por meio de câmaras de videovigilância e o acesso ao mesmo, bem como à farmácia interna do IFO, está sujeito à apresentação de um cartão identificativo.

As condições de temperatura e humidade são mantidas e controladas diariamente, bem como o aspeto da humidade que podem afetar o estado de conservação dos medicamentos (T<sub>máx</sub>: 25° e humidade < 60%). Os produtos de conservação no frio são armazenados nas câmaras refrigeradoras e estão a uma temperatura que pode oscilar entre os 2° e os 8°C. Os produtos são dispostos por ordem alfabética de DCI segundo o princípio *First expire, First Out* (FEFO).

No caso dos citostáticos, estes encontram-se armazenados no interior da UMaCa para fácil acesso pelos enfermeiros que com eles trabalham, mas de acesso vetado a pessoal não autorizado a entrar na UMaCa.

### **7. Distribuição**

O sistema de distribuição é fundamental no dia-a-dia de um hospital, sendo que, se este for bem organizado e gerido, permite um fluxo contínuo do medicamento dentro do hospital e uma otimização dos serviços.

No IFO, esta pode ser dividida em 3 categorias:

1. *Dispensazione al riparti*
2. *Dispensazione diretta*
  - a. *Alla dimissione*
  - b. *Dei farmaci dei classe H*
3. *Dispensazione dei farmaci stupefacenti e psicotrope*
4. *Dispensazione della terapia sperimentale*

### **7.1. Dispensazione al riparti**

Este tipo de sistema consiste numa distribuição por departamentos pretendendo aumentar assim o controlo de *stocks* e de gastos.

Para isso, cada departamento tem um enfermeiro responsável que, em articulação com a farmácia interna do IFO, define um *stock* máximo e mínimo, com base nas necessidades do departamento pelo qual é responsável, que podem ser alterados, caso se justifique.

Aquando do envio da requisição de produtos por parte do enfermeiro responsável por aquele departamento, o farmacêutico analisa a mesma e, caso esteja tudo conforme, dá indicação a um enfermeiro da FI que proceda à preparação do carro com gavetas que será depois levado até ao departamento que efetuou a requisição.

### **7.2. Dispensazione diretta**

A dispensa direta refere-se ao ato de dispensa de medicamentos por parte do farmacêutico responsável da FI a doentes que vão diretamente a este departamento do IFO buscá-los. Neste âmbito, os utentes podem ser de dois tipos: aqueles que acabaram de ter alta médica decorrente de um processo de internamento (*utenti in dimissione da UOC*); e aqueles que padecem de patologias crónicas, como a hepatite C ou a SIDA, que são seguidos por aquele hospital e que, pela especificidade da terapia afeta à sua patologia, esta só pode ser adquirida na FI do IFO.

Para melhor compreensão deste tópico, é importante referir os tipos de modelos de receita que existem no IFO:

- **Módulo Convencional** - destina-se à prescrição de terapias que não são de uso exclusivo hospitalar e podem ser aviadas nas farmácias comunitárias;
- **Módulo A** - Usado de modo a ser assegurado o tratamento para, pelo menos, 7 dias aos doentes que tiveram alta daquela unidade hospitalar;
- **Módulo B** - Este é usado para que o doente possa obter o medicamento de uso exclusivo hospitalar, isto é, os de classe H, como por exemplo aqueles usados no tratamento da Hepatite C ou da SIDA.

Seja qual for o módulo apresentado pelo utente, a dispensa está sempre sujeita à apresentação de documentação identificativa do doente por parte deste ou de alguém incumbido para o efeito, mas igualmente bem identificado.

O ato da dispensa é efetuado numa sala à entrada da FI, devidamente resguardado, dando privacidade ao utente e permitindo ao farmacêutico explicar a posologia e os cuidados a ter durante a terapia.

Após cada atendimento ou sempre que possível, o farmacêutico regista o que foi dispensado e a quem foi, de modo a haver um maior controlo de segurança, bem como dos gastos que o hospital tem com determinadas terapias. Este controlo serve também para que o IFO possa receber a comparticipação dos fármacos por parte das entidades governamentais [7].

### **7.3. Dispensazione dei farmaci stupefacenti e psicotrope**

A requisição deste tipo de fármacos obedece ao preenchimento de um documento denominado por *“Modulo per l’approvvigionamento dei reparti delle aziende ospedaliere presso la farmacia interna di medicinale a base di stupefacenti e sostanze psicotrope”* por parte do médico prescritor e da assinatura e carimbo do diretor clínico.

À semelhança do que acontece com todos os fármacos psicotrópicos e estupefacientes, é necessário um documento para cada fármaco ao qual corresponde apenas uma forma farmacêutica e dosagem [8]. Assim que o farmacêutico avalia a requisição e a dá como corretamente preenchida, procede-se ao embalamento do fármaco e à sua entrega por parte de um AO.

No final, toda a documentação afeta, deverá ser arquivada manualmente e informaticamente.

### **7.4. Dispensazione della terapia sperimentale**

Como foi referido no ponto 3, o IFO é um centro hospitalar de referência tanto no tratamento de doenças oncológicas como no tratamento de doenças dermatológicas e aposta largamente no desenvolvimento de novas terapias e utilização de fármacos inovadores.

Por isso, o processo de dispensa de fármacos experimentais é bastante criterioso, podendo fazer-se diretamente ao utente ou ao departamento que o requisitou. No ponto seguinte será desenvolvido com maior detalhe os trâmites relacionados com este tipo de fármacos.

## **8. Produção**

Durante o meu estágio no IFO, tive oportunidade de constatar que todas as atividades ali realizadas estão sob a orientação de protocolos e normas a seguir. A produção não é exceção, sendo até das áreas mais importantes ao nível de protocolos, de modo a diminuir os erros do

processo e levar a um produto final com elevada qualidade. No IFO, há dois tipos de produção: a de preparações galénicas não estéreis e a de fármacos citostáticos.

### **8.1. Preparações galénicas não estéreis**

As preparações galénicas não estéreis podem ser oficiais ou magistrais. A principal diferença entre elas reside no facto de a primeira ser elaborada com base na bibliografia oficial vigente como a Farmacopeia Portuguesa (em Portugal) ou *Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana* (em Itália) e a segunda ser preparada tendo por base uma receita médica, na qual se discriminam as quantidades e as matérias-primas a usar [9].

Este tipo de preparações é efetuado na FE situada no bairro de Trastevere e foi aqui que iniciei o meu estágio. Juntamente com outra colega, também de intercâmbio, estávamos encarregues de todo o processo de receção de matérias-primas, que foi já mencionado no ponto 6.4.2, bem como da elaboração, embalagem, rotulagem e registo manual e informático das preparações galénicas não estéreis.

Aquando da chegada da requisição médica, geralmente via *fax*, a mesma é analisada quanto à sua exequibilidade e, caso algo não esteja conforme, deverá ser contactado o clínico prescriptor.

Uma vez validada a receita, é reunido todo o material necessário, bem como as matérias-primas que constam do protocolo da preparação. Antes de dar início ao procedimento propriamente dito, é sempre preenchida uma ficha correspondente àquela preparação, denominada por “*foglio di lavoro*” (Anexo 2). Nesta ficha, são preenchidas as seguintes informações: nome da preparação; *modus operandi*; data da preparação; nome do médico prescriptor e data da receita; nome do utente; número progressivo da preparação; matérias-primas; quantidades (em Kg ou L); lote da matéria-prima e assinatura do preparador.

Com a bancada devidamente limpa e com toda a documentação preenchida dá-se início ao processo, sendo que tudo é efetuado segundo as “*Norme di Buona Preparazione*” e tendo como orientação a *Farmacopea Ufficiale* [9].

Para o embalagem, o laboratório dispõe de todo o material necessário, desde tubos de vários tamanhos, a frascos de vidro escuro, boiões, garrafas, entre muitos outros. Os preparados são acondicionados cautelosamente, com vista ao mínimo desperdício possível, e para que a embalagem com o produto fique devidamente limpa. Sempre que durante o processo é utilizada uma substância pela primeira vez ou pela última vez, esta informação é registada informaticamente e assinalada na respetiva embalagem.

Para finalizar o processo, cada preparação é no sistema informático, sendo que os campos a preencher são os mesmos que constavam do *foglio di lavoro*. Este registo dá origem a uma etiqueta que, para além da informação que consta do *foglio di lavoro*, tem ainda a indicação do cálculo do preço, o prazo de validade, as advertências e os símbolos e recomendações de segurança.

Quando todos os produtos requeridos na receita estão preparados, é feito o empacotamento, para que a pessoa responsável pela sua distribuição proceda à execução da mesma. Os produtos devem ser acompanhados de um documento identificativo no qual deve constar: destinatário, número de identificação do documento, data, carimbo e assinatura do farmacêutico responsável, dados referentes à receita que lhe deu origem, preço, data do envio do pacote contendo a encomenda e assinatura do transportador.

Na farmácia são arquivadas as cópias das receitas por um período nunca inferior a três meses e dos documentos de transporte.

No anexo 3 é possível ver um exemplo da ficha técnica do manipulado “Benzoato di Benzile 20% - 1Kg” onde, para além da composição qualitativa e quantitativa e do procedimento, é possível ver como se efetua o cálculo do preço, bem como outras informações relevantes (Anexo 3).

## **8.2. Preparações estéreis**

Como referido anteriormente, durante o meu estágio no IFO, tive também a oportunidade de testemunhar o dia-a-dia passado na UMaCa, unidade onde são preparadas diariamente dezenas de preparações com destino aos diversos departamentos onde se efetuam sessões de quimioterapia. O volume de preparações chega a alcançar as 140 por dia, sendo que a cada 20 preparações efetuadas, há rotatividade de operador de modo permitir o descanso do mesmo e a garantia de um serviço com qualidade e o menor risco possível para o utente.

Todos os procedimentos ali efetuados obedecem a protocolos, criados internamente e aprovados pela DT daquela farmácia.

Todos os dias chegam prescrições médicas via *fax* ao gabinete da Dra. Janitti, para que esta possa validar com base nos seguintes aspetos: nome do utente, data de nascimento, patologia, esquema terapêutico, meio de diluição (soro, solução glicosada), ciclo de tratamento e assinatura do prescritor. A Dra. Janitti possui toda a documentação relacionada com o esquema terapêutico para cada patologia e sempre que algo não esteja conforme, a mesma procede à alteração, nos casos em que os aspetos a corrigir sejam de cariz farmacotécnico, como o meio de diluição, ou o volume da bolsa final. Quando o aspeto a alterar é a família de fármacos, a prescrição é reencaminhada de novo para o médico e a farmacêutica estabelece contacto telefónico justificando a recusa da prescrição e propondo as alterações que ache pertinente.

Ultrapassadas as questões da validação da prescrição, a mesma é inserida no sistema por via do preenchimento dos dados pessoais do utente, informação clínica do mesmo, a data de administração da terapia e a sua duração (tempo de infusão) e aspetos farmacológicos e farmacotécnicos (princípio ativo, dosagem, tipo e volume do diluente).

Após a conclusão deste passo, é emitida uma etiqueta que segue para a UMaCa para ser posteriormente anexada à bolsa contendo a terapia. Depois disto, o assistente operacional fotocopia esta documentação e entrega o original à UMaCa.

Já no interior da UMaCa, o enfermeiro confirma novamente todos os dados para assegurar que não houve erro por parte do farmacêutico e, no caso de haver algum, a documentação segue novamente para o farmacêutico, para que este esclareça ou altere o que está errado. No caso de estar tudo devidamente preenchido é dado início à preparação das “*vaschetta*”, que é uma espécie de tabuleiro onde é colocado todo o material necessário à preparação, assim como os citostáticos.

Assim que tudo esteja preparado, o enfermeiro preparador analisa de novo a etiqueta e dá início à preparação das bolsas segundo as seguintes diretivas:

- As terapias a ser administradas naquele dia são imediatamente preparadas e a hora de preparação é anotada;
- Para as terapias a ser administradas noutros dias o enfermeiro deixa tudo devidamente preparado já na bancada, desde as etiquetas ao material. Os fármacos que não são estáveis à temperatura ambiente são guardados no frigorífico.

O enfermeiro finaliza este processo de preparação com o preenchimento de um documento específico relativo à mesma, que é posteriormente arquivado juntamente com uma cópia da prescrição.

As bolsas, devidamente identificadas com o nome do utente e o serviço ao qual este pertence, são colocadas no interior de sacos herméticos que são posteriormente colocados no interior de contentores identificados com os vários departamentos de destino (DHA-*Day Hospital A*; DHB-*Day Hospital B*; DHE-*Day Hospital Ematologia*; Neuro - Neurologia) e os quais são entregues por um AO.

Apesar de não ter efetuado qualquer preparação de citostáticos dado o elevado volume de prescrições que acorriam àquela unidade diariamente, tive a oportunidade de ajudar a farmacêutica responsável a validar as prescrições e a introduzir os dados no sistema informático. Na UMaCa, colaborei na preparação da “*vaschetta*”, bem como no embalamento e envio das bolsas já dentro dos respetivos contentores. Sempre que tinha tempo livre, lia os protocolos e os esquemas terapêuticos ali preparados para um melhor entendimento de todos os procedimentos.

## 9. Ensaios clínicos

Com base na legislação portuguesa, define-se por ensaio clínico 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* [10]. Como referi acima, o

IFO é um IRCC e, como tal, está frequentemente envolvido em ensaios clínicos nas mais diversas áreas. Durante o meu estágio nesta unidade hospitalar, tive a oportunidade de conhecer o circuito ao qual deve respeitar este tipo de ensaios e o qual passo a explicar:

### **I. Autorização**

Antes de dar início a qualquer procedimento de experimentação clínica, é necessário que o protocolo experimental seja autorizado pela AIFA, posteriormente analisado pela Comissão de Ética (*Comitato Etico*) e por fim, autorizado pelo diretor clínico do IFO. Toda a documentação de autorização deverá estar na farmácia do hospital antes do início do mesmo e ali se deve manter arquivada.

### **II. Envio do fármaco experimental**

Os fármacos experimentais são enviados para o hospital pela entidade responsável pelo estudo apenas quando tem na sua posse a documentação que certifica que o estudo foi aprovado. Esse envio tem como único destinatário a farmácia do IFO e o fármaco tem de vir devidamente identificado com:

- Documento de transporte;
- Identificação de que pertence a um ensaio clínico;
- Identificação do médico responsável.

### **III. Receção do fármaco experimental**

No IFO, a farmacêutica responsável pelos ensaios clínicos é a Dra. Ana Pozi.

Aquando da receção dos mesmos, um AO verifica se estão nas devidas condições e se se fazem acompanhar da documentação exigida. Se tudo se verificar conforme, é obrigatório preencher um documento que diz respeito à receção do fármaco com a data e hora de receção e por fim datá-lo, carimbá-lo e assiná-lo.

Após esta primeira triagem, o farmacêutico inicia uma verificação mais pormenorizada no que diz respeito aos seguintes aspetos:

- Integridade do fármaco;
- Documentação;
- Correspondência qualitativa/quantitativa;
- Condições de transporte;
- Validade;
- Etiqueta.

Os fármacos são, de seguida, guardados num armazém exclusivo para o efeito, cumprindo as especificações exigidas.

A documentação é arquivada na sala de ensaios clínicos, concretamente:

- Documento de transporte;
- Cópia do documento de receção que acompanha o fármaco (enviado pela entidade);
- Cópia do documento que declara a correta receção do fármaco (a enviar à entidade).

#### **IV. Condições de Conservação**

Os fármacos são armazenados numa sala destinada a esse fim, a temperatura inferior a 25°C, ou no frigorífico, entre os 2°C e os 8°C, se o fármaco assim o exige. As condições de humidade também são monitorizadas através de um termohigrómetro.

#### **V. Entrega do fármaco ao médico responsável**

O processo de entrega do fármaco é devidamente documentado, sendo que a data da primeira entrega é combinada via *e-mail*, entre o farmacêutico e o médico responsáveis. Esse mesmo *e-mail* é impresso, carimbado e arquivado junto dos outros documentos relacionados com o ensaio clínico.

Aquando da entrega, o fármaco experimental tem de ir acompanhado da cópia de receção da encomenda dos fármacos experimentais e de outros documentos com informação sobre os mesmos.

Neste ponto, a responsabilidade da gestão dos fármacos experimentais passa a ser do médico. Sempre que este pretende prescrever uma terapia experimental, deve referir na prescrição que pertencem a um ensaio clínico.

- A terapia pode ser dispensada diretamente na farmácia, sempre mediante apresentação da receita médica e respetiva documentação. Todas as prescrições ficam sujeitas a uma avaliação da farmacêutica responsável antes do ato da dispensa.

#### **VI. Recolha dos fármacos experimentais**

Em determinadas situações pode haver necessidade de devolver os fármacos experimentais. Esses casos podem ser devido a uma não utilização pelo hospital, validade expirada, má conservação, ou por ordem da entidade que conduz o estudo. Nesses casos, é elaborado um documento pelo responsável do estudo e o qual é arquivado juntamente com a demais documentação.

#### **VII. Registo do ensaio clínico**

Para cada ensaio, deve constar a seguinte documentação:

- Autorização do protocolo experimental;
- Documentação de receção/entrega;
- Documentação de entrega ao médico responsável;

- Documentação que certifica o final do estudo;
- Declaração relativa ao uso do fármaco enviada pelo médico responsável;
- Outros.

No gabinete da Dra. Ana Pozi, é possível observar os vários arquivos onde é armazenada a documentação referente aos estudos clínicos. Apesar de ser documentação de extrema importância e não acessível a qualquer pessoa, tive acesso à mesma, tendo-me sido dada a possibilidade de ver os documentos, comprovando assim na prática o que estava descrito no protocolo [11].

