



UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Sofia Ferreira Santos

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A farmácia de oficina no virar do século XX para o século XXI: continuidades e mudanças” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Mariana Caetano Cosme, da Dra. Anabela Fonseca, da Dra. Ana Lúcia Bártolo e do Professor Doutor João Rui Pita apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Sofia Ferreira Santos

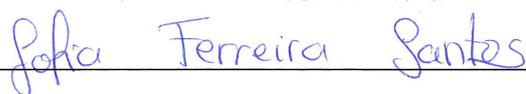
Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A farmácia de oficina no virar do século XX para o século XXI: continuidades e mudanças” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Mariana Caetano Cosme, Dra. Anabela Fonseca, Dra. Ana Lúcia Bártolo e do Professor Doutor João Rui Pita e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Julho 2019

Eu, Sofia Ferreira Santos, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2014228869, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A farmácia de oficina no virar do século XX para o século XXI: continuidades e mudanças” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 10 de julho de 2019.



---

(Sofia Ferreira Santos)

***“Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite  
que ele possa ser realizado”***

Roberto Shinyashiki

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais, quero agradecer aos meus pais, pelo amor, compreensão, pelos sacrifícios realizados em prol da minha formação e pelo apoio incondicional, sem os quais não seria possível a concretização deste sonho.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, da qual me orgulho em pertencer, a toda a equipa de docentes e não docentes, pela dedicação e sabedoria transmitida.

Ao meu orientador de monografia, Professor Doutor João Rui Pita, por todo o tempo disponibilizado, pela ajuda e incentivo na elaboração da presente monografia.

À Dra. Mariana Cosme e a toda a equipa dos serviços farmacêuticos do Hospital CUF Viseu, pela amizade, dedicação, disponibilidade para ajudar e pelos conhecimentos transmitidos, que contribuíram para o enriquecimento do meu estágio, tanto a nível profissional como pessoal.

À Dra. Anabela Fonseca, Dra. Ana Lúcia Bártolo e aos restantes elementos da equipa da Farmácia Gama, pela hospitalidade, por todos os momentos de boa disposição, pela paciência em esclarecer as minhas dúvidas e pela orientação prestada ao longo do meu estágio.

Aos amigos, em especial Juliana e Cíntia, pela presença nos melhores e piores momentos, pelo apoio, por me acompanharem ao longo de todo o percurso e acima de tudo, pela amizade verdadeira.

*A todos, o meu sincero obrigada!*

## **RESUMO**

O plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) fornece, ao longo de cinco anos académicos, uma bagagem multidisciplinar que pretende abranger todas as possíveis áreas de atuação do farmacêutico. A etapa final do MICF é constituída pelo estágio e monografia integrados na Unidade Curricular “Estágio”. O presente documento inclui os meus relatórios de estágio em Farmácia Hospitalar e Farmácia Comunitária, elaborados segundo uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), onde enuncio as atividades realizadas no decurso do estágio, assim como alguns casos práticos relevantes para o meu processo de aprendizagem.

A farmácia tem uma história com vários milénios, e ao longo do tempo, demonstrou ter um papel importante nas civilizações. A farmácia de oficina evoluiu e adaptou-se às necessidades da população, tornando-se num espaço com uma abordagem técnica centrada no doente em particular e cidadão no geral. Após décadas de esforço, dedicação e desenvolvimento, a farmácia adquiriu a importância e responsabilidade que possui atualmente, sendo considerada um elemento com uma função primordial no Sistema de Saúde, onde a relação de proximidade e confiança que estabelece com o utente ganha cada vez mais notabilidade. A dinâmica do setor farmacêutico e medicamento, e a realidade tecnológica e científica atual, são diferentes do contexto que sustentou o enquadramento regulamentar das farmácias que vigorava desde os anos 60. Hoje, a farmácia é um setor que se rege por normas legais e deontológicas específicas, tendo sido alvo de inúmeras alterações. Assim, torna-se necessário analisar a evolução das alterações legislativas registadas, avaliando o seu impacto na atividade das farmácias.

**Palavras-chave:** estágio, farmácia, saúde, evolução, normas legais.

## **ABSTRACT**

The study plan of the Integrated Master in Pharmaceutical Sciences (IMPS) gives, throughout five academic years, a multidisciplinary luggage that intends to cover all the possible areas of the pharmacist situation. The final stage of the IMPS is constituted by the training and by the monograph integrated in the Curricular Unit “Training”. This document includes my training reports in Hospital Pharmacy and Community Pharmacy, elaborated according a SWOT analysis (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats), where I articulate activities performed during the training, as well as some practical cases relevant for my learning process.

The pharmacy has a history with several millennia, and over time, it showed to have an important role in civilizations. The pharmacy workshop evolved and adapted to the needs of the population becoming a space with a technical approach focused in the patient in particular and in the citizen in general. After decades of efforts, dedication and development, the pharmacy acquired the importance and responsibility that possessed nowadays, being considered an element with a primary function in the Health System, where the relationship of proximity and trust that establishes with the patient gains more and more noticeability. The dynamic of the pharmaceutical sector and of the medicine, and the current technological and scientific reality, are different from the context that supported the regulatory framework of the pharmacies that ruled since the 60's. Today, the pharmacy is a sector that is ruled by specific legal and deontological norms, having been the target of several alterations. Thus, it is necessary to analyses the evolution of the legal alterations registered, evaluating his impact in the pharmacies activity.

**Keywords:** training, pharmacy, health, evolution, legal norms.

## **ÍNDICE**

### **Parte I: Relatório de Estágio Curricular | Farmácia Hospitalar**

<b>Lista de abreviaturas</b> .....	6
<b>1. Introdução</b> .....	7
<b>2. Hospital CUF Viseu</b> .....	7
2.1. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do Hospital CUF Viseu.....	7
<b>3. Análise SWOT</b> .....	8
<b>3.1. Pontos Fortes</b> .....	9
3.1.1. Recursos humanos.....	9
3.1.2. Gestão e organização dos serviços farmacêuticos.....	9
3.1.3. Validação da prescrição médica.....	11
3.1.4. Dispensa e distribuição de medicamentos.....	11
3.1.4.1. Distribuição individual diária em dose unitária.....	11
3.1.4.2. Distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial.....	12
3.1.5. Aplicação de conhecimentos.....	13
<b>3.2. Pontos Fracos</b> .....	13
3.2.1. Duração do estágio.....	13
3.2.2. Distribuição em regime de ambulatório.....	13
3.2.3. Farmacotecnia.....	14
<b>3.3. Oportunidades</b> .....	14
3.3.1. Intervenção do farmacêutico hospitalar.....	14
3.3.2. Revisão dos carros e malas de emergência.....	14
<b>3.4. Ameaças</b> .....	15
3.4.1. Dificuldade de acesso ao setor.....	15
<b>4. Conclusão</b> .....	15
<b>5. Bibliografia</b> .....	16
<b>6. Anexos</b> .....	17

### **Parte II: Relatório de Estágio Curricular | Farmácia Comunitária**

<b>Lista de abreviaturas</b> .....	28
<b>1. Introdução</b> .....	29
<b>2. Farmácia Gama</b> .....	29
<b>3. Análise SWOT</b> .....	30
<b>3.1. Pontos Fortes</b> .....	31
3.1.1. Equipa técnica de excelência.....	31
3.1.2. Planeamento do estágio.....	31
3.1.3. Sistema informático: Sifarma 2000®.....	32
3.1.4. Equipamento- <i>robot</i> .....	32
3.1.5. Preparação de manipulados.....	33
3.1.6. Prestação de Serviços Farmacêuticos.....	33
3.1.7. Aplicação de conhecimentos.....	34
<b>3.2. Pontos Fracos</b> .....	34
3.2.1. Dificuldade na interpretação de receitas manuais.....	34
3.2.2. Falta de experiência no atendimento.....	35
<b>3.3. Oportunidades</b> .....	35
3.3.1. Participação em formações.....	35