## 10. Farmacovigilância

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por farmacovigilância como um *conjunto de atividades de detecção, registo e avaliação das reações adversas, com o objetivo de determinar a incidência, gravidade e nexos de causalidade com os medicamentos, baseadas no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos* [12].

Por reação adversa ao medicamento (RAM) entende-se como sendo uma reação nociva e não intencional a um ou mais medicamentos quando administrado na dose normal [6].

A farmacovigilância é uma atividade que não está apenas dirigida aos profissionais de saúde, mas sim a toda a população, sendo que qualquer pessoa pode fazer uma notificação através do *site* da AIFA.

Durante o meu estágio no IFO, tive a oportunidade de passar cerca de 1 mês no departamento de FV.

Em Itália, existe a *Rete Nazionale di Farmacovigilanza* (RNF) a qual se ocupa da recolha, análise e gestão dos registos de suspeitas de RAM. Para além disso, serve como meio de difusão da informação proveniente da AIFA, e estabelece colaborações com instituições de saúde e unidades sanitárias locais e nacionais [6].

A sinalização de uma reação adversa é um processo simples e acessível a todos, podendo o documento ser preenchido manualmente ou informaticamente sendo que terá sempre de ser entregue ao responsável sanitário daquela zona, que no caso do IFO e da região Lázio, era a Dra. Elisabetta Umana.

Uma vez na sua posse, a Dra. Umana, detentora da chave de acesso da base de dados da AIFA, inseria a informação relativa àquela suspeita de RAM na mesma [13]:

- Dados do utente que desenvolveu RAM;
- Tipo de RAM (*rash*, febre, eritema, etc);

- Fármaco suspeito de ter causado a RAM;
- Agente que reportou a RAM (farmacêutico, enfermeiro, médico, utente, etc);
- Data da sinalização;
- Outros.

Depois de inseridos os dados, é enviado um *e-mail* à pessoa que reportou o RAM a informar que a mesma já tinha sido submetida e é também enviado um e-mail à empresa detentora da AIM, informando que houve a indicação de uma suspeita de RAM.

Por todos os departamentos do IFO, existem vários exemplares do documento de sinalização de RAM, chamado de “*Scheda Unica di Segnalazione di Sospetta Reazione Avversa*” (SSADR), para que a sinalização seja feita o mais rapidamente possível (Anexo 4).

No decurso do meu estágio no departamento de FV, pude acompanhar a Dra. Umana nesta tarefa e nas reuniões que a mesma tinha com os médicos e enfermeiros por forma a esclarecer determinados aspectos da ficha de sinalização de RAM que eram solicitados tanto pela AIFA, como pela indústria responsável pelo fármaco.

Para além disso, após uma sugestão do Dr. Felice Musicco, levei a cabo uma pesquisa bibliográfica sobre o uso de combinação de fármacos (ácido salicílico 6% + clobetasol 0,015%) no tratamento da psoríase, com vista à elaboração de uma fórmula galénica para ser testada em utentes com esta doença dermatológica. O tempo não me permitiu efetuar uma análise conclusiva dos artigos que encontrei, pelo que a investigação continuou ao encargo do Dr. Musicco.

## 11. Comissões Técnicas Hospitalares

Em Itália, à semelhança do que acontece em Portugal, cada hospital possui várias comissões técnicas que são órgãos de existência obrigatória mas de carácter consultivo, que servem para auxiliar a instituição de saúde na consecução de determinados objetivos e, acima de tudo, para contribuir para uma melhor qualidade dos serviços prestados. No IFO, as comissões existentes eram as seguintes:

- *Commissione del Prontuario Terapeutico*
- *Comitato ético*
- *Comitato Infezione Ospedaliere*
- *Comitato di budget*
- *Comitato per il buon uso del sangue*

## 12. Conclusão

Durante os 3 meses de estágio no IFO, pude perceber a relevância que o farmacêutico tem dentro de uma unidade hospitalar e a sua polivalência de funções. Desde a preparação de formulações galénicas não estéreis, ao tratamento de questões relacionadas com a autorização de ensaios clínicos e toda a gestão de fármacos, o farmacêutico é uma peça-chave e os seus conhecimentos são constantemente postos à prova, sendo imperativo que o mesmo se mantenha atualizado por forma a dar resposta a tal exigência.

Ali contactei com profissionais experientes e de elevada relevância no panorama sanitário italiano, que sempre me ajudaram e se mostraram extremamente acessíveis a qualquer questão.

Apesar da barreira linguística e das diferenças no *modus operandi* do sistema italiano, penso que fui capaz de ultrapassar as dificuldades e tirar o melhor partido da experiência enriquecedora que foi o estágio nesta unidade hospitalar.

Penso que no futuro estarei mais preparado a novas situações e que incrementei a minha capacidade de ajuste, sendo uma mais-valia não só para a minha vida profissional mas acima de tudo para a minha vida pessoal.

## 13. Bibliografia

- [1] INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.), Decreto - Lei n° 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962. Legislação Farmacêutica Compilada. [Consultado em 4/07/2015].
- [2] IFO, *Instituto Fisioterapici Ospitalieri* em: <http://www.ifo.it/>. [Consultado em 7/07/2015].
- [3] SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie), *Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero*. [Consultado em 07/07/2015].
- [4] Regione Lombardia, ASL Brescia, *Corretta Prescrizione dei Farmaci*, 2012. [Consultado a 07/07/2015].
- [5] Ministero della Sallute, Decreto Ministeriale 11 di febbraio 1997, *Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero*. [Consultado em 09/07/2015].
- [6] Minghetti, P.; Marchetti, M., *Legislazione farmaceutica*, 7th Edizione, CEA, 2013. [Consultado em 12/07/2015].
- [7] Instituto Fisioterapici Ospedaliero, *Dispensazione diretta dei farmaci*, PP.FAR-2.5, 2013. [Consultado em 12/07/2015].
- [8] ULSS 6 Vicenza, *Erogazione diretta - Consegna farmaci ai pazienti dimessi o dopo visita specialista*. [Consultado em 20/07/2015]
- [9] Brusa, P.; Germano, A.; *Procedure Gestionali e Tecnologiche per il Laboratorio Galenico della Farmacia*. 2008. [Consultado em 22/07/2015].
- [10] INFARMED. Decreto - Lei n.° 46/2004, de 19 de agosto, 2004. Legislação Farmacêutica Compilada. [Consultado em 22/07/2015].
- [11] Instituto Fisioterapici Ospedaliero, *Gestione farmaci sperimentali*, PP.FAR-4, 2015. [Consultado em 30/07/2015].
- [12] INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.). *Saiba mas sobre Farmacovigilância*. 2008. [Consultado em 1/08/2015].
- [13] AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), *Rete Nazionale di Farmacovigilanza*. [Consultado a 2/08/2015].

# Capítulo 3 - Estudo do conhecimento de uma população portuguesa sobre zoonoses

## 1. Introdução

### 1.1. Contextualização histórica

Em tempos, quando as condições básicas de higiene não eram as mais apropriadas e, tanto as vacinas, como os antibióticos, ainda não tinham sido descobertos, zoonoses como a peste bubónica (ou peste negra, como é conhecida), a tuberculose bovina ou a brucelose causavam tantas mortes como nunca se imaginou que tal poderia voltar a acontecer. Contudo, a incidência e o impacto de algumas zoonoses aumentaram nas últimas décadas e novas formas de zoonoses parecem estar a aparecer [1, 2].

Hoje em dia, sabe-se que aproximadamente, 75% das doenças infecciosas emergentes no ser humano são doenças de origem animal e 60% dos agentes patogénicos humanos são zoonóticos.

Neste âmbito, alterações climáticas, modificações do habitat de espécies, variações na demografia humana e animal, deslocações anormais de agentes patogénicos e vetores relacionados com práticas humanas e globalização, deterioração de estratégias no controlo de vetores ou alterações genéticas dos agentes patogénicos são alguns dos fatores que podem provocar ou acelerar o surgimento de zoonoses [2].

Atualmente, as zoonoses afetam centenas de milhares de pessoas, especialmente em países subdesenvolvidos, e continuam a representar gastos significativos em saúde. Contudo, muitas delas são negligenciadas, não sendo priorizadas pelos sistemas de saúde a nível nacional e internacional [3]. Para reduzir os riscos das zoonoses na saúde pública é necessário adquirir uma perspetiva integrativa que inclua o estudo complexo das interações entre humanos, animais e meio ambiente de modo a definir e a combater os principais problemas que levam ao surgimento e à propagação das zoonoses [2].

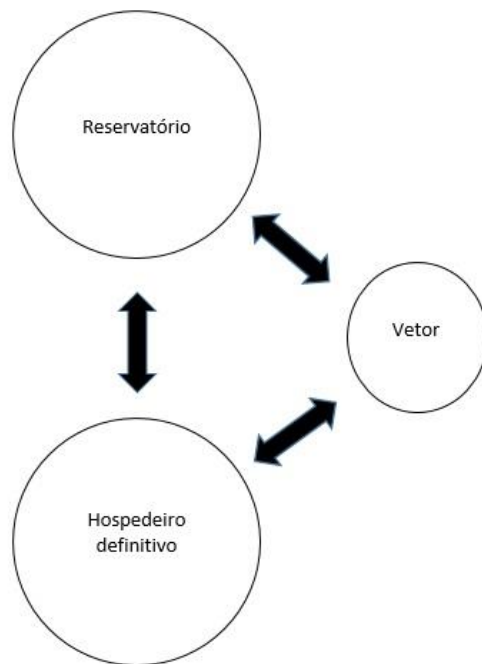
### 1.2. Zoonoses: definição e classificação

De acordo com a OMS, zoonose é qualquer doença ou infeção naturalmente transmissível entre animais vertebrados e o ser humano, ou vice-versa. Esta doença é transmitida por um agente zoonótico, que é qualquer vírus, bactéria, fungo, parasita ou outra entidade biológica suscetível de provocar uma zoonose [3, 4].

A transmissão de zoonoses pode ser direta, isto é, de um hospedeiro para outro hospedeiro, ou então necessitar de um vetor que recolhe o parasita (vírus, bactéria, etc.) num hospedeiro para o transmitir a outro (Figura 1). Os hospedeiros podem ser definitivos ou intermediários:

hospedeiro definitivo é o que apresenta o parasita na sua forma madura; hospedeiro Intermediário é o que apresenta o parasita na fase imatura. Por norma, todos os hospedeiros funcionam como reservatórios da doença.

Figura 1 - Transmissão de zoonoses



A classificação das zoonoses pode ser feita de acordo com o tipo de agente zoonótico, existindo 5 subgrupos de zoonoses:

- Causadas por bactérias (Ex: Brucelose);
- Causadas por parasitas (Ex: Toxoplasmose);
- Causadas por vírus (Ex: Raiva);
- Causadas por fungos (Ex: Dermatofitose) [5];
- Causadas por agentes não convencionais [3, 6].

### 1.3. Reservatórios

A definição de reservatório abrange qualquer ser humano, animal, artrópode, planta ou matéria inanimada onde vive e se multiplica um agente infeccioso, do qual depende para a sua sobrevivência, e reproduzindo-se de maneira a que possa ser transmitido a um hospedeiro suscetível [7].

Neste contexto, os reservatórios animais parecem ser os mais importantes e, nestes, encontramos:

- Animais domésticos;
- Ruderais - são espécies selvagens que preferem as áreas alteradas pelo homem, como terrenos baldios, margens de estradas, quintais, beneficiando da redução do número de predadores e de competidores, da abundância de alimento e das edificações;
- Comensais - que utilizam a casa, ninho, toca ou abrigo de outras espécies, como sejam formigueiros, termiteiros, ninhos de aves e moradias humanas;
- Animais selvagens [7].

#### **1.4. Modos de transmissão**

Ao contrário do que é frequentemente assumido por grande parte da população, nem todas as zoonoses necessitam de vetores para a sua transmissão. De facto, os vertebrados também são transmissores de zoonoses, como por exemplo os cães na disseminação da raiva, ou alguns roedores que transmitem doenças em zonas rurais e urbanas ou, mesmo até, algumas bactérias transmissíveis na pecuária [2].

As zoonoses transmissíveis através dos alimentos, para além de poderem colocar em risco a saúde humana, causam também prejuízos económicos nos sectores da produção e indústria alimentar. Igualmente preocupantes são também as zoonoses transmissíveis através de populações de animais selvagens e de animais de companhia [4].

#### **1.5. Vetores**

Apesar das carraças, moscas, baratas, e pulgas serem vetores comuns, capazes de transmitir vírus, bactérias, ou parasitas, os mosquitos são, sem dúvida, os vetores de doenças humanas mais importantes, enquanto as carraças são os vetores mais importantes de agentes patogénicos em animais domésticos.

Dentro do elevado número existente de vetores capazes de transmitir zoonoses, os artrópodes são aqueles que adquirem maior significado devido à sua abundância, elevada flexibilidade, adaptabilidade e sinantropismo, e às dificuldades de aplicação de programas de controlo da sua população.

As doenças com origem em vetores, tal como a Leishmaniose, provocam habitualmente um elevado nível de morbilidade e mortalidade. Assim, é fulcral criar ferramentas de forma a controlar este tipo de vetores de modo a controlar e eliminar este tipo de doenças [8].

## 1.6. Exemplos de zoonoses importantes

O Decreto-Lei n.º 193/2004 de 17 de Agosto, que visa assegurar a vigilância adequada das zoonoses, dos agentes zoonóticos e das resistências antimicrobianas conexas, apresenta uma lista de zoonoses sujeitas a vigilância da qual fazem parte a Brucelose, a Raiva e a Toxoplasmose [4]. Outras zoonoses importantes em Portugal e que tiveram destaque neste estudo foram a Leishmaniose [9], a Febre Q [10], a Doença das vacas loucas [11], a Leptospirose [12, 13], a Peste negra [14], a Larva migrans cutânea [15] e a Febre da carraça [16].

Em seguida são dados alguns exemplos de zoonoses relevantes a nível nacional. No entanto, existem muitas outras, incluindo várias doenças infecciosas emergentes [1, 2].

### 1.6.1. Raiva

A Raiva é uma zoonose potencialmente fatal comum ao homem e aos animais, principalmente aos mamíferos, provocada pelo vírus da Raiva (família *Rhabdoviridae*, género *Lyssavirus*, espécie *Rabies vírus*) contido na saliva de animais infetados, que provoca uma encefalite viral aguda. O vírus não se consegue infiltrar através da pele, só através do contacto direto com feridas, que podem ser provocadas por mordeduras ou arranhões dos animais.

Com exceção da Antártida, a Raiva é endémica em todos os continentes. O maior número de casos ocorre na Ásia e em África, onde 3 mil milhões de pessoas estão em risco de serem afetadas [17].

Apesar de existirem ferramentas capazes de controlar a Raiva, como é o exemplo de uma vacina 100% eficaz, esta doença ainda causa cerca de 55000 mortes por ano em todo o mundo, sendo que 99% dessas mortes acontecem nos continentes Africano e Asiático.

Geralmente, esta doença afeta principalmente pessoas pobres que vivem em comunidades com baixos recursos, especialmente crianças com idades inferiores a 15 anos [17].

Portugal é considerado um país livre de raiva animal e sem registos de ocorrência de casos humanos autóctones desde 1952. No entanto, a doença pode ocorrer em pessoas provenientes de países onde a raiva animal ainda não foi eliminada [18].

### 1.6.2. Brucelose

A Brucelose é uma doença infecciosa causada pela bactéria (género *Brucella*, espécies *abortus* e *melitensis*) caracterizada por causar aborto e infertilidade em muitas espécies de mamíferos e é considerada uma das zoonoses mais importantes no mundo [19].

No ser humano, a Brucelose pode surgir na forma aguda ou na forma insidiosa, com febre contínua, intermitente ou irregular e de duração variável. Sudação excessiva, fadiga, falta de apetite, perda de peso, dor de cabeça e nas articulações tal como um mal-estar geral são alguns

dos sintomas que um doente infetado com Brucelose experiencia. A maioria das mortes causadas pela Brucelose devem-se à encefalite causada por esta [20].

O ser humano, geralmente, adquire a doença através do contacto direto com animais infetados, comendo ou bebendo produtos de animais contaminados ou através da inalação de aerossóis. A maioria dos casos é causada por ingestão de leite não pasteurizado ou queijo de ovelhas e cabras infetadas. No entanto, a transmissão entre pessoas é rara [21].

Os principais reservatórios da doença são os animais infetados, como por exemplo, vacas, porcos, ovelhas, cabras e até mesmo cães [21].

Em Portugal, a brucelose é uma doença de declaração obrigatória, sendo uma das zoonoses mais incidentes, com casos humanos notificados em todas as regiões do Continente [22].

### 1.6.3. Febre Q

A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada pela bactéria *Coxiella burnetii*, que, em certos caso, pode ser fatal. As manifestações clínicas da doença vão desde formas assintomáticas, em cerca de 50% casos, até síndromas febris mais ou menos prolongados, com ou sem focalizações. As localizações focais, quando ocorrem, são variadas, sendo comum o envolvimento pleuro-pulmonar, hepático, neurológico e cardiovascular. A infeção pode disseminar-se, assumindo um carácter sistémico e envolvendo múltiplos órgãos em simultâneo. A doença apresenta-se habitualmente de uma forma aguda autolimitada (em menos de 6 meses), embora, em algumas situações, evolua para a cronicidade.

As principais manifestações clínicas da doença são [10]:

- Febre ou febrícula intermitente
- Hepatite
- Pneumonia
- Meningite
- Endocardite

A infeção humana é adquirida essencialmente pela inalação de aerossóis ou poeiras contendo esporos do agente resultantes do contacto direto com animais infetados e seus produtos ou com o ambiente contaminado por estes.

Nos animais infetados, a *C. burnetii* é eliminada nas excreções, no leite, e, sobretudo, nos produtos libertados durante o aborto ou parto, situação particularmente importante na epidemiologia da doença [10].

Em Portugal, a doença é de notificação obrigatória, mas defende-se que a sua incidência real possa estar subestimada [10]. Em 2012, o número de notificações de Febre Q foi de 26 e na União Europeia foi de 649 casos [23].

#### 1.6.4. Toxoplasmose

A Toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular obrigatório [24].

A doença manifesta-se principalmente em doentes imunocomprometidos e em grávidas. No caso da gravidez, a infecção pode resultar em sequelas neurológicas severas na grávida e provocar danos no feto, nomeadamente sequelas incapacitantes a longo prazo, abortos espontâneos ou até a morte do feto. Os doentes imunocomprometidos estão em risco tanto em infecções primárias como na reativação de infecções crónicas já existentes. Nestes doentes podem desenvolver-se complicações como encefalite, pneumonia e miocardia devidas à infecção por *Toxoplasma gondii*, e que podem levar à sua morte [25, 26].

O ser humano pode ser infetado por via transplacentar, ingestão de cistos (presentes em carne contaminada), transplantação de órgãos e transfusões sanguíneas. A transmissão entre humano-humano nunca foi reportada, a não ser entre mãe e feto. Já a via fecal-oral é uma hipótese de contágio importante quando se está em contacto direto com gatos ou outros felinos [27, 24]. De facto, os gatos e outros felinos são os hospedeiros definitivos do parasita, enquanto outros animais de sangue quente, como é exemplo o ser humano, desempenham um papel de hospedeiros intermediários [27].

A Toxoplasmose é uma doença espalhada pelo mundo inteiro e crê-se que afete 25%-30% da população mundial [24]. A taxa de prevalência desta doença depende de fatores como o meio ambiente, o clima, hábitos alimentares e de vida e níveis de higiene [27].

#### 1.6.5. Leishmaniose

A Leishmaniose é uma doença parasitária causada por protozoários do género *Leishmania*, transmitido por diferentes espécies de flebótomos, e que afetam seres humanos e animais [28].

A doença pode manifestar-se de três formas diferentes [29]:

- **Leishmaniose Cutânea (LC):** é a forma mais comum da doença e provoca úlceras em zonas expostas do corpo, que originam cicatrizes permanentes, podendo estas serem incapacitantes, estigmatizantes e capazes de deformarem a pessoa infetada.
- **Leishmaniose Mucocutânea (LMC):** é a forma mais destrutiva da doença, uma vez que pode causar mutilação total ou parcial das membranas mucosas do nariz, boca, e garganta.
- **Leishmaniose Visceral (LV):** ou *kala-azar*, como também é conhecida, é a forma mais severa da doença e pode ser fatal quando não tratada, afetando os órgãos vitais do hospedeiro, e é caracterizada por surtos de febre, perda de peso, hipertrofia do baço e fígado e anemia [30].

Os parasitas do género *Leishmania* são transmitidos de um hospedeiro vertebrado a outro por um flebótomo. Só os flebótomos fêmea podem transmitir o parasita através da mordedura sendo que quando se alimentam do sangue de um animal infetado (reservatório), ingerem também os parasitas na forma amastigota. No sistema digestivo do vetor, a forma amastigota diferencia-se em promastigota e é nesta forma que o vetor, ao se alimentar do sangue de outro animal, regurgita o parasita e vai infetar o animal. Um número alargado de vertebrados pode ser infetado pelos protozoários *Leishmania* [31].

As leishmanioses podem ser classificadas em duas categorias de acordo com o papel que o ser humano desempenha como reservatório. Na primeira categoria, os parasitas são transmitidos de humano para humano através dos flebótomos, sendo o ser humano o reservatório. Na segunda categoria, o reservatório da doença são animais selvagens ou mesmo animais domésticos, como o cão, por exemplo [31].

A Leishmaniose é uma doença endémica de Portugal, tendo-se registado no ano de 2014, 64 casos desta doença. Neste contexto, é necessário ter em atenção que os padrões epidemiológicos estão em alteração na região Mediterrânea devido a alguns fatores, como por exemplo, o aumento das migrações das áreas rurais para as áreas urbanas, as alterações climáticas, o aumento da exposição aos flebótomos ou o aumento de doenças imuno-incapacitantes como é, por exemplo, a infeção por VIH [9].

### **1.6.6. Febre da carraça**

O termo “febre da carraça” designa a doença provocada por um ou vários microrganismos, que a carraça injeta no cão, enquanto se alimenta do seu sangue. Além de ficarem clinicamente doentes, os cães infetados também constituem reservatórios dos agentes infecciosos que provocam doença no Homem, o que confere relevância a este assunto no âmbito da Saúde Pública.

No nosso país, os agentes infecciosos mais importantes como causa de doença no cão, transmitidos por carraças, são de dois tipos:

- Parasitas unicelulares (protozoários), que infetam os glóbulos vermelhos do sangue, e que pertencem ao género *Babesia* (*Babesia canis* e *Babesia gibsoni*);
- Bactérias intracelulares obrigatórias, que podem infetar uma variedade diferente de células sanguíneas. O tipo de célula infetada define a espécie da bactéria e influencia o curso da doença. As bactérias desta classe mais importantes na região mediterrânea são a *Ehrlichia canis* e a *Rickettsia conorii* [32].

A taxa de incidência em Portugal é elevada relativamente aos países da bacia mediterrânica, sendo o Alentejo a região com taxa de incidência mais elevada e Bragança o distrito mais afetado [33].

## 2. Justificação do tema e objetivos

### 2.1. Justificação do tema

Nos meios rurais, onde os principais meios de subsistência são a agricultura e a pecuária, a probabilidade de ser infetado por uma doença transmitida por um animal é maior do que nos meios urbanos.

As zoonoses, com o aparecimento das vacinas e dos antibióticos, perderam a importância que tiveram outrora e foram relegadas para segundo plano a nível de investigação médica. No entanto, hoje em dia, são cada vez mais os casos de reaparecimento dessas zoonoses, ou surgimento de novas. Esses fatores incluem o aumento das resistências antimicrobianas e o efeito da globalização ou a degradação dos sistemas nacionais de saúde são preponderantes para que aumente o número deste tipo de doenças [34]. Outro fator, não menos importante, é a consciência que as populações têm sobre esta problemática. De facto, sociedades mais instruídas são normalmente menos permeáveis à entrada e propagação de doenças infetocontagiosas. Assim, foi esta a premissa que despertou em mim o interesse para partir para o “Estudo do conhecimento de uma população portuguesa sobre zoonoses” e avaliar de que forma o conhecimento e a consciencialização das pessoas estão presentes em pessoas que lidam diariamente com animais.

Dada a importância que a saúde humana e animal tem para as Ciências Farmacêuticas, serve o presente estudo para enriquecer a minha formação académica, principalmente no que às zoonoses diz respeito.

### 2.2. Objetivos

Os objetivos deste estudo eram basicamente analisar o conhecimento demonstrado por uma população do interior de Portugal sobre zoonoses e alertar para a importância da educação na área da saúde humana e animal, principalmente em populações de meios rurais, onde a agricultura e a pecuária estão entre os principais meios de subsistência.

Mais concretamente pretendeu-se o seguinte:

- Saber se as pessoas conhecem o termo zoonose;
- Saber se as pessoas sabem o que significa o termo zoonose;
- Saber se as pessoas conhecem os meios de transmissão de zoonoses;
- Investigar os cuidados de saúde que a população tem no seio do seu agregado familiar e para com os animais domésticos.
- Perceber a perceção que a população tem acerca da existência de zoonoses na região.

- Avaliar o impacto de outras variáveis no conhecimento sobre zoonoses, nomeadamente, o grau de escolaridade, o sexo, a idade, ou facto de possuir animais de estimação.

## 3. Metodologia

### 3.1. Tipo de estudo

O estudo realizado é um estudo observacional, descritivo e transversal.

### 3.2. Amostra

O estudo engloba a população de um concelho do interior de Portugal, na região de Trás-os-Montes e Alto Douro. A amostra é constituída por residentes no concelho de Miranda do Douro.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, uma vez que se optou por entregar os questionários em instituições ou locais na zona de residência do autor, desde que cumprindo os critérios pré-estabelecidos.

O valor da amostra foi calculado a partir do número de habitantes do concelho de Miranda do Douro (7258 habitantes) [35], com recurso a um programa informático *online* [36]. O valor obtido foi de 365 habitantes, para um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. No entanto, só foi possível obter 262 inquéritos, pelo que o nível de confiança fica nos 90%, e o erro amostral nos 5%.

### 3.3. Procedimento

Os questionários foram entregues, de forma aleatória, na rua, em lojas, cafés, supermercados, ou algumas instituições públicas, como o Centro de Saúde, Farmácia, Câmara Municipal e lares de idosos. Aquando da entrega, explicou-se o que se pretendia, foi garantido o anonimato e confidencialidade durante o preenchimento e na recolha dos mesmos, tal como na sua análise e obteve-se consentimento oral para a sua realização.

Assim, foram entregues 400 questionários, recolhidos 280, e excluídos 18 inquéritos por não cumprirem os critérios de inclusão. Desta forma, foram incluídos no estudo 262 participantes, o que corresponde a uma taxa de resposta de 65,5%. Foram então incluídos no estudo 262 questionários, de tal modo que a significância estatística não foi comprometida.

### 3.4. Critérios de inclusão

Para a inclusão dos inquéritos recolhidos no estudo foram seguidos quatro critérios:

- Ser morador residente no concelho de Miranda do Douro;
- Ter mais de 12 anos;

- Estar em aparente posse das plenas capacidades intelectuais;
- Aceitar participar no estudo.

No caso de indivíduos menores, foi pedida autorização prévia aos pais de forma a deixarem os filhos participar no estudo.

### **3.5. Questionário e variáveis:**

Com base em bibliografia consultada foi elaborado um questionário de autoconhecimento anónimo (Anexo 5), constituído por duas partes: Dados do Inquirido e Inquérito sobre zoonoses.

A primeira parte, Dados do Inquirido, é composta por 6 questões que visam, acima de tudo, dar resposta às seguintes variáveis:

- Variáveis quantitativas: Idade e número de filhos;
- Variáveis qualitativas: Sexo, situação profissional, local de residência e grau de escolaridade.

A segunda parte do questionário, Inquérito, é constituída por 8 questões principais e 10 questões complementares.

As questões foram realizadas de modo a poder avaliar o conhecimento que as pessoas inquiridas têm sobre zoonoses.

Em seguida é apresentado o objetivo de cada uma das questões:

- Questão 1: inferir qual a percentagem da amostra que possui animais de estimação.
  - Questão 1.1: inferir o tipo de animais de estimação que as pessoas mais têm.
  - Questão 1.2: avaliar que tipo de cuidados de saúde e higiene as pessoas costumam ter com os animais.
  - Questão 1.3: avaliar que tipo de cuidados de saúde e higiene as pessoas costumam ter consigo e dentro do agregado familiar.
- Questão 2: avaliar a familiaridade dos inquiridos com o termo zoonose.
  - Questão 2.1: esclarecer quais os meios de comunicação que fazem mais uso desse termo.
- Questão 3: analisar a percentagem de pessoas que já ouviu falar no termo zoonose.
  - Questão 3.1: avaliar se as pessoas que já ouviram o termo zoonose sabem ou não o seu significado.
- Questão 4: esclarecer quais as doenças que as pessoas mais associam a zoonoses.
- Questão 5: avalia a noção que as pessoas têm sobre a transmissão de doenças dos animais domésticos para o ser humano.

- Questão 5.1: esclarecer quais as doenças que as pessoas mais associam à transmissão ao homem pelos animais domésticos.
- Questão 6: avaliar o conhecimento que as pessoas têm acerca do modo de transmissão de zoonoses.
- Questão 7: obter a percentagem de pessoas que conhecem casos de zoonoses no concelho de Miranda do Douro.
  - Questão 7.1: esclarecer quem contraiu a doença.
  - Questão 7.2: esclarecer qual a doença mais contraída no concelho.
  - Questão 7.3: obter a percentagem de pessoas que recebeu pela sua saúde após terem conhecimento de zoonoses no concelho de Miranda do Douro.
  - Questão 7.4: esclarecer as medidas que as pessoas mais tomaram ao saberem da existência de zoonoses no concelho de Miranda do Douro.
- Questão 8: avaliar o conhecimento que as pessoas têm sobre medidas de prevenção de doenças em animais.

### 3.6. Análise Estatística

Os dados foram introduzidos em suporte informático e a sua análise foi realizada com recurso ao programa informático Excel 13. A análise estatística efetuada foi descritiva.

## 4. Resultados e Discussão

### 4.1. Dados dos Inquiridos

#### 4.1.1. Sexo e idades

Para o estudo, foram considerados 262 questionários. Destes, 135 eram homens e 127 eram mulheres. A idade média da amostra é de 48,4, tendo o inquirido mais novo 13 anos e o mais velho 91, com um desvio padrão de 17,4. (Tabelas 1 e 2)

Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o sexo

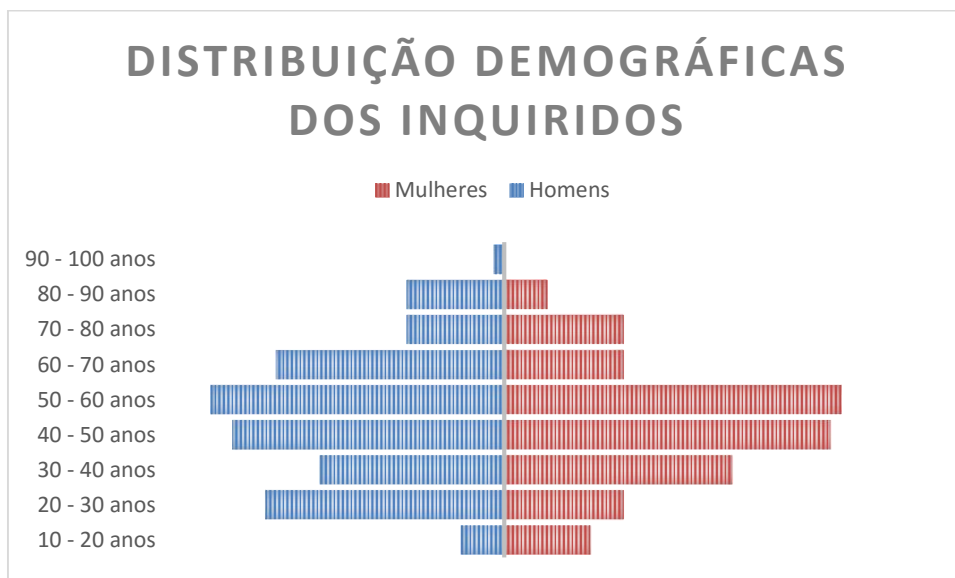
Resposta	Frequência	%
Sim	143	54,58%
Não	119	45,42%
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100,00%</b>

Tabela 2 - Média, valor mínimo e valor máximo das idades dos inquiridos

Média de Idades	Valor mínimo	Valor máximo
48,4	13,0	91

Em relação à pirâmide demográfica (Figura 2) podemos dizer que é uma pirâmide envelhecida, característica dos países desenvolvidos, já que a base é mais estreita que a classe dos adultos. Esta reflete uma diminuição da natalidade e um aumento da esperança média de vida que tem sido observado no nosso país (taxa de natalidade:7,9% em 2014 [37]; índice de envelhecimento:127,8% em 2011 [38]). No entanto, não podemos olhar para a pirâmide como uma fonte demasiado fidedigna para a extrapolação da realidade do concelho de Miranda do Douro, já que não foram incluídos indivíduos com menos de 12 anos de idade [39].

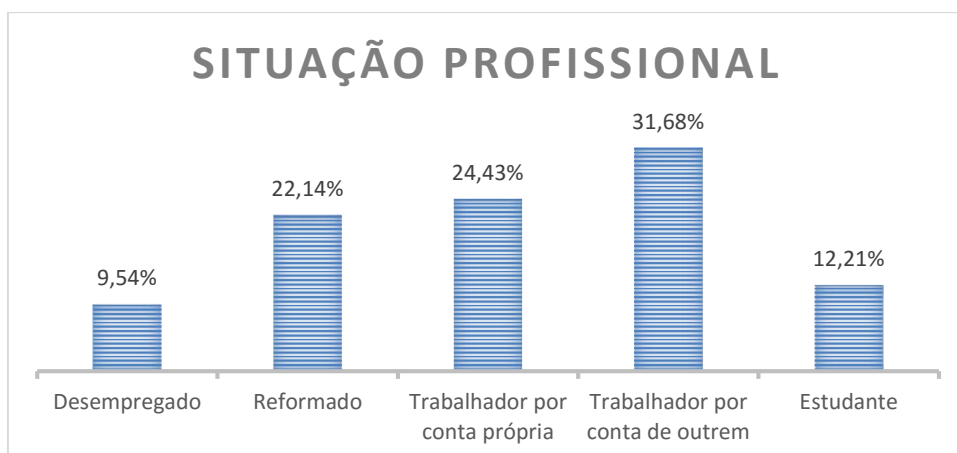
**Figura 2 - Distribuição demográfica dos inquiridos**



#### 4.1.2. Atividade profissional

Em relação à atividade profissional (Figura 3), a maioria dos inquiridos são trabalhadores por conta de outrem (31,68%) e 24,43% da população trabalha por conta própria. A percentagem de desempregados situa-se nos 9,54%, bastante abaixo da realidade nacional (12,9%) [40], a dos reformados nos 22,14% e 12,21% são estudantes. A taxa de inatividade é calculada com base no número de pessoas com mais de 15 anos que não estão empregadas nem desempregadas, ou seja, reformados, estudantes, domésticos. Em Portugal a taxa de inatividade (em 2014) é de 41,1% [41]. Na amostra do estudo realizado no concelho de Miranda do Douro é de 34,35%.