3.3.2. Colaboração com a APPACDM.....	35
3.3.3. Receitas eletrónicas desmaterializadas.....	36
<b>3.4. Ameaças.....</b>	<b>36</b>
3.4.1. Medicamentos esgotados.....	36
3.4.2. Venda de MNSRM fora das farmácias.....	36
<b>4. Exemplos de casos práticos.....</b>	<b>37</b>
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>38</b>
<b>6. Bibliografia.....</b>	<b>39</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>40</b>

## **PARTE III: Monografia “A farmácia de oficina no virar do século XX para o século XXI: continuidades e mudanças”**

<b>Lista de abreviaturas.....</b>	<b>42</b>
<b>1. Introdução.....</b>	<b>43</b>
<b>2. Principais modificações no regime jurídico da farmácia de oficina em Portugal.....</b>	<b>44</b>
2.1. A farmácia de oficina antes da adesão à União Europeia: a lei da propriedade da farmácia (Lei nº 2125, de 20 de Março de 1965) e a regulamentação do exercício profissional (Decreto-Lei nº 48547, de 27 de Agosto de 1968).....	45
2.2. O Código deontológico dos farmacêuticos.....	48
<b>3. Farmácia de oficina em Portugal - O impacto da adesão à União Europeia.....</b>	<b>50</b>
3.1. Alterações no regime de abertura e instalação de novas farmácias de oficina.....	51
3.2. Modificações na substituição da direção-técnica.....	51
3.3. Medicamentos manipulados: o papel da farmácia de oficina na segurança, qualidade e valor terapêutico.....	52
3.4. A venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias.....	53
3.4.1. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF).....	55
<b>4. O novo enquadramento legislativo das farmácias de oficina introduzido em 2007.....</b>	<b>56</b>
<b>5. Atual legislação da farmácia de oficina em Portugal.....</b>	<b>60</b>
<b>6. Satisfação dos utentes com os serviços prestados na farmácia de oficina: Realização de Inquéritos.....</b>	<b>62</b>
6.1. Objetivos.....	62
6.2. Metodologia.....	62
6.3. Apresentação dos resultados.....	63
6.3.1. Caracterização da amostra.....	63
6.3.2. Resultados dos Inquéritos.....	63
6.4. Análise e Discussão dos Resultados.....	66
<b>7. Considerações finais.....</b>	<b>68</b>
<b>8. Bibliografia.....</b>	<b>69</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>74</b>

# Parte I

## Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Orientadora: Dra. Mariana Caetano Cosme



## **Lista de abreviaturas**

**AIM** - Autorização de Introdução no Mercado

**AUE** - Autorização de Utilização Excepcional

**CFT** - Comissão de Farmácia e Terapêutica

**CUF** - Companhia União Fabril

**DCI** - Denominação Comum Internacional

**HCV** - Hospital CUF Viseu

**INFARMED** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

**JMS** - José de Mello Saúde

**LASA** - *Look-Alike - Sound-Alike*

**MICF** - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

**SF** - Serviços Farmacêuticos

**SWOT** - Do inglês, *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

## **I. Introdução**

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) e após quatro anos e meio de formação teórica, iniciei uma nova etapa do meu percurso académico: o estágio curricular. Optei por realizar parte do estágio na área de Farmácia Hospitalar, com o intuito de compreender melhor o papel do farmacêutico e o circuito do medicamento a nível hospitalar, contactando desse modo com uma realidade que até então desconhecia. O estágio decorreu no Hospital Companhia União Fabril (CUF) Viseu, entre o dia 7 de janeiro de 2019 e 1 de março do mesmo ano, sob orientação da Diretora Técnica dos Serviços Farmacêuticos, Dra. Mariana Caetano Cosme.

De acordo com as normas orientadoras de estágio, o presente relatório segue uma análise *SWOT*, abordando os pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) do estágio realizado em Farmácia Hospitalar. Pretendo ainda descrever sucintamente o funcionamento e organização do setor dos serviços farmacêuticos (SF) hospitalares que tive oportunidade de conhecer e descrever de forma crítica e refletiva as atividades que desenvolvi.

## **2. Hospital CUF Viseu**

O Hospital CUF Viseu (HCV) inaugurado em 2016, na Rua do Belo Horizonte n.º 8, em Viseu, foi a primeira unidade CUF localizada na região Centro do país, disponibilizando uma ampla oferta de cuidados de saúde.<sup>1</sup> Trata-se de um hospital alicerçado na experiência de gestão hospitalar, no rigor e inovação do grupo José de Mello Saúde (JMS), acumulados ao longo de mais de 70 anos de atividade.<sup>2</sup> A JMS é um dos principais grupos de saúde privados, que possui unidades hospitalares e de ambulatório privadas distribuídas por várias localidades do país, que cooperam diariamente entre si.<sup>2</sup>

O HCV dá resposta aos elevados padrões clínicos e de conforto exigidos, disponibilizando uma unidade de internamento com 31 camas, e uma área de ambulatório com 40 gabinetes destinados à realização de exames e consultas de especialidades médicas.<sup>3</sup>

### **2.1. Serviços farmacêuticos hospitalares do Hospital CUF de Viseu**

Os SF hospitalares são descritos no Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro de 1962 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”.<sup>4</sup> São uma estrutura importante dos cuidados de saúde disponibilizados em meio hospitalar, dotados de autonomia técnica e científica, cuja direção é obrigatoriamente exercida por um farmacêutico hospitalar.<sup>5</sup>

Os SF do HCV estão localizados no piso -1, e funcionam de segunda a sexta-feira, das 9h às 19h. A equipa é constituída por uma farmacêutica e duas assistentes operacionais de farmácia, que têm como missão promover “a prestação de cuidados farmacêuticos de modo a garantir uma terapêutica farmacológica segura e efetiva, para alcançar resultados em saúde e qualidade de vida”.<sup>6</sup>

### 3. Análise SWOT

A análise SWOT é uma ferramenta bastante útil para a gestão e planeamento estratégico de uma empresa. A sigla SWOT é um acrónimo em inglês derivado das iniciais *Strengths* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças).

De seguida, apresento a avaliação dos fatores internos (pontos fortes a serem realçados e fracos a serem eliminados) e fatores externos (oportunidades e ameaças), relativos ao meu estágio curricular em Farmácia Hospitalar, aplicando a análise SWOT.

	<b>S</b>	<b>W</b>
<b>Análise interna</b>	<u><b>PONTOS FORTES</b></u>	<u><b>PONTOS FRACOS</b></u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recursos humanos;</li> <li>✓ Gestão e organização dos serviços farmacêuticos hospitalares;</li> <li>✓ Validação da prescrição médica;</li> <li>✓ Dispensa e distribuição;</li> <li>✓ Aplicação e aquisição de novos conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Duração de estágio;</li> <li>✓ Distribuição de medicação em regime de ambulatório;</li> <li>✓ Farmacotecnia.</li> </ul>
	<b>O</b>	<b>T</b>
<b>Análise externa</b>	<u><b>OPORTUNIDADES</b></u>	<u><b>AMEAÇAS</b></u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção do farmacêutico hospitalar;</li> <li>✓ Revisão dos carros e malas de emergência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dificuldade de acesso ao setor.</li> </ul>

### **3.1. Pontos Fortes**

#### 3.1.1. Recursos humanos

Os SF do HCV são constituídos por uma equipa dinâmica e dedicada, que cooperam entre si e com os diversos serviços clínicos em prol da saúde e bem-estar dos doentes. Cada elemento tem responsabilidades definidas no sentido de otimizar a prestação de cuidados farmacêuticos. Assim, a diretora farmacêutica é responsável pela gestão do serviço farmacêutico hospitalar, farmácia clínica, distribuição dos medicamentos e apoio à área de oncologia. As assistentes operacionais, são responsáveis pela receção e arrumação das encomendas, controlo de gases medicinais, registo das temperaturas dos termohigrómetros e reposição dos medicamentos nos diversos serviços hospitalares.