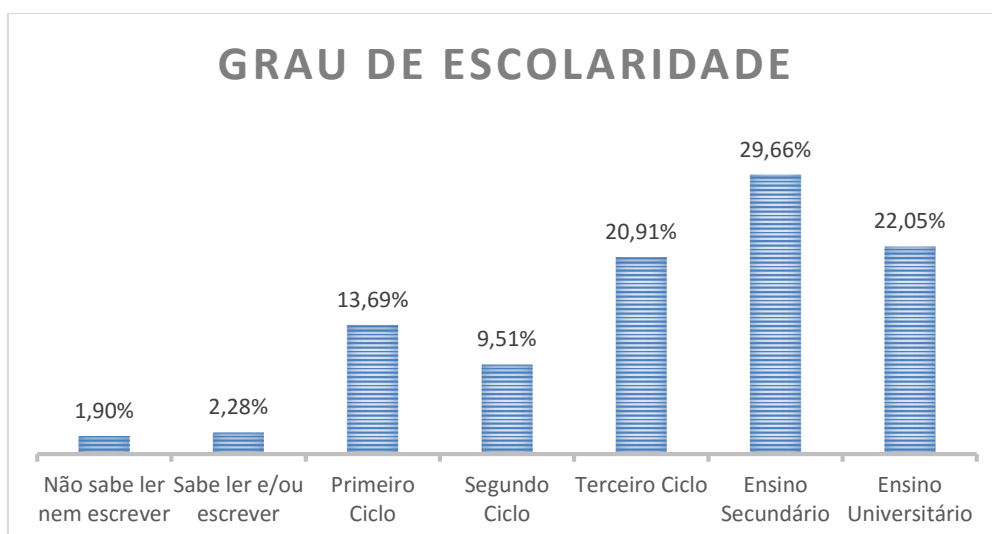
Figura 3 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a situação profissional (%)



### 4.1.3. Grau de escolaridade

No que ao grau de escolaridade diz respeito (Figura 4), 22,05% dos inquiridos refere possuir estudos universitários (valor acima do valor nacional (16,5%)) [42], 29,66% completou o ensino secundário (19,2% a nível nacional), 13,69% o primeiro ciclo (23,8% a nível nacional), 9,51% o segundo ciclo (11,2 a nível nacional) e 20,91% o terceiro ciclo (20,5% a nível nacional). O elevado grau de escolaridade apresentado pode não ser representativo da realidade do concelho de Miranda do Douro, uma vez que grande parte dos inquiridos foi distribuída em repartições públicas, onde trabalham pessoas com algum grau de escolaridade. É de salientar a diminuta percentagem de indivíduos que não possui estudos mas que refere saber ler ou escrever (2,28%) e ainda não sabe ler nem escrever (1,90%), valor abaixo da taxa de analfabetismo em Portugal (5,3%) [43]. No último caso, foi o autor deste estudo que preencheu o inquérito de acordo com as indicações do inquirido.

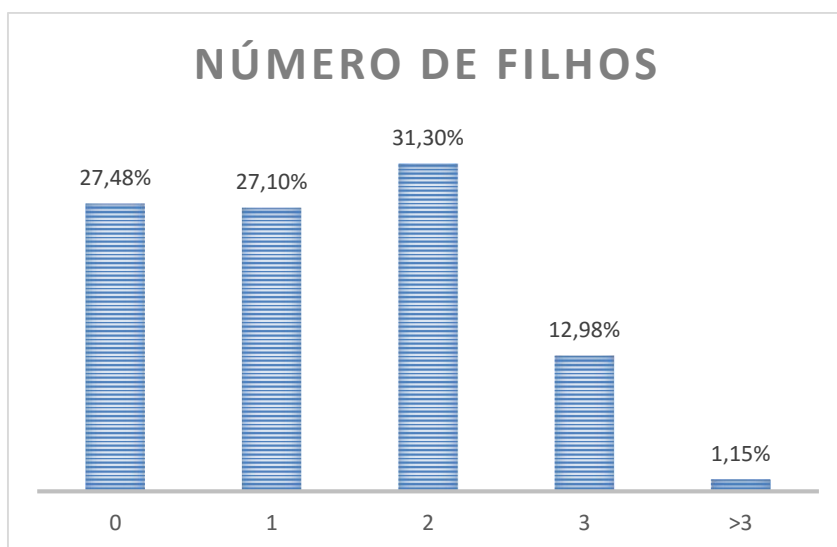
Figura 4 - Distribuição de acordo com o grau de escolaridade



#### 4.1.4. Número de filhos

De acordo com o inquérito efetuado, a média de filhos por pessoa situa-se nos 1,33 e a maior percentagem de indivíduos pertence àqueles que têm 2 filhos (31,30%). No entanto, é motivo de reflexão a enorme percentagem de pessoas que não têm filhos (27,48), impelindo o concelho de Miranda do Douro para o envelhecimento e para a desertificação (Figura 5)

Figura 5 - Distribuição do número de filhos por pessoa (%)



### 4.2. Dados do Inquérito

#### 4.2.1. Animais de estimação

##### 4.2.1.1. Percentagem de pessoas que tem animais de estimação

Em relação à primeira pergunta, que questiona se o inquirido tem animais de estimação, houve 54,58% de respostas afirmativas e 45,42% de respostas negativas, o que significa que mais de metade da população convive regularmente com animais (Figura 6). Segundo um estudo efetuado em 2005, mais de metade dos lares portugueses tem, no mínimo, 1 animal de estimação (63,1% dos lares), sendo o valor mais alto na zona Interior Norte, precisamente onde o nosso estudo foi efetuado [44].

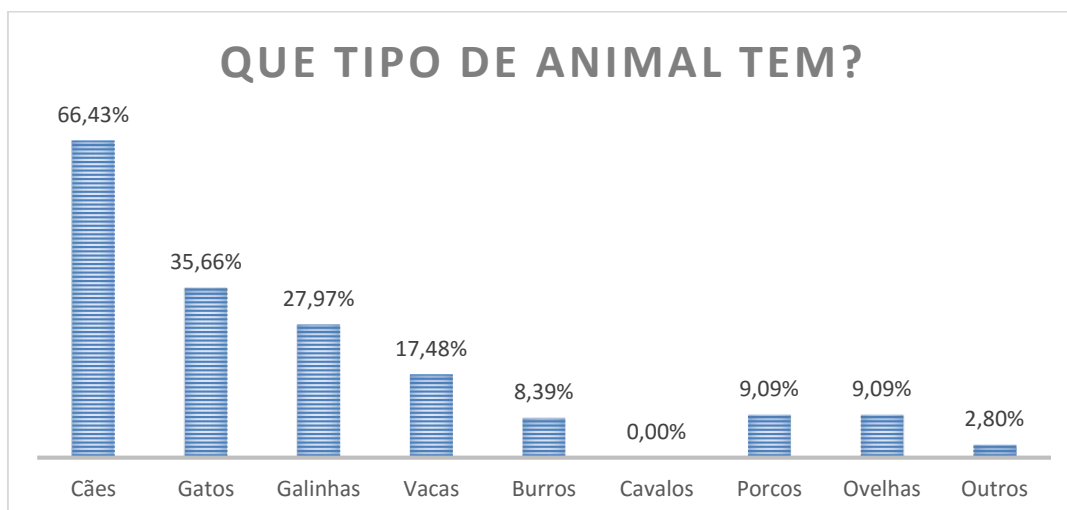
Figura 6 - Percentagem de pessoas com e sem animais de estimação



#### 4.2.1.2. Animal de estimação mais comum

Como seria esperado, devido à enorme popularidade que o cão goza nos dias de hoje, 66,43% dos inquiridos que possuem animais domésticos diz ter cães [45], enquanto 35,66% respondeu ter gatos (Figura 7). Além destes, também se verificaram percentagens significativas para galinhas, vacas, porcos e ovelhas. Apesar de esta pergunta ter sido direcionada para animais de estimação, estas respostas podem sugerir que parte das pessoas do concelho de Miranda do Douro deverá viver da pecuária ou cria animais para consumo próprio.

Figura 7 - Distribuição do tipo de animais de estimação pelos inquiridos (%)

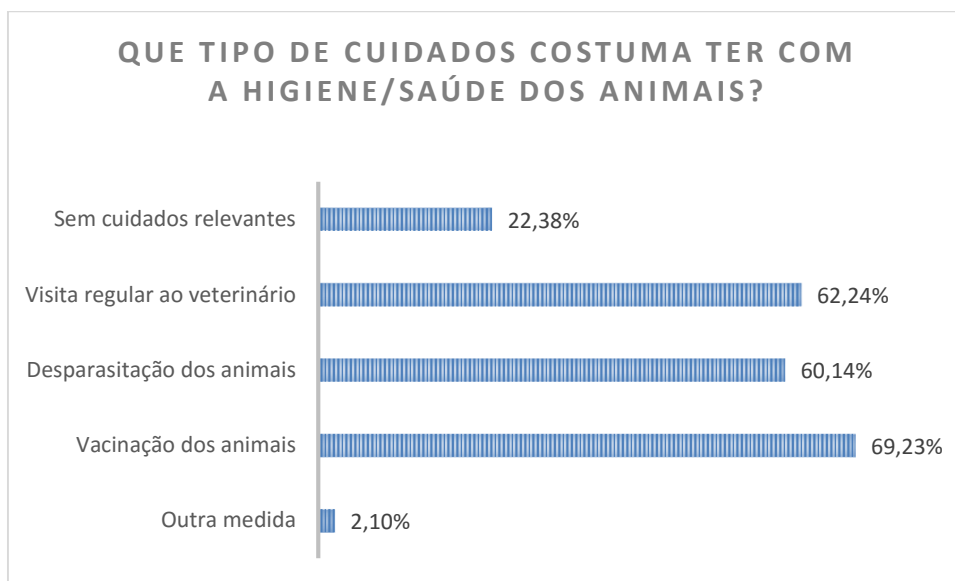


#### 4.2.1.3. Cuidados com a higiene e saúde dos animais

Em relação aos cuidados a ter com a higiene e saúde dos animais (Figura 8), o tipo de cuidado mais indicado é a vacinação (69,23% dos inquiridos que têm animais), seguido pela visita regular ao veterinário (62,24%) e pela desparasitação (60,14%). Outro tipo de cuidados referidos pelas pessoas foi o banho e o uso de repelentes. O facto de existirem vacinas obrigatórias (como é o

caso da vacina antirrábica) faz com que, tanto a vacinação animal, como a visitas ao veterinário, uma vez que a vacinação tem de ser realizada por um médico veterinário, sejam os principais cuidados apontados pelas pessoas. As idas regulares ao veterinário tornam as pessoas mais conscientes dos cuidados a ter com a saúde animal o que também pode explicar a elevada percentagem de desparasitação animal que as pessoas apontaram.

**Figura 8 - Distribuição dos cuidados de higiene/saúde pelos inquiridos que têm animais de estimação (%)**



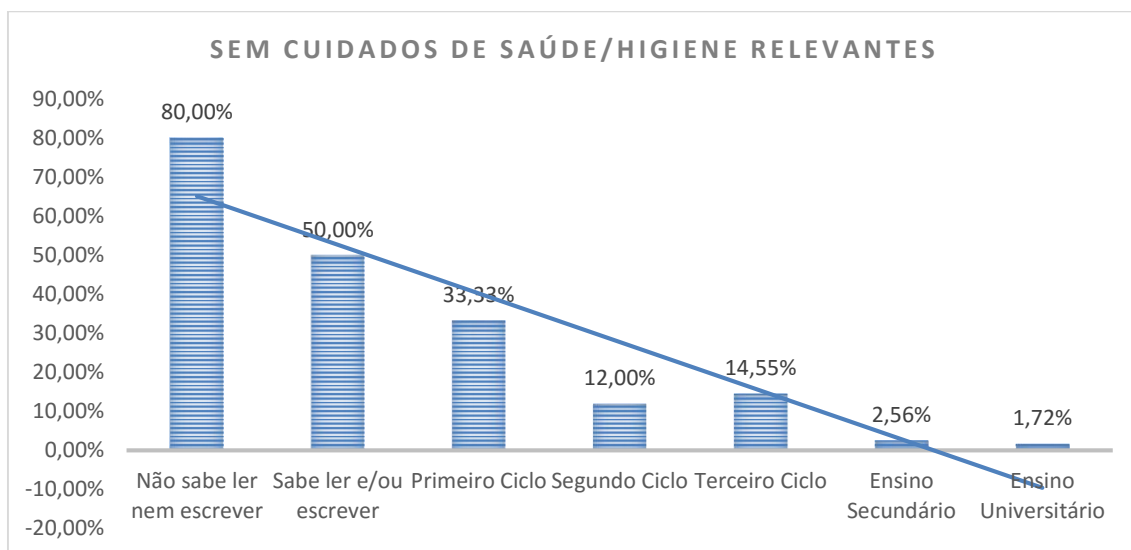
#### **4.2.1.4. Relação entre o grau de escolaridade e os cuidados com a higiene e saúde dos animais**

Merece nota de destaque a percentagem de pessoas que não apresenta cuidados com a saúde ou higiene dos animais (22,38%). De forma a entender melhor esta problemática, foi construído um gráfico que mostra a percentagem de indivíduos que responderam “Sem cuidados relevantes” de acordo com o grau de escolaridade (Figura 9).

Ou seja, 80% dos indivíduos que não sabe ler nem escrever não tem cuidados com a saúde e higiene dos animais, enquanto indivíduos que possuem uma graduação ao nível do ensino superior só 1,72% não tem qualquer cuidado com a saúde e higiene dos animais.

Desta forma, é fácil perceber que o grau de escolaridade está intimamente ligado aos cuidados de saúde e de higiene que cada indivíduo tem para com os animais.

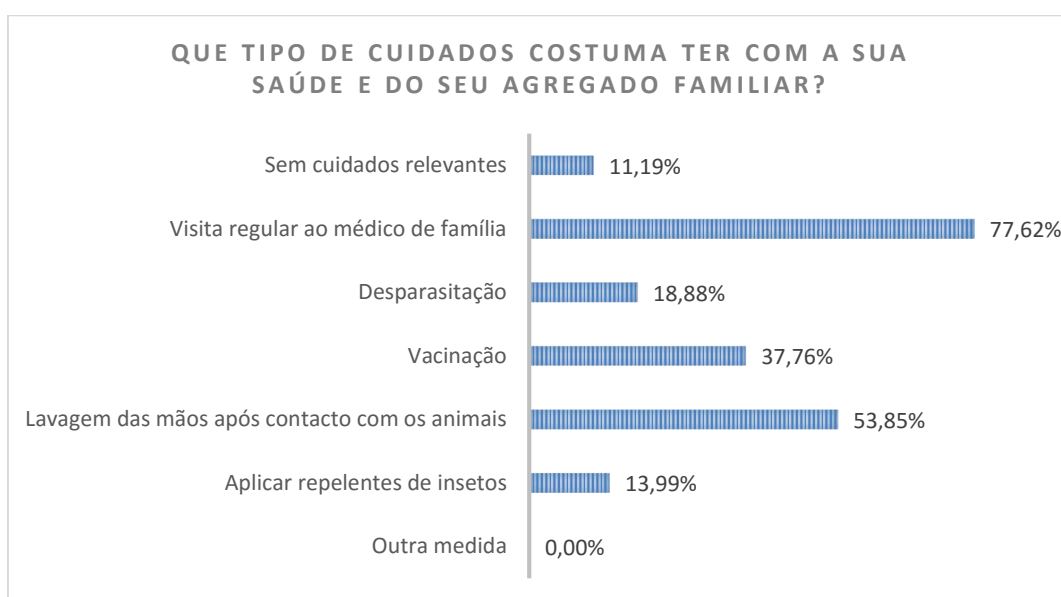
**Figura 9 - Distribuição das pessoas que não apresentam cuidados de saúde/higiene pelo grau de escolaridade (%)**



#### 4.2.1.5. Cuidados de saúde e higiene dentro do agregado familiar

Em relação à questão “que tipo de cuidados costuma ter com a sua saúde e do seu agregado familiar”, a grande maioria dos inquiridos que têm animais em casa afirma visitarem regularmente o médico de família (77,62%) e 53,85% tem o cuidado de lavar as mãos após estar em contacto com os animais. A desparasitação, a vacinação e a aplicação de repelentes só são referidas como um cuidado de saúde que costumam ter por 37,76%, 18,88% e 13,99%, respetivamente (Figura 10).