Destaco ainda o bom ambiente e espírito de entreatajuda que se vivencia e que facilitou a minha integração na equipa. Ao longo do estágio, disponibilizaram-se sempre para esclarecer as minhas dúvidas, e todas as tarefas que realizei foram acompanhadas de explicações, que me permitiram conhecer melhor a função do farmacêutico em contexto hospitalar.

#### 3.1.2. Gestão e organização dos serviços farmacêuticos hospitalares

Os SF hospitalares têm por objetivo assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes, sendo responsáveis pelos processos rigorosos de seleção, aquisição, receção, armazenamento e gestão de *stocks* de medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos. Durante o estágio pude comprovar que se trata de um setor altamente organizado, com um papel relevante na dinâmica dos cuidados de saúde em meio hospitalar.

A seleção e aquisição de medicamentos baseia-se no Formulário Hospitalar da JMS, definido pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A CFT é constituída por médicos e farmacêuticos e tem como missão satisfazer as necessidades farmacoterapêuticas dos utentes. A aquisição de medicamentos não incluídos no Formulário Hospitalar da JMS, mas que cumpram um dos requisitos: possuir Autorização de Introdução no Mercado (AIM) na União Europeia ou, no caso de não possuir AIM em qualquer país, estar demonstrado o seu benefício clínico, requer um pedido prévio de Autorização de Utilização Excepcional (AUE) à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), de acordo com o disposto no artigo 92º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto.<sup>7</sup> Para efetuar o pedido, é preenchido um impresso disponível no site do INFARMED, e após aprovação pela CFT, a documentação é remetida ao INFARMED. Caso o pedido seja aprovado, é emitido um documento que permite ao hospital adquirir o medicamento.

Após a requisição dos medicamentos, estes são entregues nos SF e são colocados na área de receção. Neste ponto, é feita uma comparação entre a fatura e a nota de encomenda, com o intuito de verificar a correspondência quantitativa e qualitativa entre ambas. Por exemplo, verifica-se o número de lote, o prazo de validade, a correspondência entre a quantidade solicitada e a quantidade recebida, entre outros. Após esta fase inicial de verificação, é dada entrada dos produtos no sistema informático. De seguida, é efetuado o armazenamento numa área que possui: dois frigoríficos, um cofre de estupefacientes e psicotrópicos, uma zona para inflamáveis e um armazém para produtos de grande volume. Os medicamentos são ordenados por ordem alfabética de Denominação Comum Internacional (DCI) e forma farmacêutica, aplicando-se o mesmo método aos dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos. Cada produto é acompanhado de um cartão de sinalização, o *Kanban* (Anexo 1), que contém o seu código, designação, localização, ponto de encomenda e quantidade a encomendar consoante a sua rotação. Quando se atinge o *Kanban*, sabemos que devemos proceder à encomenda do respetivo produto. Desta forma, é possível assegurar uma gestão eficaz dos recursos disponíveis e evitar erros de *stocks* que possam comprometer o sucesso terapêutico. Esta metodologia faz parte da estratégia *Kaizen*, um termo que resulta da junção de “*kai*” que significa “mudar” e “*zen*” que significa “melhor”, e tem como objetivo a melhoria contínua através da implementação de pequenas alterações.<sup>8</sup> É ainda definida uma “zona dourada” (Anexo 2) onde se encontram os medicamentos com maior rotatividade, permitindo a sua rápida recolha e rentabilização do tempo. O armazenamento segue o princípio “*first expired first out*”, em que os produtos com menor prazo de validade são colocados na linha da frente, sendo os primeiros a ser utilizados. Os medicamentos com prazo de validade inferior a 6 meses, são regularmente identificados e sinalizados com uma etiqueta vermelha, garantindo a sua utilização preferencial.

A CUF teve a preocupação de acrescentar pequenos alertas para os medicamentos de alerta máximo (Medicamentos de Alto Risco, *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA) e Concentrados Eletrolíticos), que possuem um risco aumentado de causar danos severos ao utente em caso de falhas no seu circuito. A rotulagem destes medicamentos permite reduzir o inevitável erro humano, e inclui alertas como: um sinal de “STOP” para medicamentos de alerta máximo (incluindo os medicamentos LASA, que são medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante (*Look-Alike*) ou nome foneticamente semelhantes (*Sound-Alike*)), um semáforo para medicamentos com a mesma substância ativa e mesma forma farmacêutica com várias dosagens disponíveis, entre outros (Anexo 3). Durante o estágio, tive ainda oportunidade de

assistir a uma formação orientada pela Dra. Mariana Cosme sobre “Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alerta Máximo.”

### 3.1.3. Validação da prescrição médica

A validação da prescrição médica é uma responsabilidade de elevada importância atribuída ao farmacêutico hospitalar. É efetuada diariamente, e consiste na revisão da prescrição médica informatizada, atendendo ao perfil farmacoterapêutico de cada utente. O sistema informático reúne informação útil que possibilita ao farmacêutico detetar possíveis anomalias na terapia medicamentosa instituída, por exemplo, doses incorretas, interações medicamentosas, antibióticos que não são os mais adequados, entre outros. Quando é detetada uma inconformidade, o farmacêutico comunica ao médico prescriptor, por forma a corrigirem em conjunto a situação.

Atendendo à responsabilidade e importância que esta função absorve, considero que foi uma mais valia poder desempenhar esta atividade. Para além do mais, permitiu-me desenvolver as capacidades de avaliação farmacológica e promoção do uso racional dos medicamentos.

### 3.1.4. Dispensa e distribuição de medicamentos

A distribuição de medicamentos pode ser interna (distribuição em dose unitária ou distribuição por reposição de *stock*), externa (cedência de medicamentos em regime ambulatorio), existindo ainda o caso particular da distribuição de medicamentos sujeitos a legislação restritiva (estupefacientes e psicotrópicos, eritropoetinas, hemoderivados e medicamentos experimentais). O circuito inicia-se com a validação da prescrição médica eletrónica pelo farmacêutico, seguindo-se a preparação da medicação por auxiliares de ação médica. O farmacêutico também é responsável por validar a preparação da medicação, verificando se o medicamento dispensado coincide com o medicamento prescrito. O acompanhamento e execução das atividades de distribuição do medicamento foi um ponto positivo do estágio, pois permitiu-me contactar com uma das responsabilidades do farmacêutico hospitalar e compreender a dinâmica que o processo envolve.

#### 3.1.4.1. Distribuição individual diária em dose unitária

Neste sistema de distribuição, é efetuada a cedência de medicação em dose unitária individual, de acordo com o perfil farmacoterapêutico do doente, para um período de 24 horas. Após a validação da prescrição médica, segue-se a preparação individualizada por doente, em que a medicação é colocada em gavetas individuais nos carros de distribuição da

enfermaria, identificadas com o nome do utente, o número de cama e o respetivo serviço clínico (Anexo 4). Se existir medicação do dia anterior que não é administrada, esta é encaminhada novamente aos SF, sendo introduzida no *stock*.

#### 3.1.4.2. Distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial

No decurso do estágio, tive oportunidade de acompanhar o circuito de alguns medicamentos sujeitos a legislação restritiva, nomeadamente medicamentos estupefacientes e psicotrópicos e hemoderivados.

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos possuem efeitos terapêuticos importantes, contudo, o seu uso inapropriado pode desencadear tolerância e dependência física e/ou psíquica. Por este motivo, estão sujeitos a uma legislação específica<sup>9</sup> e circuito especial, que exige um controlo rigoroso da gestão de encomendas, armazenamento, dispensa e administração, a fim de evitar o seu uso ilícito.

Os estupefacientes e psicotrópicos encontram-se armazenados num cofre de acesso restrito, permitindo a sua segregação dos restantes medicamentos. A distribuição pode ser feita por reposição de *stock* dos serviços ou através da cedência individualizada a um utente, mediante requisição específica durante um período de tempo definido. Para controlar a circulação destas substâncias, é obrigatório o preenchimento do Anexo IV (Anexo 5) e Anexo X (Anexo 6), disponíveis na Portaria n.º 981/98 de 8 de junho.<sup>9</sup> O Anexo X, acompanha os medicamentos para os serviços clínicos, e possui vários campos de preenchimento, tais como: serviço requerente, medicamento (DCI), forma farmacêutica, dosagem e quantidade a fornecer. Após a administração pelos enfermeiros, é efetuado o registo no Anexo X da dose, nome e número de identificação do doente, serviço requerente, data e assinatura do respetivo enfermeiro. Quando a folha estiver completa, o duplicado fica no serviço clínico e o original é enviado para os SF, para reposição do *stock*. Nos SF a entrada ou saída de estupefacientes ou psicotrópicos é registada num livro de registo de movimentos. Durante o estágio pude acompanhar a Dra. Mariana Cosme na verificação e preenchimento do Anexo X.

Os hemoderivados são medicamentos derivados do sangue ou plasma humano, que apresentam risco de contaminação e transmissão de doenças infecciosas. Por este motivo, é de extrema importância o controlo do seu circuito. A identificação e registo dos hemoderivados garante a rastreabilidade dos lotes, possibilitando detetar uma possível relação de causalidade entre a administração do medicamento e uma doença infecciosa transmissível pelo sangue.

Os hemoderivados são abrangidos pelo despacho conjunto n.º 1051/2000 de 14 de setembro, que obriga ao registo de todos os atos de requisição, distribuição e administração no modelo próprio n.º 1804 (Anexo 7). O modelo possui duas vias, uma “Via serviço”, que é

guardada nos serviços clínicos, e uma “Via farmácia” que é arquivada nos SF. A via farmácia possui três quadros (A, B e C), ao passo que a via serviço possui adicionalmente um quadro D. O circuito inicia-se com o preenchimento do quadro C pelo farmacêutico, onde é identificado o hemoderivado solicitado, quantidade e número do certificado de autorização emitido pelo INFARMED. Posteriormente, a folha devidamente preenchida e assinada, é entregue no serviço requisitante, onde o médico preenche os quadros A e B (identificação do médico e doente) e o enfermeiro assina a sua receção e preenche o quadro D aquando da administração do hemoderivado. Por fim a via farmácia é arquivada nos SF, iniciando-se um novo circuito.

### 3.1.5. Aplicação e aquisição de conhecimentos

Durante o estágio em Farmácia Hospitalar, tive oportunidade de aplicar conhecimentos adquiridos no MICF e desenvolver novas competências na área hospitalar. Em anexo (Anexo 8) apresento um caso clínico que demonstra que as bases adquiridas em várias unidades curriculares, tais como: Farmacologia, Farmácia Clínica, Farmacoterapia, entre outras, foram fundamentais para a execução de todas as tarefas. Desde a validação da prescrição médica até à dispensa, é necessário recorrer a conhecimentos anteriormente obtidos para avaliar a adequação da terapia medicamentosa, efeitos secundários, interações medicamentosas, entre outros. Concluo, portanto, que o MICF fornece os alicerces necessários para que nós farmacêuticos, enquanto especialistas do medicamento, possamos desempenhar um papel essencial no circuito do medicamento e prestação de cuidados de saúde.

## **3.2. Pontos Fracos**

### 3.2.1. Duração do estágio

Como principal ponto fraco destaco a reduzida duração do estágio. Na minha opinião, dois meses não são suficientes para adquirir as bases e autonomia necessária que um farmacêutico hospitalar deve ter para exercer a sua função com rigor, destreza e eficácia. À complexidade que as atividades exigem, acrescenta o fato de ser necessário um tempo de adaptação inicial ao ritmo de trabalho.

### 3.2.2. Distribuição em regime de ambulatório

A dispensa de medicamentos em regime de ambulatório permite ao doente ter acesso à terapia medicamentosa fora do hospital, e desempenha um papel importante na adesão à terapêutica. Aplica-se normalmente em patologias crónicas (artrite reumatoide, doenças

oncológicas, infecção por VIH), fármacos com margem terapêutica estreita, utentes polimedicados, entre outros, em que há necessidade de assegurar um controlo mais rigoroso. Para o efeito, apenas podem ser dispensados medicamentos de uso exclusivo hospitalar e medicamentos comercializados em farmácia comunitária, desde que estejam esgotados ou em rutura. Tratando-se de um hospital privado, a dispensa em regime de ambulatório é pouco praticada, não refletindo a real importância e o papel ativo do farmacêutico na cedência de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico e aconselhamento ao doente.

### 3.2.3. Farmacotecnia

Um dos pontos fracos do estágio, foi a impossibilidade de contactar com a intervenção farmacêutica na preparação de citotóxicos e preparações galénicas estéreis, dado que os SF do HCV ainda não possuem todos os seus setores completos, nomeadamente a farmacotecnia. A farmacotecnia representa uma área importante dos SF hospitalares, onde se efetuam preparações de formulações de medicamentos como preparações estéreis, preparações não estéreis, citotóxicos ou a reembalagem de medicamentos em dose unitária. Durante o estágio, e pelos motivos apresentados, apenas assisti à reembalagem de medicamentos em dose unitária e preparação de bochechos de nistatina compostos.

## **3.3. Oportunidades**

### 3.3.1. Intervenção do farmacêutico

A oportunidade de estagiar nos SF do HCV permitiu-me conhecer a realidade do farmacêutico em ambiente hospitalar e ter uma perspetiva da real importância do farmacêutico na prestação de cuidados de saúde. Tratando-se de uma unidade privada, os utentes têm um acompanhamento mais personalizado, em que o farmacêutico visita regularmente os pisos em que se encontram internados, permitindo estabelecer um maior contacto com os utentes e com outros profissionais de saúde. É importante compreender que a intervenção do farmacêutico hospitalar a diferentes níveis como, validação da prescrição médica, acompanhamento do doente internado e integração nas equipas multidisciplinares de saúde, é necessária e contribui para a qualidade dos serviços prestados.

### 3.3.2. Revisão dos carros e malas de emergência

Os carros e malas de emergência são instrumentos cruciais em todas as unidades de saúde, que possuem um conjunto de equipamentos, fármacos, e outros materiais adequados para atuar em situações de emergência, de forma fácil e rápida, diminuindo a probabilidade de

erros.<sup>10</sup> Normalmente, encontram-se selados, sendo abertos apenas em situações de emergência ou para verificação do seu conteúdo. Quando se procede à sua abertura é necessário anotar na folha de registo, devendo o farmacêutico repor os medicamentos que foram utilizados com o objetivo de assegurar a manutenção dos stocks.

A auditoria dos carros e malas de emergência no HCV, é uma tarefa da responsabilidade do farmacêutico hospitalar, realizada de 6 em 6 meses, onde se procede ao registo da validade e número de lote dos medicamentos existentes no seu interior. Durante o estágio, tive oportunidade de participar ativamente na auditoria dos mesmos, permitindo-me compreender como se processava a auditoria e qual a importância da sua realização.

### **3.4. Ameaças**

#### **3.4.1. Dificuldade de acesso ao setor**

Tendo em conta a situação socioeconómica do nosso país, um dos primeiros setores a ser afetado são os recursos humanos, conduzindo a uma gestão apertada dos recursos dos SF e conseqüente diminuição da contratação de farmacêuticos hospitalares. O acesso à carreira de farmacêutico hospitalar é um percurso difícil, mas, a meu ver, considero que devemos lutar e insistir na integração dos farmacêuticos hospitalares nas equipas multidisciplinares de saúde. O seu papel no circuito do medicamento, na promoção do uso racional e seguro do medicamento, na prevenção e tratamento de doenças deve ser reconhecido e valorizado pela importância que possui.

### **4. Conclusão**

O estágio curricular em Farmácia Hospitalar foi, a meu ver, uma experiência enriquecedora, que me permitiu ter perceção do papel do farmacêutico numa vertente distinta da realidade em Farmácia Comunitária. Durante os dois meses de estágio, pude conhecer de perto as diferentes áreas de intervenção do farmacêutico hospitalar e relembrar, unificar e complementar os conhecimentos adquiridos em várias unidades curriculares do MICE, bem como preencher algumas lacunas referentes à área de Farmácia Hospitalar. Para além do mais, adquiri novas competências que certamente serão úteis para iniciar o meu percurso no mercado de trabalho.