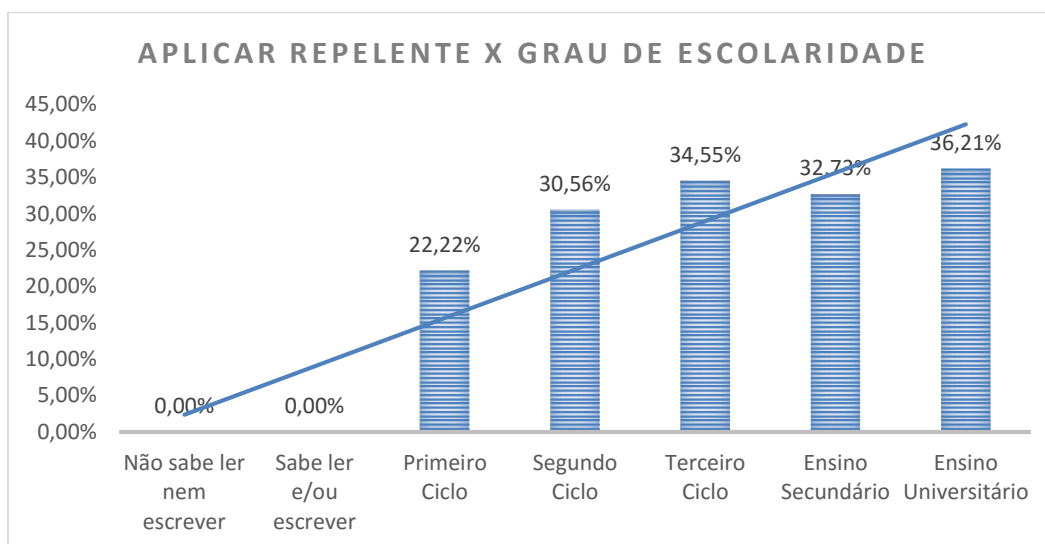
**Figura 10 - Distribuição dos cuidados de higiene/saúde dentro do agregado familiar pelos inquiridos que têm animais de estimação (%)**



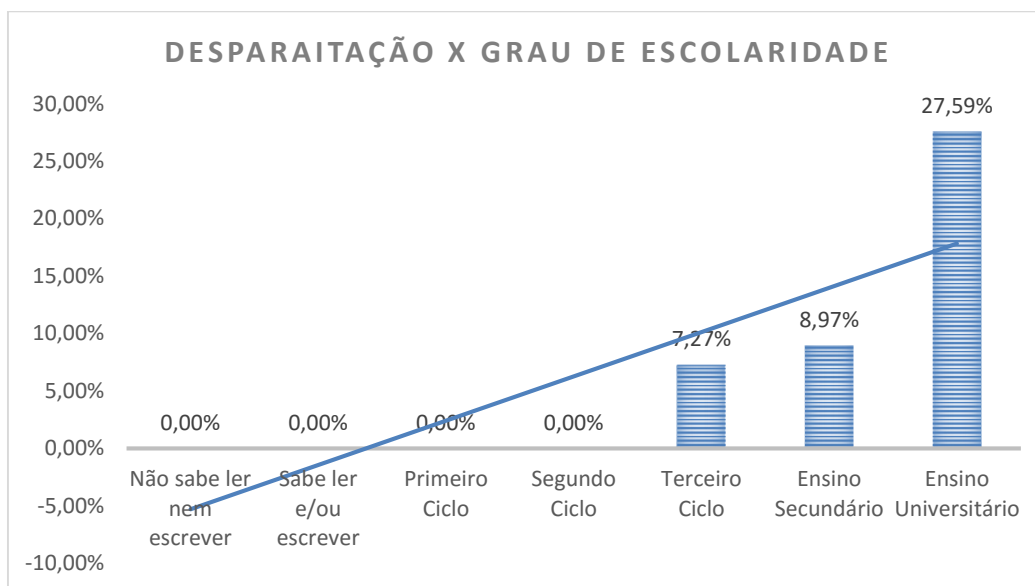
#### 4.2.1.6. Relação entre o grau de escolaridade e os cuidados de saúde e de higiene dentro do agregado familiar

Pela análise dos seguintes três gráficos (Figuras 11, 12 e 13) é perceptível que o aumento dos cuidados com a vacinação, desparasitação e aplicação de repelentes está claramente relacionado com o incremento na educação. No entanto, fica a ideia de que muito há ainda para fazer no que diz respeito aos cuidados que se devem de ter quando se lida diariamente com animais.

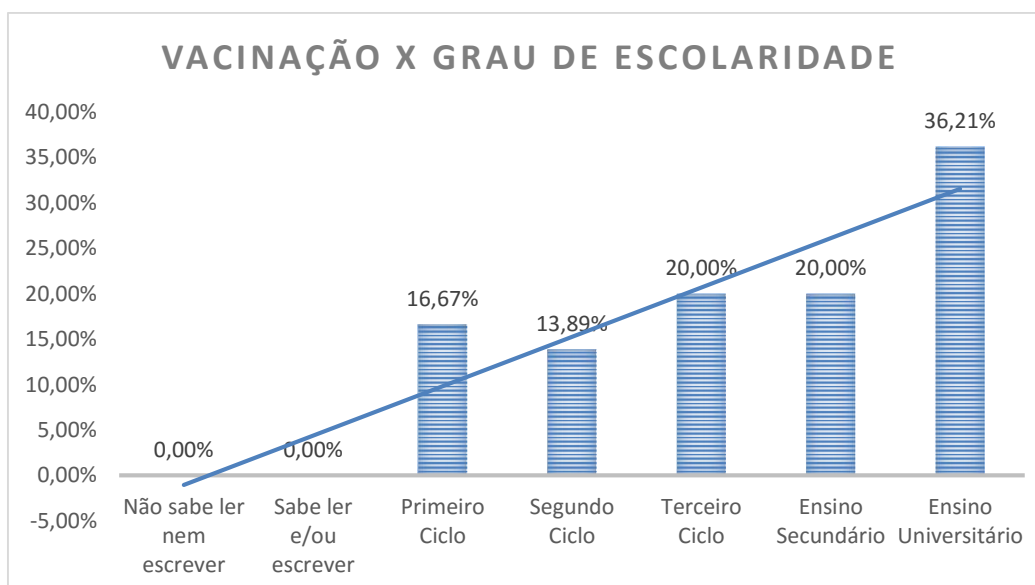
Figura 11 - Distribuição dos inquiridos que assinalaram a opção "Aplicar repelente" pelo grau de escolaridade (%)



**Figura 12 - Distribuição dos inquiridos que assinalaram a opção "Desparasitação" pelo grau de escolaridade (%)**



**Figura 13 - Distribuição dos inquiridos que assinalaram a opção "Vacinação" pelo grau de escolaridade (%)**

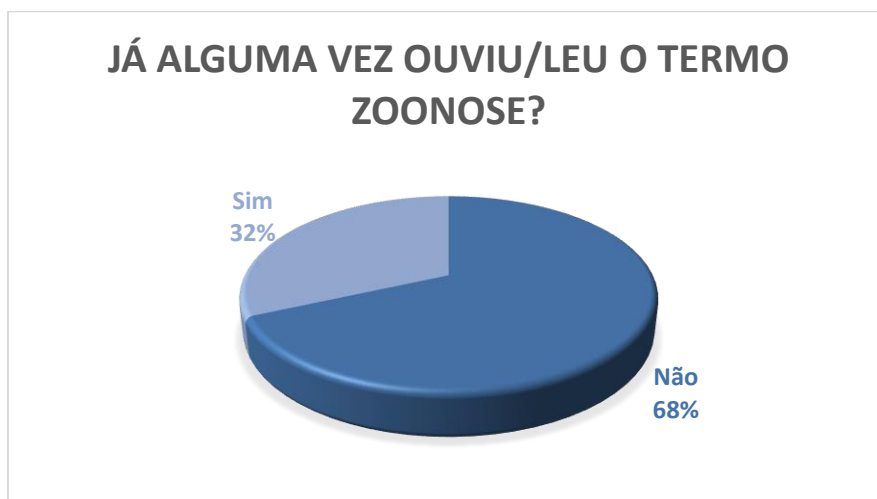


## 4.2.2. Zoonoses

### 4.2.2.1. Percentagem de pessoas que conhece o termo "zoonose"

Relativamente à questão "Já alguma vez ouviu/leu o termo zoonose", apenas 32% dos inquiridos respondeu afirmativamente, ou seja, só um terço da população ouviu falar em zoonoses (Figura 14).

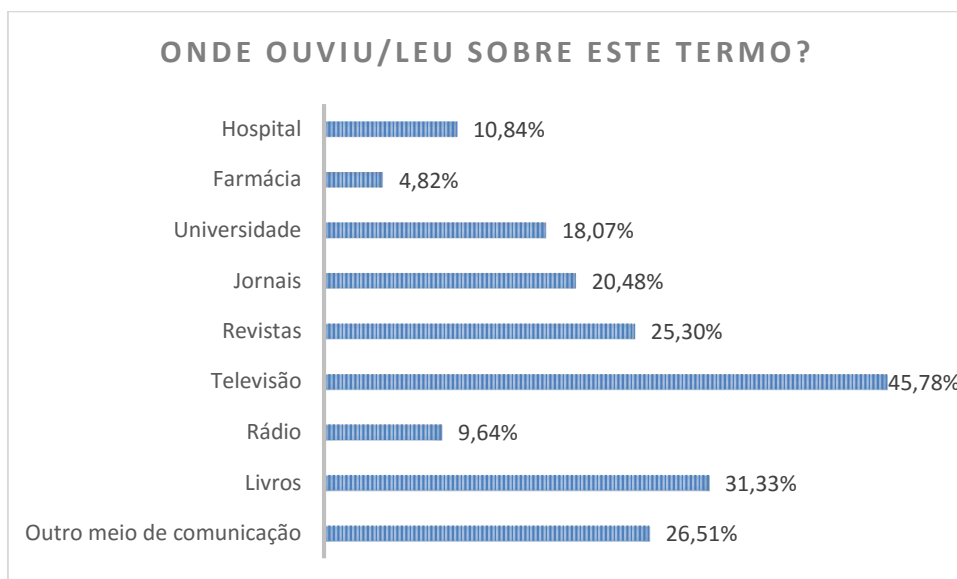
Figura 14 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a resposta à questão " Já alguma vez ouviu/leu o termo zoonose"



Como é do conhecimento geral, a televisão ainda é hoje o meio de comunicação mais eficaz na transmissão de notícias e, de algum modo, de conhecimento. No que toca a notícias sobre saúde não é exceção e, quando questionados sobre o local onde tinham ouvido ou lido o termo zoonose, uma grande parte dos inquiridos (45,78%), aponta a televisão como o responsável por lhes ter dado a conhecer esse termo. Também os livros (31,33%) aparentam ter neste contexto enorme importância. Em terceiro lugar aparece a resposta "outro meio de comunicação", 26,51%, em que os inquiridos apresentaram um dos meios de comunicação mais importantes a nível mundial nos dias correntes, que é a Internet.

Como o local menos responsável por dar a conhecer o termo zoonose aparece a Farmácia. Desta forma, é importante que as farmácias, como meio de comunicação que também são, tomem consciência de que podem ser um dos principais educadores a nível de saúde e que tomem medidas nesse sentido. Na Figura 15 são apresentados os resultados do questionário em relação a essa pergunta.

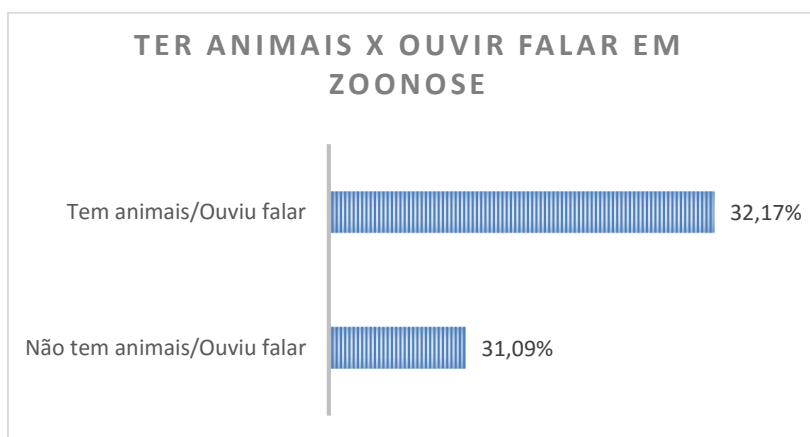
Figura 15 - Principais fontes de informação onde os inquiridos ouviram o termo zoonose (%)



#### 4.2.2.2. Relação entre o facto de ter animais domésticos e conhecer o termo “zoonose”

Em seguida, tentou demonstrar-se se o facto de ter animais estava relacionado com o facto de as pessoas conhecerem o termo zoonose. Para tal, contabilizaram-se as pessoas que referem ter animais e que ouviram ou leram o termo zoonose e as pessoas que não têm animais mas que ouviram ou leram o termo zoonose. De acordo com os valores obtidos, 32,17% das pessoas que têm animais já ouviram ou leram o termo zoonose versus 31,09% das pessoas que não têm animais (Figura 16). Na verdade, ainda que a diferença (1,08%) seja pequena, o estudo demonstra que as pessoas que têm animais domésticos têm tendência, ou estão mais predispostas a tomar conhecimento sobre os assuntos de saúde animal.

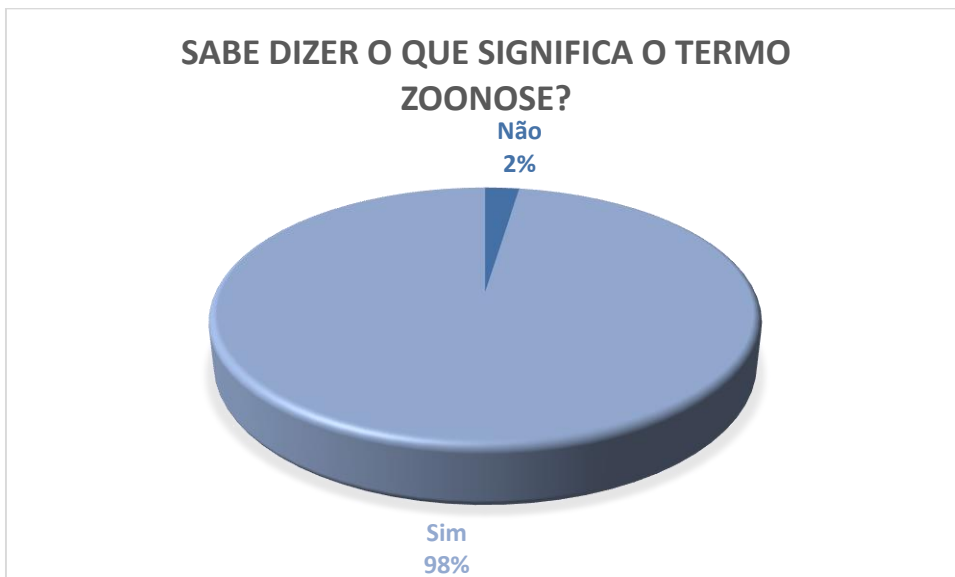
Figura 16 - Relação entre possuir animais de estimação e conhecer o termo zoonose (%)



### 4.2.2.3. Significado do termo “zoonose”

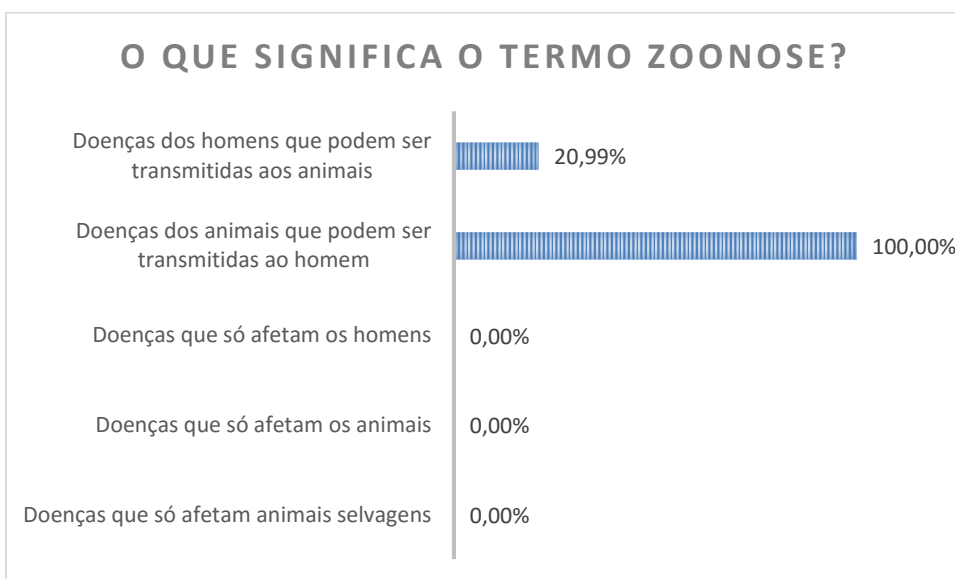
Ainda relativamente às pessoas que conheciam o termo zoonose foi-lhes perguntado se sabiam o seu significado. Neste grupo, 98% dos inquiridos respondeu afirmativamente e apenas 2% respondeu negativamente (Figura 17).

Figura 17 - Percentagem de indivíduos que sabem dizer o que significa o termo zoonose?



Em seguida, de forma a avaliar o conhecimento real sobre o significado da palavra zoonose foi efetuada a questão “O que significa o termo zoonose?” A respostas estão apresentadas na Figura 18, sob a forma de percentagem dos inquiridos que respondeu a cada uma das alíneas.

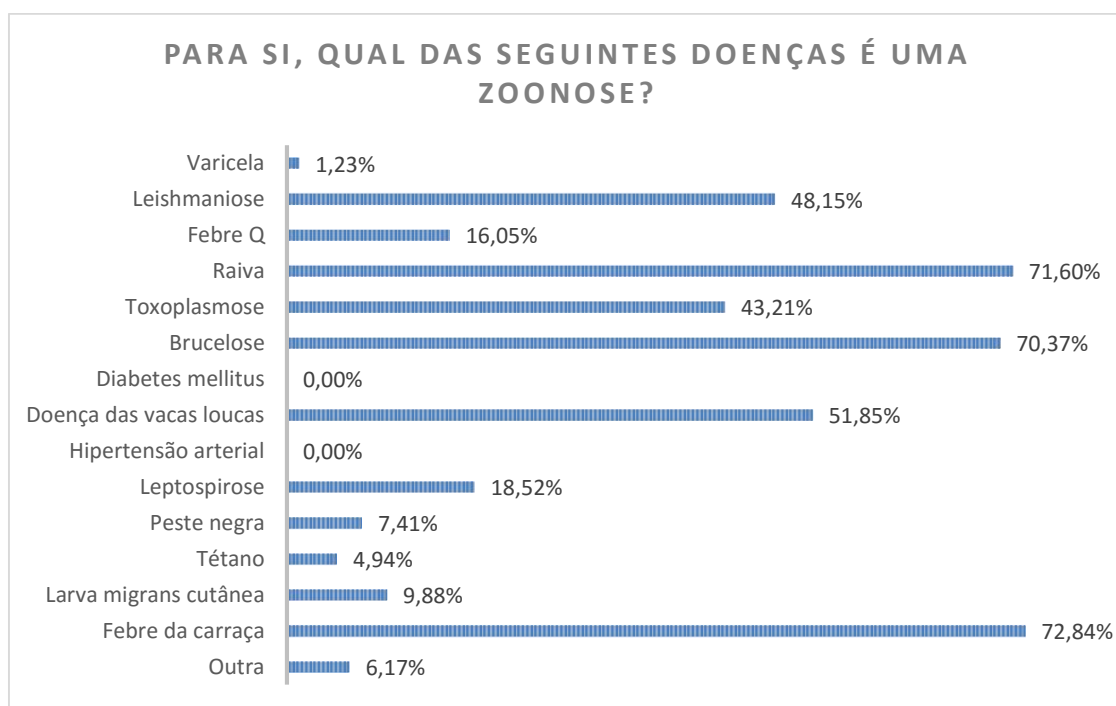
Figura 18 - Significado do termo zoonose? (%)



Apesar de 100% dos inquiridos acharem que zoonoses são doenças dos animais que podem ser transmitidas ao ser humano (o que está parcialmente correto), só 20,99% é que deu a resposta correta na totalidade, uma vez que zoonose tanto pode ser uma doença transmissível ao homem através dos animais como pode ser transmissível aos animais através do homem [3].