Embora seja necessário continuar a trabalhar diariamente para reforçar a importância do farmacêutico nos serviços clínicos, o estágio em Farmácia Hospitalar, permitiu-me concluir que estamos no caminho certo para a valorização da atividade farmacêutica em ambiente hospitalar.

## 5. Bibliografia

<sup>1</sup> JOSÉ DE MELLO SAÚDE - **O Hospital CUF Viseu**. [Acedido a 10 de fevereiro 2019]. Disponível na Internet: <https://www.saudecuf.pt/unidades/viseu/o-hospital/apresentacao>

<sup>2</sup> JOSÉ DE MELLO SAÚDE - **Rede CUF**. [Acedido a 10 de fevereiro 2019]. Disponível na Internet: <https://www.saudecuf.pt/cuf/rede-cuf>

<sup>3</sup> JOSÉ DE MELLO SAÚDE - **Infraestruturas**. [Acedido a 10 de fevereiro 2019]. Disponível na Internet: <https://www.saudecuf.pt/unidades/viseu/o-hospital/infraestruturas>

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º 44.204, de 2 de fevereiro de 1962 - Legislação Farmacêutica Compilada. [Acedido a 11 março de 2019]. Disponível na Internet: [http://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto\\_lei\\_44204-1962.pdf](http://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf)

<sup>5</sup> BROU, Maria Helena Lamas; FEIO, José António L.; MESQUITA, Eduardo; RIBEIRO, Rosa Maria P.F.; BRITO, Maria Cecília Mendonça; CRAVO, Célia; PINHEIRO, Edetilde. - **Manual da Farmácia Hospitalar**. (2005). [Acedido a 12 março de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b2956905ac60ec6c>

<sup>6</sup> JOSÉ DE MELLO SAÚDE - **Serviços Farmacêuticos**. [Acedido a 10 de fevereiro 2019]. Disponível na Internet: <https://www.saudecuf.pt/unidades/viseu/centros/servicos-farmacuticos/missao-visao-e-valores>

<sup>7</sup> Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República n.º 167, I.ª série. P. 6297-6383.

<sup>8</sup> KAIZEN INSTITUTE - **Missão do Kaizen Institute**. [Acedido a 12 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://pt.kaizen.com/home.html>

<sup>9</sup> INFARMED, I. P. - Portaria n.º 981/98, de 8 de junho; Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos. Gabinete Jurídico e Contencioso (1998).

<sup>10</sup> DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Organização do material de emergência nos serviços e unidade de Saúde**. (2011) 1-11.

## 6. Anexos

### Anexo I – Kanban.



### Anexo 2 – Armazém dos Serviços Farmacêuticos do HCV - Zona Dourada I.



### Anexo 3 – Medicamentos de Alerta Máximo.



**Anexo 4 – Gavetas individuais com medicação.**



**Anexo 5 – Anexo IV necessário para a requisição de estupefacientes e psicotrópicos.**

REGISTO DE MOVIMENTO DE ENTRADAS E SAÍDAS DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES  
 COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, E IV ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO,  
 COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

DATA	N.º	DOC. N.º e Designação	N.º DE CÓDIGO	SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES	QUANTIDADES			NOME DO MÉDICO	NOME E MORADA DO DOENTE OU DO FORNECEDOR	FARM. RESP. OU SEU LEGAL SUBSTITUTO	EXIST. ACTUAL RUBRICA
					Entradas	saídas					
					COMPRAS	DISPENSE	QUEBRAS				

**Anexo 6 – Anexo X necessário para a requisição de estupefacientes e psicotrópicos.**

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/83, DE 22 DE JANEIRO, COM RETIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º \_\_\_\_\_ **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do \_\_\_\_\_

SERVIÇO SALA \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código		

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

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

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

**Anexo 7 – Impresso para requisição/distribuição/administração de hemoderivados - Via Farmácia.**

Numero de série 2635766

**VIA FARMÁCIA**

**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
**REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO**  
*(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos<sup>(\*)</sup>)*

**MINISTÉRIO DA SAÚDE** HOSPITAL \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_  
(Nome legível)

N.º Mec. ou Vinheta \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**QUADRO A**

Identificação do doente  
(nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS)

Apoor etiqueta autocolante, cópiagrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.

**REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA** (a preencher pelo médico)

Hemoderivado \_\_\_\_\_  
(Nome, forma farmacêutica, via de administração)

Dose/Frequência \_\_\_\_\_ Duração do tratamento \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Justificação Clínica \_\_\_\_\_

**QUADRO B**

**REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Farmacêutico \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

(\*) Excecionalmente, o plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço requisitante (Assinatura) \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

**I. Instruções relativas à documentação:**

A requisição, constituída por **2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO)**, é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

**VIA SERVIÇO** – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

**VIA FARMÁCIA** – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. *Excecionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.*

**II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:**

a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;

b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Modelo n.º 1804 (Excluso da INCM, S. A.) **INCM**

Decreto n.º 10517/2000 (2.ª série), dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 251, de 30 de outubro de 2000.

## **Anexo 8 – Caso Prático**

### **I. Dados do utente**

**Nome:** M.R. (sexo feminino)

**Nascimento:** 85 anos

**Peso / estatura:** 75 kg / 1.55 m

**IMC:** 31.217 Kg/ m<sup>2</sup>

**Entrada / Saída:** 2019-02-13 /2019-02-20

### **2. História clínica**

A doente M.R., parcialmente dependente nas atividades da vida diária, dirige-se ao serviço atendimento permanente por quadro de dificuldade respiratória, tosse e pieira com 4 dias de evolução. Já tinha sido feito o diagnóstico de pneumonia noutra estabelecimento, no qual teve alta medicada com levofloxacina. Foi posteriormente medicada com Zithromax, que pertence ao grupo de antibióticos denominados macrólidos, e está indicado no tratamento de certas infeções tais como: amigdalites/faringites, sinusites, bronquites, pneumonias e infeções da pele e dos tecidos moles.

Antecedentes pessoais: Pneumonia 2018, HTA, FA. Fica internada com diagnóstico de pneumonia adquirida em comunidade (PAC), hipoxémia, insuficiência respiratória tipo I, insuficiência renal aguda (LRA), e insuficiência cardíaca congestiva.

**ALERTA ALERGIAS:** Penicilina

### **3. Tabela Terapêutica: Medicação habitual**

- ✓ Losartan + hidroclorotiazida (50/12.5 mg) → 1 comprimido de manhã
- ✓ Furosemida 40 mg → 1 comprimido de manhã
- ✓ Levotiroxina 25 mcg → 1 comprimido em jejum
- ✓ Digoxina 0.124 mg → 1 comprimido de manhã (exceto sábado e domingo)
- ✓ Paroxetina 20 mg → 1 comprimido de manhã
- ✓ Dinitrato de isossorbida 20 mg → 1 comprimido ao almoço
- ✓ Cloridrato de amiodarona 200 mg → 1 comprimido ao almoço (exceto sábado e domingo)
- ✓ Cloreto de potássio 600 mg → 1 comprimido à noite
- ✓ Alprazolam 0.5 mg → Meio comprimido à noite
- ✓ Atorvastatina 10 mg → 1 comprimido à noite
- ✓ Varfarina 5 mg → ¼ do comprimido às 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, sábados e domingo

#### 4. Tabela Terapêutica: Medicação de internamento

Medicamento	FF	Dose	Via adm.	Frequência	Horário	Qtd	Notas
Acetilcisteína 600 mg	Comp Eferv	600 mg	Oral	1 id	12 h	1	-
Alprazolam 0.5 mg	Comp.	25 mg	Oral	1 id	22h	1/2	-
Budenosida 0.5 mg/ ml, ampola de 2 ml	Susp Nub	1 mg	Oral/Inal	12/12h	10h-22h		-
Cloreto de potássio 600 mg	Comp.	600 mg	Oral	8/8h	7h-15h-23h	3	-
Cloreto de sódio 0.9% 10 ml	Concentrado Perfusão	10 ml	Inal	8/8h	7h-15h-23h	3	-
Cloreto de sódio 0.9% 1000 ml	Sol inj	1000 ml	IV	Perfusão contínua	Perfusão contínua	1	-
Cloridrato de amiodarona 200 mg	Comp.	200 mg	Oral	1 id	12h	1	Exceto sábado e domingo
Digoxina 0.125 mg	Comp.	0.125 mg	Oral	1 id	9h	1	Exceto sábado e domingo
Dinitrato de isossorbida 20 mg	Comp.	20 mg	Oral	1 id	12h	1	-
Furosemida 20 mg/2ml	Sol inj	20 mg	IV	8/8h	7h-15h-23h	3	-
Ipratrópio 0.25 mg/1ml	Sol Neb	250 mcg	Inal	8/8h	7h-15h-23h	3	-
Lactulose 10 g/15 ml	Sol oral	15 ml	Oral	2 id	8h-22h	2	-
Levofloxacina 500 mg/100 ml	Sol inj	500 mg	IV	1 id	19h	1	-
Levotiroxina 25 mcg	Comp	25 mcg	Oral	1 id	Jejum	1	
Losartan/HCTZ 50/12.5 mg	Comp	62.5 mg	Oral	1 id	9h	1	-
Metilprednisolona 40 mg	Sol inj	40 mg	IV	12/12h	8h-20h	2	-
Pantoprazol 20 mg	Comp	20 mg	Oral	1 id	22h	1	-
Paracetamol 1 g/100 ml	Sol inj	1000 mg	IV	SOS	SOS	1	Se febre ou dores
Paroxetina 20 mg	Comp	20 mg	Oral	1 id	9h	1	-
Varfarina 5 mg	Comp	1.25 mg	Oral	1 id	19h	¼	Apenas 3 <sup>a</sup> ,5 <sup>a</sup> , sábado e domingo

## 5. Plano de administrações

	Fevereiro							
Medicamento	13	14	15	16	17	18	19	20
Acetilcisteína 600 mg								
Alprazolam 0.5 mg								
Budesonida 0.5mg/ ml								
Cloreto de potássio 600 mg								
Cloreto de sódio 0,9% sol. 10 ml								
Cloreto de sódio 0,9% sol. 1000 ml								
Cloridrato de amiodarona 200 mg								
Digoxina 0.125 mg								
Furosemida 20 mg/2 ml								
Ipatrópio 0,25 mg/1ml								
Levofloxacina 500 mg/100 ml	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	
Lactulose 10 g/15 ml								
Levotiroxina 25 mcg								
Losartan/HCTZ 50/12.5 mg								
Metilprednisolona 40 mg								
Pantoprazol 20 mg								
Paracetamol 1 g/100 ml								
Paroxetina 20 mg								
Varfarina 5 mg								

### NOTAS:

-Dia 15.02.2019: inicia anti-hipertensor do domicílio (Losartan/HCTZ) e reforço da hidratação oral.

- Dia 16.02.2019: doente encontra-se mais hidratada.

-Dia 18.02.2019: aumento da dose de furosemida para 20 mg IV 8/8h e é associado metilprednisolona 40 mg 2x dia devido à de tosse persistente.

-Dia 19.02.2019: iniciou budesonida.

## 6. Análises

Parâmetro	Dia			
	13.02.2019	15.02.2019	17.02.2019	18.02.2019
Hemoglobina (12-15 g/dl)	15.2	15.3	14.2	-
Leucocitose	8800/ uL	8400/uL	11500/ uL	-
INR	-	1.90	2.27	-
PCR (0- 0.5 mg/dl)	5.047	4.6	3.422	-
Ureia (mg/dl)	112	132	73	-
Creatinina (0.55 - 1.02 mg/dl)	2.13	2	1.18	-
AST (<31 U/L)	100	-	Normal	-
ALT ( <34 U/L)	65	-	Normal	-
Sódio (136-146 mmol/L)	133	139	137	-
Potássio (3.50-5.00 mmol/L)	3.7	3.3	3.4	-
Clearance da creatinina (ml/min)	23	24	44	-
Rx Torax	Cardiomegalia, infiltrados bibasais, congestão	-	-	Congestão ITC aumentado Sem seguro foco pneumônico

### NOTAS:

-Os valores de proteína C reativa encontravam-se muito elevados, indicando a presença de uma possível infecção.

- Os valores de creatinina encontram-se muito elevados, situação muito frequente nos idosos devido a insuficiência renal.

-Os valores elevados das proteínas hepáticas, nomeadamente alanina transaminase (ALT) e aspartato transaminase (AST), podem indicar a existência de lesão hepática.

-Dia 17.02.2019: é solicitado um raio-x torácico. O resultado indica a presença cardiomegalia, infiltrados bibasais e congestão, situação muito frequente nos casos de insuficiência cardíaca congestiva.

## 7. Orientação terapêutica

Dado que se trata de uma doente idosa, com várias comorbilidades e consequentemente polimedicada, é necessário ter um cuidado especial. As alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento têm impacto na farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos. Na maioria dos casos há uma diminuição do metabolismo e excreção dos fármacos, que interfere com a sua biodisponibilidade, podendo aumentar o risco de interações e reações adversas.

A senhora M.R. é diagnosticada com pneumonia adquirida em comunidade (PAC), hipoxémia, insuficiência respiratória tipo I, insuficiência renal aguda (LRA), e insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

De acordo com a norma da Direção-geral de Saúde de antibioterapia na PAC em adultos imunocompetentes, o antibiótico de primeira linha é amoxicilina, 500 mg, 8/8 horas, para pessoas saudáveis e sem antibioterapia nos três meses anteriores. No entanto, tratando-se de uma pessoa com comorbilidades (neste caso doença renal e cardíaca) ou antibioterapia nos três meses anteriores, a primeira linha é amoxicilina, 1 g, de 8/8h associada a um dos três seguintes: azitromicina 500 mg por dia ou claritromicina 500 mg de 12/12h ou doxiciclina 200mg dose inicial. Como exceção, pode utilizar-se fluoroquinolonas (levofloxacina, 500 mg, 24/24 horas ou moxifloxacina, 400 mg, 24/24 horas) se existir intolerância aos agentes de primeira linha. A levofloxacina é um antibiótico da família das fluoroquinolonas, e foi administrada devido ao diagnóstico de PAC. Neste caso, tratando-se de uma doente com alergia às penicilinas, optou-se por prescrever levofloxacina.

A varfarina, atua como anticoagulante, e durante a validação da prescrição médica, verifiquei juntamente com a Dra. Mariana, que possuía uma interação major com a levofloxacina que estava associada a um risco aumentado de hemorragia. Perante este alerta, contactamos de imediato o médico prescritor no sentido de atenuar o risco de interação. Decidiu-se manter a levofloxacina até ao dia 19.02.2019 (realizou 10 dias de levofloxacina), tendo o cuidado de monitorizar o INR diariamente.

A doente M.R. foi diagnosticada com insuficiência respiratória do tipo I, uma situação caracterizada por hipoxémia (pressão parcial de oxigénio reduzida, neste caso inferior a 60 mmHg). Nesse sentido é instituída oxigenoterapia.

A doente é ainda medicada com: acetilcisteína, um expetorante indicado como adjuvante mucolítico no tratamento antibacteriano de infeções respiratórias, em presença de hipersecreção brônquica; brometo de ipratrópio, um antagonista colinérgico e budesonida, um glucocorticoide, utilizado na redução da inflamação.

Para o tratamento do hipotiroidismo, foi instituída a terapêutica com levotiroxina (que a doente já tomava antes do internamento), uma hormona da tiróide utilizada em casos de hipotiroidismo. Para a taquicardia, a senhora M.R. foi medicada com amiodarona. Com o intuito de corrigir algumas alterações eletrolíticas é administrado cloreto de potássio e cloreto de sódio.