Na questão seguinte, foi apresentada uma lista de 14 doenças em que 10 das quais são doenças zoonóticas e, foi pedido aos inquiridos que conheçam o termo zoonose para assinalar aquelas que eles achavam que eram zoonoses. A Figura 19 mostra a percentagem dos inquiridos que selecionou cada uma das opções.

Figura 19 - Qual das seguintes doenças é uma zoonose? (%)



Analisando o gráfico, parece haver três doenças que não deixam dúvida quanto a serem consideradas zoonoses para a maioria dos indivíduos: Raiva (respondida por 71,60% das pessoas), Brucelose (70,37%) e Febre da carraça (72,84%). Também a Doença das vacas loucas é considerada pela maioria das pessoas (51,85%) e, com mais de 40% aparecem a Leishmaniose (48,15%) e a Toxoplasmose (43,21%). As restantes doenças, como a Varicela (1,23%), Febre Q (16,05%), Leptospirose (18,52%), Peste negra (7,41%), Tétano (4,94%), Larva *migrans* cutânea (9,88%) foram consideradas zoonoses apenas por uma minoria das pessoas. A Diabetes *mellitus* e a Hipertensão arterial não foram assinaladas, e bem, por nenhum inquirido.

Quanto à Varicela, que foi indicada por 1,23% dos inquiridos que afirmam saber o que são zoonoses, pode-se explicar que tenha sido assinalada por ser uma doença infetocontagiosa [46]

e, portanto, de alguma forma, pode ter surgido a confusão de poder ser transmissível entre humanos e animais. Em relação ao Tétano (4,94%), doença infecciosa mas não contagiosa [47], pode ter surgido confusão por ser uma doença que, ao ser provocada por objetos contaminados, principalmente no solo, esteja associada, de alguma forma, ao mundo rural e, conseqüentemente, a todas as suas envolvências, como a criação animal. Em ambas as doenças, pode ter acontecido que as pessoas se enganaram, simplesmente, a assinalar a resposta.

Em relação às restantes doenças zoonóticas, que foram assinaladas apenas por uma minoria das pessoas, há alguns fatores que podem ter levado a que tal acontecesse:

- O desconhecimento, propriamente dito, das doenças;
- O desconhecimento do modo de transmissão das doenças;
- Baixa prevalência das doenças na região;
- Falta de informação acerca de zoonoses;

#### 4.2.2.4. Animais de estimação como fonte de transmissão de doenças

Na questão 5 foi perguntado aos inquiridos se os animais domésticos podem ser um meio de transmissão de doenças. Esta questão foi formulada com o objetivo de obter também a opinião daqueles que não conhecem o termo zoonose. Neste ponto, a grande maioria dos inquiridos respondeu “Sim” (72%). Em seguida, é apresentada a Figura 20 as percentagens de resposta obtidas.

Figura 20 - Os animais domésticos são um meio de transmissão de doenças? (%)

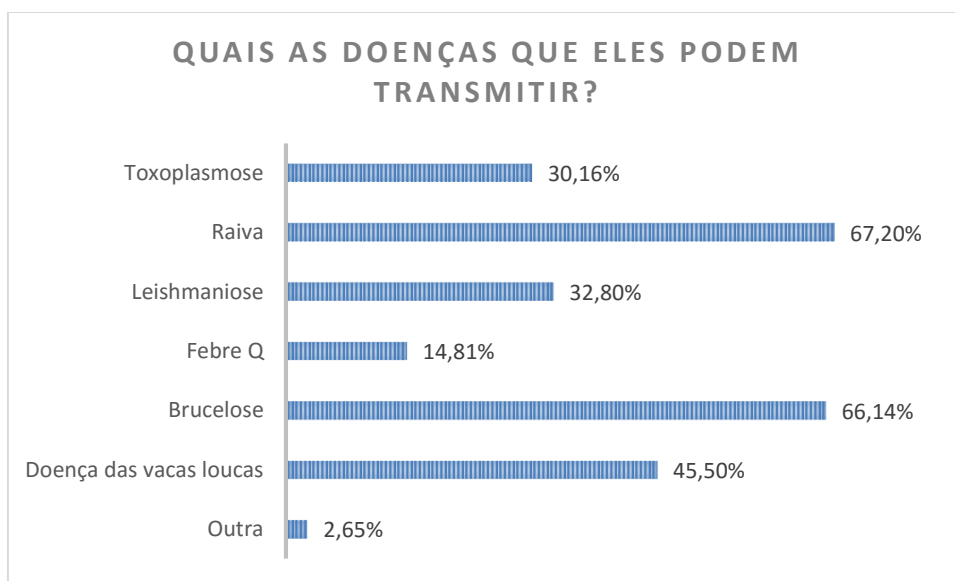


Não é demais salientar que o facto de 28% dos inquiridos achar que os animais domésticos não são um meio de transmissão de doenças é um dado preocupante que revela um grande desconhecimento sobre aspetos relacionados com a saúde, no geral.

Em relação às doenças que os animais domésticos podem transmitir (Figura 21), tanto a Raiva (67,20% dos inquiridos que acham que os animais domésticos podem transmitir doenças) como a Brucelose (66,14%), não parecem despertar grandes dúvidas nos inquiridos. Quanto às restantes [Toxoplasmose (30,16%), Leishmaniose (32,80%), Febre Q (14,81%) e Doença das vacas loucas (45,50%)], os inquiridos tiveram mais relutância em assinalar. Os fatores explicativos possíveis poderão ser os mesmos da questão anterior:

- O desconhecimento, propriamente dito, das doenças;
- O desconhecimento do modo de transmissão das doenças;
- Baixa prevalência das doenças na região;
- Falta de informação acerca de zoonoses;

Figura 21 - Distribuição das doenças que os animais domésticos podem transmitir pelos inquiridos (%)

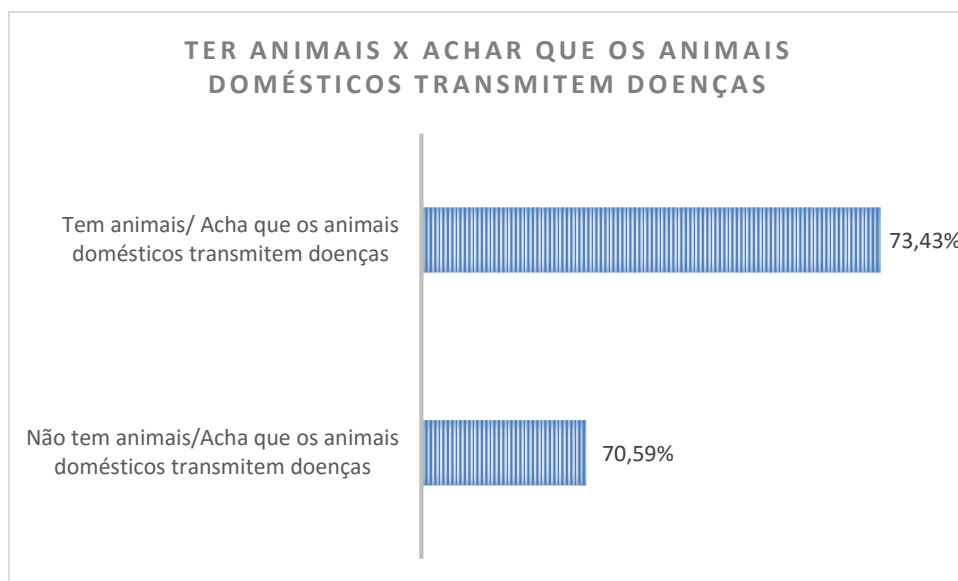


#### 4.2.2.5. Relação entre o facto de ter animais de estimação e saber que estes podem ser uma fonte de transmissão de doenças

Com esta análise concreta, procurou demonstrar-se se o facto de as pessoas terem animais aumenta a perceção de que os mesmos podem ser um meio de transmissão de doenças. Atendendo aos resultados (Figura 22), verifica-se que a diferença não é muito relevante

(2,84%). No entanto, fica a ideia de que pessoas que têm animais domésticos têm mais noção de que estes podem ser um meio de transmissão de doenças do que aquelas pessoas que não têm.

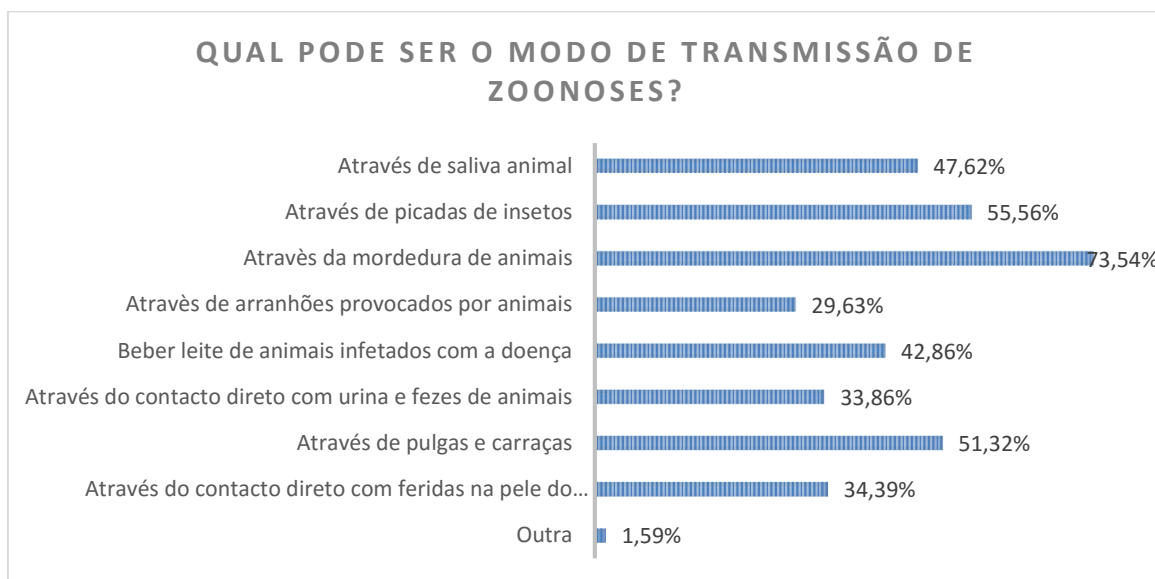
Figura 22 - Relação entre ter animais de estimação e achar que estes podem transmitir doenças (%)



#### 4.2.2.6. Modo de transmissão de zoonoses

Em seguida, analisou-se o conhecimento sobre o modo de transmissão das zoonoses (Figura 23). A mordedura de animais foi o modo de transmissão mais assinalados pelos inquiridos (73,54%), seguido da picada de insetos (55,56%) e através de pulgas e carraças (51,32%). Outros modos de transmissão como através da saliva animal (47,62%), através de arranhões provocados por animais (29,63%), beber leite de animais infetados com a doença (42,86%), através do contacto direto com urina e fezes de animais (33,86%) e através do contacto direto com feridas na pele dos animais (34,39%), foram assinalados por menos de metade das pessoas, o que reflete que as pessoas sabem pouco acerca do modo de transmissão destas doenças. Ainda houve quem especificasse outros modos de transmissão como, por exemplo, o consumo de carne infetada. A Figura 23 mostra a percentagem de inquiridos que assinalou cada uma das opções.

Figura 23 - Modo de transmissão de zoonoses (%)



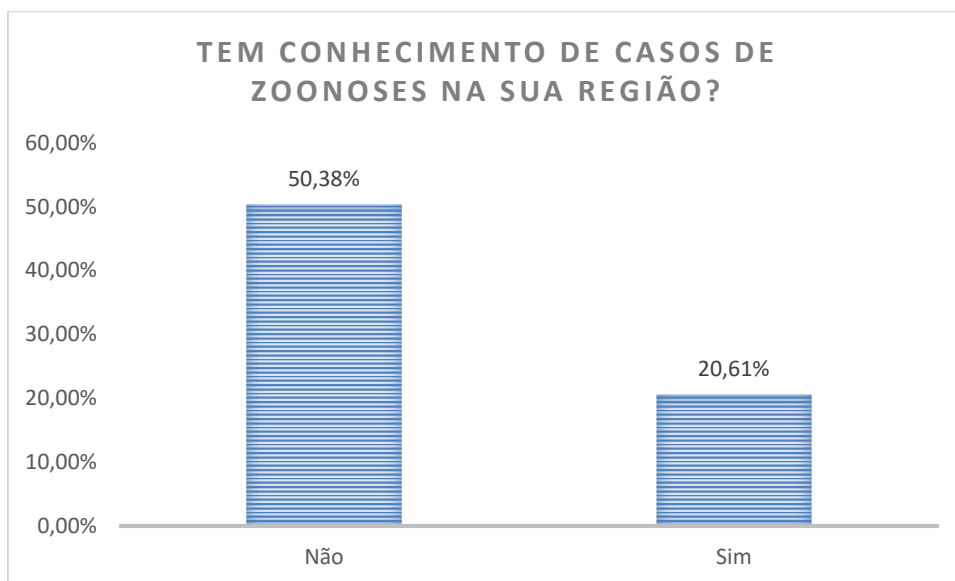
O facto de a mordedura provocada por animais ser o modo de transmissão de zoonoses mais escolhido pelos inquiridos parece ter uma relação direta com uma das doenças mais escolhida como sendo uma zoonose, que foi a Raiva (Figuras 19 e 21), uma vez que o principal modo de transmissão desta doença é a mordedura animal [17].

Também a elevada percentagem de pessoas que selecionou a febre da carraça como sendo uma zoonose (Figura 19) parece estar consistente com o número de pessoas que selecionou as pulgas e as carraças como responsáveis na transmissão de zoonoses [32] (Figura 23).

#### 4.2.2.7. Casos de zoonoses na região

A 7ª pergunta do questionário foi efetuada com o intuito de obter a percentagem de pessoas que conhecem casos de zoonoses na região. Neste ponto, só 20,61% dos inquiridos conhece alguém que tenha contraído uma doença zoonótica, como é visível na Figura 24.

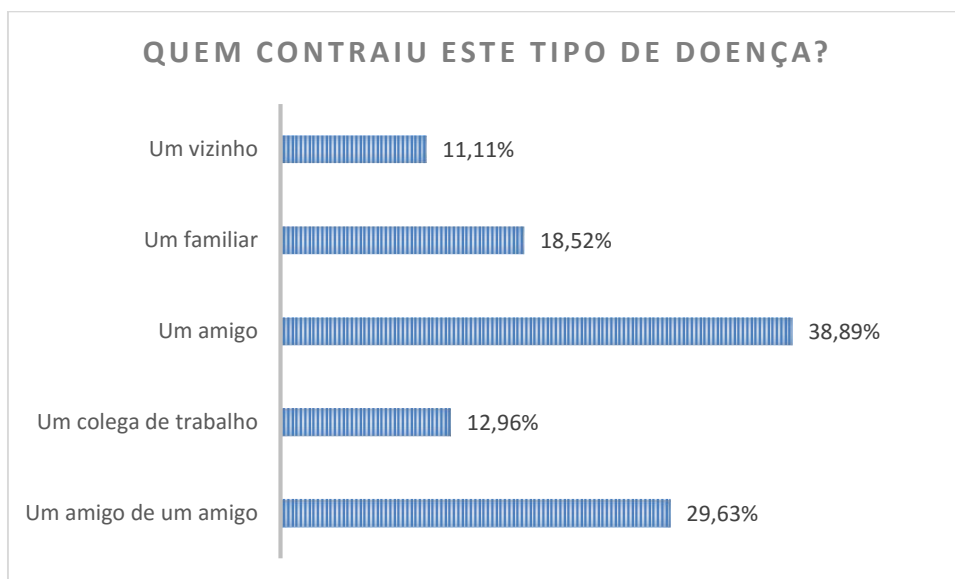
Figura 24 - Percentagem de indivíduos que tem conhecimento de casos de zoonoses na região (%)



Esta parte do questionário é, talvez, a mais delicada, já que muitas destas doenças são severamente estigmatizadas pela sociedade e, muitas pessoas, ao responderem, e apesar do anonimato do questionário, podem não o fazer de forma verdadeira.

Em relação à questão sobre quem contraiu este tipo de doença 38,89% dos inquiridos diz conhecer um amigo, seguido de 29,63% que conhece um amigo de um amigo (Figura 25). A categoria menos respondida foi a de um vizinho (11,11%). Um familiar seria a opção esperada que tivesse mais respostas, já que este tipo de doenças é mais partilhada dentro do ambiente familiar do que no exterior, mas tal acabou por não acontecer, talvez pelo estigma da doença, como referido anteriormente. Houve inquéritos em que nesta questão tinham mais do que uma pessoa assinalada, sendo que foram validados, já que pode haver inquiridos que podem conhecer mais do que um caso de pessoas que tenham contraído zoonoses.

Figura 25 - Pessoas que contraíram uma zoonose (%)

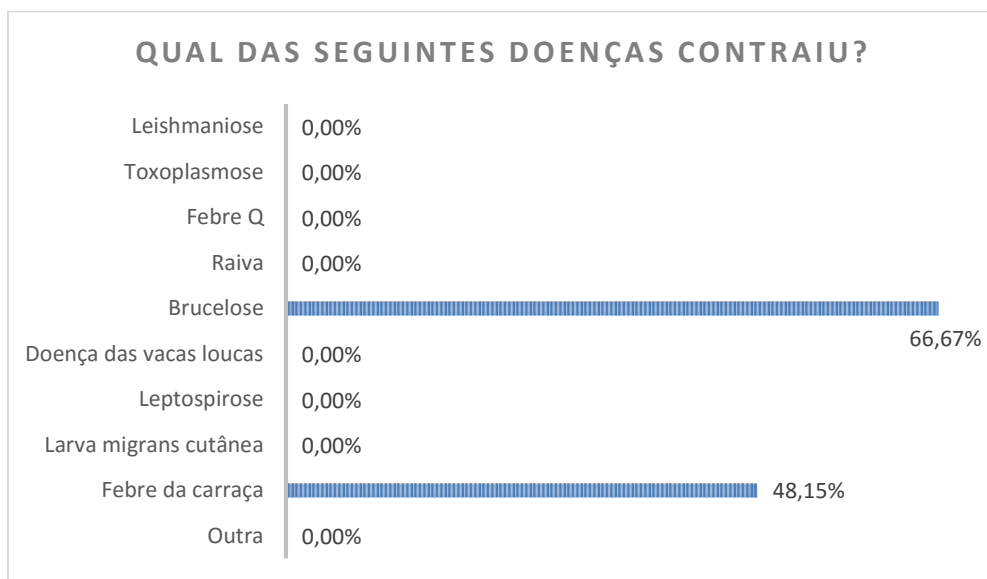


Dos inquiridos que têm conhecimento de zoonoses na região, 66,67% indicou conhecer alguém na região que já teve brucelose, ou seja, 13,74% do total (Figura 26). Além disso, 48,15% conhece casos de febre da carraça. Nenhuma das outras doenças foi assinalada.

Em relação à Brucelose, esta é uma das zoonoses mais incidentes no nosso país, com casos registados em todas as regiões de Portugal continental sendo, portanto, normal que haja pessoas que têm conhecimento de alguém que tenha tido esta doença [22].

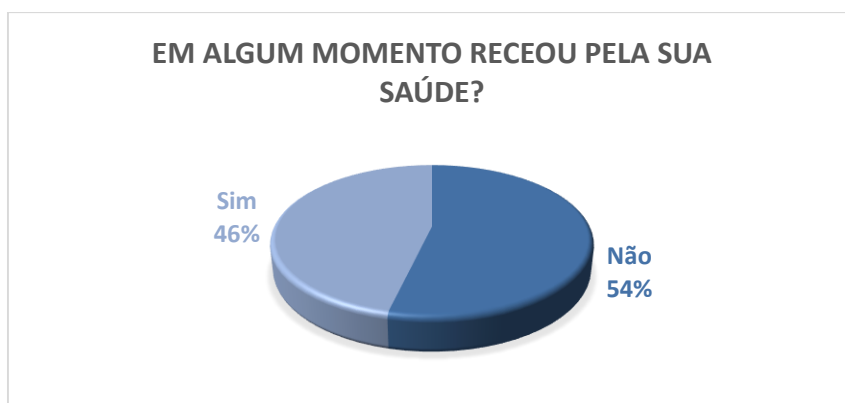
Já em relação à febre da carraça e, sendo esta uma designação para uma situação com vários potenciais agentes causadores, é normal que as pessoas tenham também conhecimento de casos na região uma vez que o distrito de Bragança é o distrito nacional onde se verificam mais casos [33].

**Figura 26 - Doença contraída (%)**



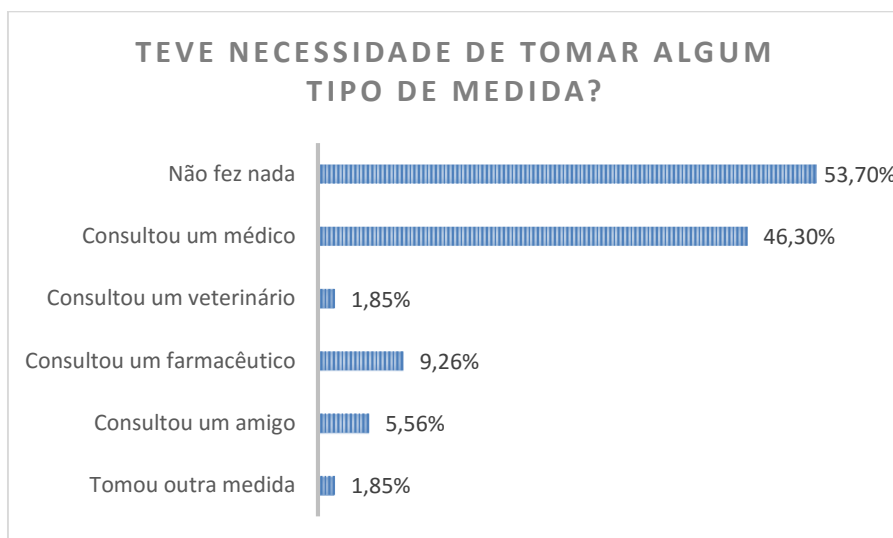
Em relação à questão se em algum momento haviam receado pela sua saúde, 53,70% dos inquiridos respondeu “Não”, enquanto 46,30% respondeu “Sim” (Figura 27). O facto de a maioria não ter ficado receoso com o facto de existirem casos de brucelose e de febre da carraça na região, pode dever-se à falta de conhecimento que têm sobre as doenças.

**Figura 27 - Percentagem de indivíduos que recearam pela sua saúde, tendo conhecimento de zoonoses na região (%)**



Sobre a necessidade de tomar alguma medida, 53,70% afirma não ter feito nada e 46,30% diz ter recorrido a um médico. Apenas 9,26% dos inquiridos procurou ajuda junto a um farmacêutico (Figura 28). Mais uma vez, fica patente que o farmacêutico tem a necessidade de se afirmar como uma mais-valia na ajuda e educação junto aos utentes.

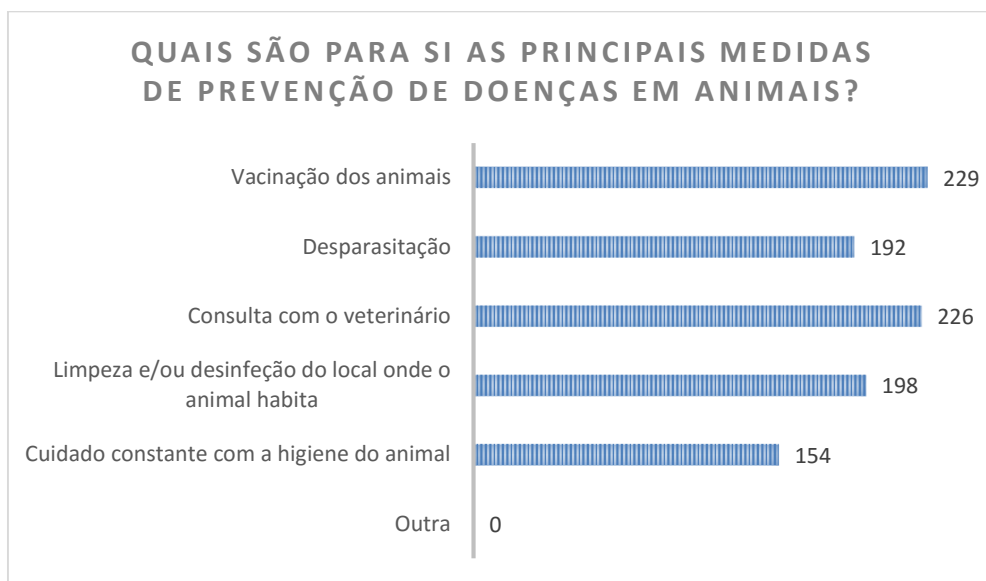
Figura 28 - Medidas tomadas pelos indivíduos que receberam pela sua saúde (%)



#### 4.2.2.8. Medidas de prevenção de doenças em animais

A última questão foi elaborada com o intuito de avaliar se os inquiridos são conhecedores de medidas preventivas de doenças em animais. Pode dizer-se que foi a questão onde houve melhor prestação por parte destes já que nenhuma das opções (todas elas verdadeiras) foi assinalada por menos de 50% das pessoas (Figura 29). Para os inquiridos, a principal medida preventiva de doenças em animais é a vacinação (87,40%). A obrigação da vacina antirrábica parece ser preponderante para que tal aconteça [48]. Uma vez que a vacina é um ato da competência do veterinário, obriga a que as pessoas tenham de se deslocar à sua presença para que a vacina seja administrada. A consulta com o veterinário, apesar de não ser uma medida de prevenção direta, acaba por ser considerada também uma medida de prevenção de doenças já que o veterinário deve ter o cuidado em alertar para a vacinação, desparasitação ou outras formas de prevenção. Esta opção foi a segunda mais escolhida, com 86,26% dos inquiridos.

Figura 29 - Medidas de prevenção de doenças em animais (%)



## 5. Conclusões

Este trabalho teve como principal objetivo estudar o conhecimento de uma população portuguesa sobre zoonoses, usando como instrumento um inquérito elaborado para o efeito.

O estudo foi realizado no concelho de Miranda do Douro, que é um concelho pertencente ao Distrito de Bragança, que faz fronteira com a Espanha, e que é caracterizado pela Cultura (Língua Mirandesa e Pauliteiros de Miranda), Gastronomia (Posta Mirandesa), e pela criação de gado (existência de raças autóctones de gado bovino, ovino e asinino: Raça Mirandesa, Raça Churra Galega Mirandesa e Burro Mirandês). Este último ponto foi um dos fatores de maior relevo para a realização do estudo.

Podemos afirmar que a amostra é representativa do concelho de Miranda do Douro, podendo extrapolar os dados obtidos a toda a população do concelho e, até, usá-los de forma comparativa em outros estudos.

Entre outros pontos importantes, este estudo permitiu concluir que a maioria da população do concelho de Miranda do Douro não sabe o que são zoonoses (apenas 32% dos inquiridos ouviu ou leu o termo zoonose). Contudo, das pessoas que afirmam conhecer o termo zoonose, apenas 2% não sabe o que ele significa.

Outro fator importante para o conhecimento das zoonoses é o facto de as pessoas possuírem animais domésticos. Neste estudo, embora com pequena diferença, foram mais as pessoas com animais domésticos que conheciam o termo zoonose do que aquelas que não tinham. Outra conclusão é que pessoas que têm animais parecem estar mais cientes que os animais domésticos

são um meio de propagação de doenças do que aquelas que não têm. Assim sendo, põe-se a hipótese de que as pessoas que têm animais domésticos procuram ou estão mais recetivas a questões ligadas à saúde animal.

Outras variáveis relevantes foram também analisadas, como por exemplo, o grau de escolaridade e a idade de forma a poder cruzar informação.

Um dado interessante verificado foi que os cuidados de saúde e de higiene, tanto no agregado familiar como nos animais, estão diretamente relacionados com o grau de escolaridade dos inquiridos: Pessoas com menor grau de escolaridade têm tendência a ter menos preocupações com a saúde e higiene dos animais; Pessoas com maior grau de escolaridade tomam como medidas de precaução mais frequentes o uso de repelentes e desparasitantes, assim como recorrem em maior número à vacinação.

Com a análise dos inquéritos, outro dado que saltou à vista foi a baixa perceção que as pessoas têm sobre o modo de transmissão de zoonoses, uma vez que a maioria das pessoas só foi consensual em três das hipóteses fornecidas, quando na verdade todas as hipóteses dadas eram verdadeiras.

Em relação à incidência de casos de zoonoses no concelho de Miranda do Douro, e de acordo com os valores obtidos, pode afirmar-se que a grande maioria das pessoas não tem conhecimento de zoonoses na região. No entanto, é interessante constatar que, dentro das pessoas que conhecem casos de zoonoses, só duas doenças foram assinaladas: Brucelose e Febre da Carraça. Este facto permite afirmar, embora sem grau de certeza, que são as duas doenças zoonóticas com maior incidência conhecida no concelho.

Sobre as medidas de prevenção de doenças em animais conclui-se, com a realização deste estudo, que a maioria da população do concelho de Miranda do Douro está ciente das medidas que deve tomar. No entanto, há ainda uma percentagem elevada de pessoas que tem animais de estimação que não toma qualquer medida.

A baixa procura da farmácia comunitária em situações em que as pessoas vêm, de algum modo, a sua saúde em risco, pode traduzir a confiança que as pessoas têm nas farmácias enquanto prestadoras de aconselhamento ou a falta de conhecimento de que aqui também se podem prestar conselhos em relação a estas situações. Deste modo, é necessário fazer mais e melhor para ganhar a confiança das pessoas e ser cada vez mais uma referência na área da educação para a saúde.

Neste estudo ficou patente que a educação das populações e a promoção de saúde animal podem ser das maiores armas no combate às zoonoses. De facto, só populações conhecedoras dos problemas e cientes das ferramentas que têm à sua disposição são capazes de lhe fazer frente.

Assim, cabe a todos os profissionais do Sistema Nacional de Saúde e não só educar e promover junto das populações hábitos e cuidados a ter com os animais, de forma a combater e, acima de tudo, prevenir a transmissão de zoonoses.

## 6. Bibliografia

- [1] J. Blancou, B. B. Chomel, A. Belloto e F. X. Meslin, “Emerging or re-emerging bacterial zoonoses: factors of emergence, surveillance and control,” *Veterinary Research*, vol. 36, p. 507–522, 2005.
- [2] R. Bueno-Marí, A. P. G. Almeida e J. C. Navarro, “Emerging zoonoses: eco-epidemiology, involved mechanisms, and public health implications,” *Frontiers in Public Health*, 08 06 2015.
- [3] WHO, “<http://www.who.int/zoonoses/en/>,” [Online]. [Acedido em 05 06 2015].
- [4] “Decreto-Lei n.º 193/2004 de 17 de Agosto,” *DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 193 - I SÉRIE-A*.
- [5] I. M. Madrid e A. S. Mattei, “[http://www.zoonoses.org.br/absoluto/midia/imagens/zoonoses/arquivos\\_1330097132/5249\\_dermatofitose.pdf](http://www.zoonoses.org.br/absoluto/midia/imagens/zoonoses/arquivos_1330097132/5249_dermatofitose.pdf),” [Online]. [Acedido em 10 06 2015].
- [6] “DIRECTIVA 2003/99/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO,” *Jornal Oficial da União Europeia*, 2003.
- [7] F. D. d. Ávila-Pires, “Zoonoses: Hospedeiros e Reservatórios,” *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 5, pp. 82-97, 1989.
- [8] A. L. Wilson, M. Boelaert, I. Kleinschmidt, M. Pinder, T. W. Scott, L. S. Tusting e S. W. Lindsay, “Evidence-based vector control? Improving the quality of vector control trials,” *Trends in Parasitology*, pp. 1-11, 2015.
- [9] L. Campino, F. Pratlong, P. Abranches, J.-A. Rioux, G. Santos-Gomes, C. Alves-Pires, S. Cortes, J. Ramada, J. M. Cristovao, M. O. Afonso e J. P. Dedet, “Leishmaniasis in Portugal: enzyme polymorphism of *Leishmania infantum* based on the identification of 213 strains,” *Tropical Medicine and International Health*, vol. 2, p. 1708–1714, 2006.
- [10] A. S. Santos, F. Bacellar e A. França, “Febre Q: revisão de conceitos,” *Review articles - Medicina Interna*, vol. 14, pp. 90-91, 2007.

- [11] WHO, "Variant Creutzfeldt-Jakob disease," 2012. [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs180/en/>. [Acedido em 08 07 2015].
- [12] WHO, "Leptospirosis," 2013. [Online]. Available: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/leptospirosis/en/>. [Acedido em 08 07 2015].
- [13] M. L. Vieira, M. J. Gama-Simões e M. Collares-Pereira, "Human leptospirosis in Portugal: a retrospective study of eighteen years," *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 10, pp. 378-386, 2006.
- [14] Y. Ke, Z. Chen e R. Yang, "Yersinia pestis: mechanisms of entry into and resistance to the host cell," *Frontiers of cellular and infection microbiology*, vol. 3, nº 106, pp. 1-9, 2013.
- [15] R. M. Lee, L. B. Moore, M. E. Bottazzi e P. J. Hotez, "Toxocariasis in North America: A Systematic Review," *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 8, nº 8, pp. 1-7, 2014.
- [16] M. E. Ereemeeva e G. A. Dasch, "Challenges posed by tick-borne rickettsiae: eco-epidemiology and public health implications," *Frontiers in public health*, vol. 3, nº 55, pp. 1-17, 2015.
- [17] WHO, "Rabies," [Online]. Available: <http://www.who.int/rabies/en/>. [Acedido em 20 06 2015].
- [18] DGS, "Orientação da Direção-Geral da Saúde NÚMERO: 003/2013," 2013. [Online]. Available: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=OCB4QFjAAahUKEwiSlcTY4KHIAhVBmR4KHARtDkg&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2Forientacao-n-0032013-de-15032013-jpg.asp>.
- [19] P. M. Muñoz, M. Boadella, M. Arnal, M. J. d. Miguel, M. Revilla, D. Martínez, J. Vicente, P. Acevedo, Á. Oleaga, F. Ruiz-Fons, C. M. Marín, J. M. Prieto, J. d. I. Fuente, M. Barral, M. Barberán, D. F. d. Luco, J. M. Blasco e C. Gortázar, "Spatial distribution and risk factors of Brucellosis in Iberian wild ungulates," *BMC Infectious Diseases*, vol. 10, pp. 1-14, 2010.
- [20] WHO, "WHO recommended standards and strategies for surveillance, prevention and control of communicable diseases," [Online]. Available: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/Brucellosissurveillance.pdf?ua=1>. [Acedido em 20 06 2015].
- [21] WHO, "World Health Organization," [Online]. Available: <http://www.who.int/topics/brucellosis/en/>. [Acedido em 20 06 2015].