São também administrados vários fármacos anti-hipertensores, nomeadamente: furosemida, um diurético da ansa; losartan + hidroclorotiazida (antagonista do recetor da angiotensina II + diurético tiazídico).

A paciente é ainda diagnosticada com insuficiência cardíaca congestiva, uma situação clínica na qual existe um desfasamento entre a quantidade de sangue bombeado pelo coração e a quantidade necessária para manter um metabolismo eficiente em todos os órgãos e tecidos do organismo. O músculo cardíaco é incapaz de manter a circulação, levando a uma acumulação de sangue nas veias, e de líquido nos tecidos. Estes podem acumular-se nas pernas causando inchaço (edema), nos pulmões causando edema pulmonar, ou no abdómen (ascite). A diminuição do débito cardíaco vai ativar mecanismos de compensação, nomeadamente o sistema renina- angiotensina-aldosterona que vai promover a reabsorção de sódio e água contribuindo para a retenção de líquidos. Desse modo são utilizados diuréticos, que promovem a eliminação de líquidos (neste caso é utilizada furosemida, tendo sido aumentada a sua dose para 20 mg IV de oito em oito horas) e medicamentos que aumentam a força de contração do músculo cardíaco e reduzem o ritmo cardíaco (neste caso a digoxina). A furosemida é um diurético potente de início de ação relativamente rápido que inibe a reabsorção dos íões sódio, potássio e cloro, aumentando a secreção de urina, contribuindo para diminuir o volume de sangue. Como tal, para além de permitir uma redução da pressão arterial, também está indicada em situações de edemas relacionados com insuficiência cardíaca congestiva. A senhora M.R. toma ainda alprazolam, uma benzodiazepina com ação sedativa e ansiolítica, e paroxetina, um antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina.

## **8. Conclusão**

A realização do presente caso clínico permitiu-me interligar e aplicar os conhecimentos adquiridos em várias unidades curriculares como farmacologia, farmácia clínica, entre outras.

Tratando-se de uma senhora idosa, é necessário ter especial atenção. Existem algumas recomendações não farmacológicas que podem acompanhar as medidas farmacológicas nomeadamente: elevar a cabeceira 30°, vigiar a diurese, dado que a senhora M.R. apresenta lesão renal aguda, entre outras.

A senhora M.R. devido à hipertensão arterial, deve continuar com a medicação anti-hipertensora e para o tratamento do hipotireoidismo, deve prosseguir com a toma da levotiroxina sódica.

# Parte II

## Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Orientadoras: Dra. Anabela Fonseca e Dra. Ana Lúcia Bártolo



## **Lista de abreviaturas**

**APPACDM** - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

**INFARMED, I.P.** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

**MICF** - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

**MNSRM** - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

**MSRM** - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

**SWOT** - Do inglês, *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

## **1. Introdução**

O farmacêutico comunitário desempenha um papel fulcral na sociedade, não só como especialista do medicamento, mas também como agente de saúde pública. A atuação em áreas como o aconselhamento farmacoterapêutico, prestação de serviços de saúde ou promoção do uso racional do medicamento, reforçam o contributo do farmacêutico na área da Saúde Pública. A proximidade e o contacto direto que estabelece com a população, conferem-lhe uma posição privilegiada, correspondendo na maioria dos casos, ao primeiro profissional de saúde a quem os utentes recorrem quando necessitam de solucionar algum problema de saúde.

O estágio curricular em Farmácia Comunitária, integrado no plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICEF), da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, é uma oportunidade única, que nos permite adquirir experiência e ao mesmo tempo, consolidar e transpor para a prática os conhecimentos multidisciplinares adquiridos ao longo de quatro anos e meio de formação. Desse modo, podemos compreender a função do farmacêutico no mercado de trabalho e contactar diretamente com diversas situações imprevisíveis, que testam e melhoram as nossas competências, preparando-nos para a futura integração no meio profissional. Tratando-se da principal área de atuação do farmacêutico, o estágio em Farmácia Comunitária permite-nos perceber de que forma esta atividade nos agrada e se futuramente poderá ser a nossa área de atuação profissional.

O meu estágio curricular decorreu na Farmácia Gama, tendo início a 4 de março de 2019 e terminado a 14 de junho do mesmo ano, num total de 648 horas, sob orientação da Dra. Anabela Fonseca e Dra. Ana Lúcia Bártolo, que juntamente com toda a equipa da Farmácia Gama, me acompanharam e transmitiram conhecimentos fundamentais para o meu desenvolvimento enquanto futura profissional.

O presente relatório elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio”, será estruturado segundo uma análise SWOT: *Strengths* (Pontos fortes), *Weaknesses* (Pontos fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). Nele irei descrever as atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos nesta experiência crucial da minha formação, avaliando os pontos fortes e os pontos fracos, numa dimensão interna, e as ameaças e oportunidades numa dimensão externa.

## **2. Farmácia Gama**

A Farmácia Gama situa-se na Avenida Emídio Navarro, uma zona bastante movimentada da cidade de Viseu. A sua ótima localização permite que seja procurada não só pelos seus utentes fidelizados, como também por turistas e utentes ocasionais. Trata-se de

uma das farmácias mais antigas de Viseu, adquirida por trespasse no ano de 1974, pela atual proprietária Dra. Maria Luísa Costa, ao anterior proprietário Dr. Heitor Gama Castelo Branco. Inicialmente, a Farmácia Gama era um pequeno estabelecimento frequentado especialmente pela população dos arredores, que procurava sobretudo medicamentos manipulados. A crescente procura e a necessidade de oferecer cuidados de saúde de excelência, determinou a modernização e ampliação das suas instalações.

Atualmente, as instalações da farmácia estão distribuídas por três pisos. No piso principal, além da área de atendimento ao público com 7 balcões de atendimento, a farmácia dispõe de outras zonas interiores destinadas à realização de diferentes atividades, nomeadamente: um gabinete de atendimento ao público (para medição de parâmetros bioquímicos, administração de vacinas e medicamentos injetáveis), uma área de gestão e receção de encomendas e um *robot* onde se armazenam medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e alguns medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Possui também um laboratório destinado à preparação de manipulados, um frigorífico para armazenar produtos que necessitam de condições especiais de temperatura, instalações sanitárias, um espaço para armazenar produtos de ortopedia e o gabinete da direção técnica. No piso superior encontram-se os gabinetes para as consultas de Podologia e Nutrição e o piso inferior é utilizado como armazém. A farmácia pratica um horário laboral de segunda a sexta das 8h às 20h, e aos sábados das 9h às 19h, encerrando nos domingos e feriados.

### 3. Análise SWOT

Análise interna	<b>S</b>	<b>W</b>
	<b><u>PONTOS FORTES</u></b>	<b><u>PONTOS FRACOS</u></b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equipa técnica de excelência;</li> <li>✓ Planeamento do estágio curricular;</li> <li>✓ Sistema informático;</li> <li>✓ Equipamento- <i>Robot</i>;</li> <li>✓ Preparação de manipulados;</li> <li>✓ Prestação de Serviços Farmacêuticos;</li> <li>✓ Aplicação de conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dificuldade na interpretação de receitas Manuais;</li> <li>✓ Falta de experiência no atendimento.</li> </ul>
Análise externa	<b>O</b>	<b>T</b>
	<b><u>OPORTUNIDADES</u></b>	<b><u>AMEAÇAS</u></b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participação em formações;</li> <li>✓ Colaboração com a APPACDM;</li> <li>✓ Receitas eletrónicas desmaterializadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medicamentos Esgotados;</li> <li>✓ Venda de MNSRM fora das farmácias.</li> </ul>

### **3.1. Pontos Fortes**

#### 3.1.1. Equipa técnica de excelência

A equipa multidisciplinar, qualificada e dinâmica que integra a Farmácia Gama, possui elementos com diferentes particularidades, permitindo especializar cada colaborador numa determinada função e responder de forma eficiente às necessidades dos utentes, conquistando a sua confiança. A presença de elementos com diferentes especializações, em áreas como, fitoterapia, linhas de cosmética e puericultura, receção e gestão de encomendas, conferência do receituário, entre outros, foi sem dúvida um dos pontos fortes do meu estágio curricular. Enquanto estagiária, permitiu-me contactar com um leque diversificado de áreas e obter respostas completas e detalhadas às questões que surgiram no decurso do estágio.