- [22] A. Pelerito, R. Cordeiro, R. Matos, M. A. Santos, S. Soeiro e S. Nuncio, "Brucelose humana: análise retrospectiva de casos clínicos suspeitos de infecção entre 2002 e 2013," *Observações\_Boletim Epidemiológico*, vol. 3(9), pp. 19-21, 2014.
- [23] "Annual epidemiological report 2014 - emerging and vector-borne diseases," [Online]. Available: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Report%20Assets/Number-and-rates-of-confirmed-Q-fever-reported-cases-EUEEA-2008-2012.png>.
- [24] K. T. Andrews, G. Fisher e T. S. Skinner-Adams, "Drug repurposing and human parasitic protozoan diseases," *International Journal for Parasitology: Drugs and Drug Resistance*, vol. 4, pp. 95-111, 2014.
- [25] S. K. Halonen e L. M. Weiss, "TOXOPLASMOSIS," *Handbook of Clinical Neurology*, pp. 125-145, 2013.
- [26] Q. Liu, Z.-D. Wang, S.-Y. Huang e X.-Q. Zhu, "Diagnosis of toxoplasmosis and typing of *Toxoplasma gondii*," *Parasites & Vectors*, vol. 8:293, pp. 1-14, 2015.
- [27] B. Li, J. Zou, W.-Y. Wang e S.-X. Liu, "Toxoplasmosis presented as a submental mass: a common disease, uncommon presentation," *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, vol. 8, pp. 3308-3311, 2015.
- [28] PAHO, "Leishmaniasis," [Online]. Available: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=29&Itemid=40754&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=29&Itemid=40754&lang=es). [Acedido em 24 06 2015].
- [29] WHO, "Leishmaniasis," [Online]. Available: [http://www.who.int/leishmaniasis/about\\_disease/en/](http://www.who.int/leishmaniasis/about_disease/en/). [Acedido em 24 06 2015].
- [30] H. J. C. d. Vries, S. H. Reedijk e H. D. F. H. Schallig, "Cutaneous Leishmaniasis: Recent Developments in Diagnosis and Management," *American Journal of Clinical Dermatology*, vol. 16, p. 99-109, 2015.
- [31] WHO, Manual for case management, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, 2014.
- [32] VetSet, "FEBRE DA CARRAÇA," [Online]. Available: [http://www.vetsete.com/admin/banners/201407071631-febre\\_da\\_carraca\\_pdf.pdf](http://www.vetsete.com/admin/banners/201407071631-febre_da_carraca_pdf.pdf). [Acedido em 26 06 2015].
- [33] L. Marques, S. Mesquita, E. Tavares e M. Guedes, "Consensos em Infecçiolgia Pediátrica - FEBRE ESCARO-NODULAR," *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol. 36, pp. 257-263, 2015.
- [34] WHO, "Zoonoses and the Human-Animal-Ecosystems Interface," [Online]. Available: <http://www.who.int/zoonoses/en/>. [Acedido em 02 06 2015].

- [35] PORDATA, "População residente nos Municípios," [Online]. Available: <http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente-359>. [Acedido em 16 06 2015].
- [36] G. E. d. O. Santos, "Cálculo amostral: calculadora on-line," [Online]. Available: <http://www.calculoamostral.vai.la>. [Acedido em 18 06 2015].
- [37] PORDATA, "Taxa bruta de natalidade em Portugal," [Online]. Available: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>.
- [38] PORDATA, "Indicadores de envelhecimento segundo os Censos em Portugal," [Online]. Available: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-525>. [Acedido em 03 08 2015].
- [39] PORDATA, "População residente: total e por grandes grupos etários (%)," [Online]. Available: [http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-726-4785](http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-726-4785). [Acedido em 02 07 2015].
- [40] INE, "Taxa de desemprego da população ativa com idade entre 15 e 74 anos (%) por Sexo; Mensal," [Online]. Available: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007975&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007975&contexto=bd&selTab=tab2). [Acedido em 03 07 2015].
- [41] PORDATA, "Taxa de inactividade: total e por grupo etário (%)," [Online]. Available: [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+inactividade+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+\(percentagem\)-2263](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+inactividade+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+(percentagem)-2263). [Acedido em 03 07 2015].
- [42] PORDATA, "População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%)," [Online]. Available: [http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-884](http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-884). [Acedido em 05 07 2015].
- [43] PORDATA, "Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo," [Online]. Available: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+analfabetismo+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-2517>. [Acedido em 05 07 2015].
- [44] GrupoMarkttest, "Mais de 2 milhões de lares têm animais domésticos," [Online]. Available: <http://www.markttest.com/wap/a/n/id~c98.aspx>. [Acedido em 22 07 2015].
- [45] GrupoMarkttest, "Portugueses preferem cão como animal de estimação," 2014. [Online]. Available: <http://www.markttest.com/wap/a/n/id~1c91.aspx>. [Acedido em 06 07 2015].

- [46] E. Santermans, N. Goeyvaerts, A. Melegaro, W. Edmunds, C. Faes, M. Aerts, P. Beutels e N. Hens, "The social contact hypothesis under the assumption of endemic equilibrium: Elucidating the transmission potential of VZV in Europe," *Epidemics*, vol. 11, pp. 14-23, 2015.
- [47] L. Castro, G. Gonçalves e J. Catarino, "CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DECLARADOS DE TÉTANO Oportunidades perdidas de vacinação," *Acta Médica Portuguesa*, vol. 17, pp. 225-229, 2004.
- [48] "Portaria n.º 264/2013 de 16 de Agosto," *Diário da República 1.ª série — N.º 157*, 2013.

## Anexo 1 - Buono Acquisto

<b>BUONO ACQUISTO</b> <b>(D.P.R. n.309/1990, art.38, comma 1 bis)</b>
<b>n. progressivo annuale</b> _____ <b>Anno</b> _____
<b>DITTA ACQUIRENTE</b> _____ _____
<b>AUTORIZZAZIONE MINISTERIALE</b> _____
<b>INDIRIZZO</b> _____ _____
<b>RESPONSABILE</b> _____
<b>FIRMA</b> _____
<b>FUNZIONE</b> _____ _____
<b>DATA</b> _____

**DITTA CEDENTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE MINISTERIALE**

\_\_\_\_\_

**INDIRIZZO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESPONSABILE** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FUNZIONE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

<b>DESCRIZIONE</b>	<b>QUANTIT A' RICHIEST A</b>	<b>QUANTITA , CONSEGN ATA</b>

## Anexo 2 - Foglio di lavoro

FOGLIO DI LAVORO della Prep: \_\_\_\_\_ (vedi scheda tecnica)

Nuova preparazione  Se nuova indicare modus operandi: \_\_\_\_\_

DATA PREPARAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Nr. PROGRESSIVO \_\_\_/\_\_\_

NOME MEDICO \_\_\_\_\_      NOME PAZIENTE \_\_\_\_\_

DATA DI REDAZIONE DELLA RICETTA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_       ORDINE ospedale \_\_\_\_\_

Componenti	Quantità (peso o volume)	Rif. Interno/ n. lotto	Note	Sostanza finita (segno X)
		___/___		
		___/___		
		___/___		
		___/___		
		___/___		
		___/___		
		___/___		
		___/___		
		___/___		

SIGLA DEL PREPARATORE \_\_\_\_\_

Rev. 0      DATA 29/07/14      TITOLO FOGLIO LAVORO      COD. M.23      PAG 1 DI 1



# Anexo 3 - Scheda Tecnica- Benzoato di Benzile 20% - 1Kg

## BENZOATO DI BENZILE 20% - 1Kg

### Composizione quali-quantitativa:

Benzile benzoato	200g
Acido stearico	200g
Trietanolamina	20g
Acqua depurata	580g

### Modus operandi:

Si fonde l'acido stearico a 65°C e si aggiunge sotto agitazione il benzile benzoato. In altro recipiente si porta a 65-70°C l'acqua e vi si aggiunge la trietanolamina fino a pH 8-9. Si uniscono le 2 fasi sotto agitazione fino a raffreddamento.

**Note:** nessuna

**Regime di dispensazione:** S.P.

**Forma farmaceutica:** Crema

**Indicazioni d'uso:** Utilizzato nel trattamento della scabbia, pediculosi (pidocchi e pidocchi del pube) e pulci.

**Uso in pediatria:** No.

**Precauzioni d'uso:** tenere lontano dalla portata dei bambini. Attenzione, non utilizzare in superfici troppo estese. Non disperdere il flacone nell'ambiente. Non utilizzare il preparato oltre la data di scadenza riportata sulla confezione. Segnalare al medico o al farmacista gli eventuali effetti collaterali.

**Avvertenze:** uso esterno.

**Conservazione:** conservare a temperatura ambiente al riparo da fonti di luce e calore.

**Validità della preparazione:** 6 mesi dalla data di preparazione.

**Bibliografia:**

**Data validazione:** marzo 2014

<b>Timbro Farmacia</b>	<b>Firma Farmacista Preparatore</b>
	<b>Firma Responsabile</b>

## PREZZO

Benzile benzoato 200 g                      0,035€\*200g                      7,00

Acido stearico 200g                      0,01030€\*200g                      2,06

Trietanolamina 20 g                      0,02180€\*20                      0,436

Acqua depurata 580 g                      0,3016

**S:**

9,79 €

**O:**

$6,38 + (0,387 * 9) + (0,387 * 2) + 1,16 \text{ €} =$

11,797€

**D.A.**

-----

**C:**

4,00 €

**Totale**

**25,59 €**



# Anexo 4 - Scheda Unica di segnalazione di sospetta reazione avversa

## Scheda unica di segnalazione di sospetta **reazione avversa**

(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

1	INIZIALI DEL PAZIENTE	2	DATA DI NASCITA	3	SESSO	4	DATA D'INSORGENZA DELLA REAZIONE	5	ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE	
6	DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI*						7				
* se il segnalatore è un medico  8						GRANITÀ DELLA REAZIONE: GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO NON GRAVE					
						9					
10						AZIONI INTRAPRESE (specificare):  In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					
<b>INFORMAZIONI SUL FARMACO</b>											
11											
FARMACO (I) SOSPETTO (I) (nome della specialità medicinale)* A) _____ 12. LOTTO: _____ 13. DOSAGGIO/DIE: _____ 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____ 15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____ B) _____ 12. LOTTO: _____ 13. DOSAGGIO/DIE: _____ 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____ 15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____ C) _____ 12. LOTTO: _____ 13. DOSAGGIO/DIE: _____  * Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi ed età di richiamo e data della somministrazione											
16. IL FARMACO È STATO SOSPESO? A: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      B: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      C: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 17. LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? A: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      B: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      C: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 18. IL FARMACO È STATO RIPRESO? A: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      B: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      C: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? A: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      B: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      C: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no											
20											
INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO: A: B: C:											
21											
FARMACI (I) CONCOMITANTI (I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO											
22											
USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):											
23											
CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'antemico ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)											
<b>INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE</b>											
24						25					
QUALIFICA DEL SEGNALATORE <input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA <input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> ALTRO						DATI DEL SEGNALATORE <input type="checkbox"/> NOME E COGNOME <input type="checkbox"/> INDIRIZZO <input type="checkbox"/> TEL. E FAX <input type="checkbox"/> E-MAIL					
26						27					
DATA DI COMPILAZIONE						FIRMA DEL SEGNALATORE					
28						29					
CODICE ASL						FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA					



## Anexo 5 - Inquérito



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

### Estudo do conhecimento de uma população sobre zoonoses

No âmbito da elaboração de uma tese de mestrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade da Beira Interior, e tendo como objetivo o estudo do conhecimento de uma população sobre zoonoses, solicita-se a sua colaboração voluntária colocando um X nos quadrados e/ou completando os espaços vazios de modo a que as suas respostas melhor correspondam à sua opinião. Em situações de engano na resposta pretendida, coloque por favor um círculo à volta do quadrado.

O inquérito é *voluntário, anónimo e confidencial*. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Tempo estimado de preenchimento: 5-10 minutos

---

#### Dados do Inquirido

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Situação Profissional:

- Desempregado
- Reformado
- Trabalhador por conta própria
- Trabalhador por conta de outrem

Profissão: \_\_\_\_\_

Região onde vive:

Freguesia: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e/ou escrever
- Primeiro Ciclo (1º-4º anos)
- Segundo Ciclo (5º-6º anos)
- Terceiro Ciclo (7º-9º anos)
- Ensino Secundário (10º-12º anos)
- Ensino Universitário

Nº filhos:

- 0
- 1
- 2
- 3
- >3

---

## Inquérito

1. Tem animais de estimação?

- Não
- Sim

(Se Sim, responda às seguintes questões. Se Não, avance para a questão 2)

1.1. Que tipo de animais tem? (Escolha uma ou várias opções)

- Cães
- Gatos
- Galinhas
- Vacas
- Burros
- Cavalos
- Porcos
- Ovelhas
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

1.2. Que tipo de cuidados costuma ter com a higiene/saúde dos animais?  
(Escolha uma ou várias opções)

- Sem cuidados relevantes
- Visita regular ao veterinário
- Desparasitação dos animais
- Vacinação dos animais
- Outra medida. Qual? \_\_\_\_\_

1.3. Que tipo de cuidados costuma ter com a sua saúde e do seu agregado familiar? (Escolha uma ou várias opções)

- Sem cuidados relevantes
- Visita regular ao médico de família
- Desparasitação
- Vacinação
- Lavagem das mãos após contacto com os animais
- Aplicar repelente de insetos
- Outra medida. Qual? \_\_\_\_\_

2. Já alguma vez ouviu/leu o termo zoonose?

- Não
- Sim

(Se Sim, responda às seguintes questões. Se Não, avance para a questão 5)

2.1. Onde ouviu/leu sobre este termo? (Escolha uma ou várias opções)

- Hospital
- Farmácia
- Universidade
- Jornais
- Revistas
- Televisão
- Rádio
- Livros
- Outro meio de comunicação. Qual? \_\_\_\_\_

3. Sabe dizer o que significa o termo zoonose?

- Não
- Sim

(Se Sim, responda às seguintes questões. Se Não, avance para a questão 5)

3.1. O que significa o termo zoonose? (Escolha uma ou várias opções)

- Doenças dos homens que podem ser transmitidas aos animais
- Doenças dos animais que podem ser transmitidas ao homem
- Doenças que só afetam os homens
- Doenças que só afetam os animais
- Doenças que só afetam animais selvagens

4. Para si, qual das seguintes doenças é uma zoonose? (Escolha uma ou várias opções)

- Varicela
- Leishmaniose

- Febre Q
- Raiva
- Toxoplasmose
- Brucelose
- Diabetes *mellitus*
- Doença das vacas loucas
- Hipertensão arterial
- Leptospirose
- Peste negra
- Tétano
- Larva *migrans* cutânea
- Febre da carraça
- Outra(s). Qual(ais)?\_\_\_\_\_

5. No seu entender os animais domésticos podem ser um meio de transmissão de doenças?

- Não
- Sim

(Se Sim, responda às seguintes questões. Se Não, avance para a questão 8)

5.1 Quais são as doenças que eles podem transmitir? (Escolha uma ou várias opções)

- Toxoplasmose
- Raiva
- Leishmaniose
- Febre Q
- Brucelose
- Doença das vacas loucas
- Outra(s). Qual(ais)?\_\_\_\_\_

6. Qual pode ser o modo de transmissão das zoonoses? (Escolha uma ou várias opções)

- Através de saliva animal
- Através de picadas de insectos
- Através da mordedura de animais
- Através de arranhões provocados por animais
- Beber leite de animais infectados com a doença
- Através do contacto direto com urina e fezes de animais
- Através de pulgas e carraças
- Através do contacto direto com feridas na pele do animal
- Outra(s). Qual(ais)?\_\_\_\_\_

7. Tem conhecimento de casos de zoonoses na sua região?

- Não
- Sim

(Se Sim, responda às seguintes questões. Se Não, avance para a questão 8)

7.1. Quem contraiu este tipo de doença?

- Um vizinho
- Um familiar
- Um amigo
- Um colega de trabalho
- Um amigo de um amigo

7.2. Qual das seguintes doenças contraiu?

- Leishmaniose
- Toxoplasmose
- Febre Q
- Raiva
- Brucelose
- Doença das vacas loucas
- Leptospirose
- Larva *migrans* cutânea
- Febre da carraça
- Outra(s). Qual(ais)? \_\_\_\_\_

7.3. Em algum momento receou pela sua saúde?

- Sim
- Não

7.4. Teve necessidade de tomar algum tipo de medida? (Escolha uma ou várias opções)

- Não fez nada
- Consultou um médico
- Consultou um veterinário
- Consultou um farmacêutico
- Consultou um amigo
- Tomou outra medida. Qual? \_\_\_\_\_

8. Quais são para si as principais medidas de prevenção de doenças em animais? (Escolha uma ou várias opções)

- Vacinação dos animais
- Desparasitação

- Consulta com o veterinário
- Limpeza e/ou desinfecção do local onde o animal habita
- Cuidado constante com a higiene do animal
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**FIM**

**Muito obrigado pela sua colaboração!**