Destaco ainda a simpatia e facilidade com que fui integrada na equipa, a disponibilidade demonstrada para me ajudar a ultrapassar as dúvidas que fossem surgindo, mesmo nos momentos de maior movimento da farmácia, e o espírito de entreatajuda que se vivência na Farmácia Gama. Estas são características únicas que contribuem para a prestação de um atendimento personalizado e satisfação dos utentes. Em anexo, encontra-se o organograma da Farmácia Gama (Anexo I).

#### 3.1.2. Planeamento do estágio curricular

A orientação do estágio, foi um dos fatores com maior influência na sua qualidade e dividiu-se em duas etapas: *back-office*, seguindo-se posteriormente o atendimento ao público.

O estágio iniciou-se com atividades de “*back-office*”, onde procedi à receção de encomendas, devolução de produtos, arrumação de medicamentos e verificação de prazos de validade. Esta fase teve a duração de três semanas e revelou-se crucial, permitindo-me contactar diretamente com os produtos, conhecer a sua localização dentro da farmácia, assim como as suas aplicações terapêuticas e perceber o circuito do medicamento.

Após a fase inicial de *back-office*, comecei a realizar alguns atendimentos. Inicialmente, o atendimento era realizado sob supervisão da minha orientadora Dra. Anabela Fonseca, que me foi transmitindo os conhecimentos adquiridos ao longo da sua experiência profissional como farmacêutica, assim como informação sobre as funcionalidades do programa Sifarma 2000®. Progressivamente, fui adquirindo alguma autonomia e à vontade no aconselhamento farmacêutico, pelo que pude realizar o atendimento de forma mais ativa e independente.

### 3.1.3. Sistema informático

O *software* utilizado na Farmácia Gama é o Sifarma 2000<sup>®</sup>. Esta plataforma desenvolvida pela Glintt<sup>®</sup>, é uma ferramenta bastante útil nas atividades diárias, auxiliando no processo de gestão de *stocks* e encomendas e no atendimento ao público. A simplicidade do sistema permite aceder de forma rápida e prática às suas funcionalidades, nomeadamente: realização e receção de encomendas, faturação mensal, gestão de *stocks*, controlo dos prazos de validade, preços, entre outras.

No que concerne à gestão de produtos da farmácia, o sistema permite criar uma ficha para cada produto, onde é estabelecido um *stock* mínimo e máximo. Esta característica é muito importante, pois permite que o produto seja diretamente encaminhado para a encomenda quando atinge o *stock* mínimo, assegurando que a farmácia dispõe de medicamentos na quantidade e variedade ajustada às necessidades dos utentes. O Sifarma 2000<sup>®</sup> revela-se também uma ferramenta essencial no apoio ao farmacêutico durante o atendimento, permitindo aceder a um conjunto de informação científica relativa a cada produto, tais como: composição, contraindicações, posologia, indicações terapêuticas, interações medicamentosas, entre outras. Esta funcionalidade revelou-se muito útil para o esclarecimento de dúvidas, sobretudo na fase mais autónoma do atendimento. Para além do mais, permite consultar todo o histórico do utente em termos de medicação e parâmetros bioquímicos, proporcionando um aconselhamento mais personalizado, seguro e eficiente. Destaco ainda outra funcionalidade, realizada na fase final do atendimento: a dupla verificação. Esta funcionalidade permite confirmar que os medicamentos dispensados correspondem efetivamente aos que constam na receita médica, diminuindo a probabilidade de ocorrência de erros no ato de dispensa.

### 3.1.4. Equipamento - Robot

A Farmácia Gama está equipada com um *robot*, que permite armazenar a maioria dos MSRM e alguns MNSRM. Além de otimizar o espaço físico, permite economizar tempo que era despendido na arrumação dos medicamentos, bem como na sua recolha durante o atendimento. O *robot* está interligado com o Sifarma 2000<sup>®</sup>, e aquando da entrada da encomenda, bastava introduzir o número e valor da fatura no sistema, e posteriormente inserir o número da encomenda no ecrã do *robot*. De seguida, era efetuada a leitura do código de barras de cada produto e introduzido o seu prazo de validade, sendo posteriormente colocado no tapete rolante para que o braço mecânico procedesse à sua arrumação. No ato de dispensa, tínhamos de “chamar” o medicamento, e para tal pressionar as teclas “ctrl” mais

“z”, confirmando sempre que o medicamento recolhido pelo *robot* correspondia de facto ao medicamento solicitado, o que também era verificado no final do atendimento.

A presença do *robot* revelou-se um ponto positivo do estágio, pois favorece a prestação de um serviço de saúde com qualidade, uma vez que permite disponibilizar mais tempo no aconselhamento e atendimento do utente e reduz a ocorrência de trocas de medicação durante a dispensa. Este facto permitiu-me concentrar a atenção no atendimento do utente, aumentando a minha confiança no ato de dispensa.

### 3.1.5. Preparação de manipulados

Segundo o Decreto-Lei nº 95/2004 de 22 de abril,<sup>1</sup> o medicamento manipulado corresponde a “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”. Embora a preparação de manipulados seja uma área com cada vez menos expressão, estes assumem um papel fundamental ao disponibilizar soluções terapêuticas que não são fornecidas pela indústria farmacêutica, particularmente em áreas como pediatria, geriatria, doentes com insuficiência renal ou hepática, entre outros.

No decorrer do estágio pude auxiliar a Dra. Anabela Fonseca na preparação de uma solução alcoólica a 70% saturada com ácido bórico. Os manipulados preparados devem ser registados numa ficha própria, “Ficha de preparação de manipulados”, que engloba as matérias-primas utilizadas e respetivas quantidades, condições de conservação e utilização, prazo de validade e nome do utente. Também tive oportunidade de reconstituir algumas preparações extemporâneas, nomeadamente antibióticos como o Clavamox®. No processo de reconstituição começamos por adicionar um pouco de água abaixo da seta indicada no rótulo, de seguida agitamos vigorosamente para suspender o pó, e por fim completamos com água até ao traço de referência. Durante o atendimento, procurei informar o utente sobre as condições de conservação dos medicamentos manipulados, prazos de validade e precauções que deveria adotar (agitar no caso das suspensões, cumprir a posologia prescrita pelo médico, conservar no frigorífico quando necessário, entre outras).

### 3.1.6. Prestação de Serviços Farmacêuticos

A Farmácia Gama participa ativamente na promoção de saúde dos seus utentes através da prestação de vários serviços de saúde. Durante o estágio, tive oportunidade de medir frequentemente os valores de tensão arterial e determinar e monitorizar parâmetros bioquímicos tais como glicémia, colesterol total, triglicéridos e colesterol HDL. Para realizar

as medições solicitadas, a farmácia dispõe de um gabinete de atendimento (Anexo 2) que permite estabelecer maior proximidade com o utente no sentido de compreender qual a sua situação clínica e preocupações. No fim da realização dos testes, era fornecido ao utente um cartão de registo com os respetivos valores, permitindo monitorizar a sua condição. A realização destes testes, permitiu-me familiarizar com os aparelhos técnicos destinados ao efeito e simultaneamente, desenvolver capacidades de aconselhamento, através da indicação de medidas não farmacológicas que visassem melhorar ou manter os valores.

### 3.1.7. Aplicação de conhecimentos

O plano curricular do MICF fornece um vasto leque de conhecimentos teóricos e práticos, que foram sem dúvida uma mais valia para a realização do estágio. Disciplinas como Farmacoterapia, Farmacologia, Farmácia Galénica, Organização e Gestão Farmacêutica, entre outras, concederam-me as bases necessárias para responder de forma eficaz aos desafios que surgiram no decurso do estágio. Destaco ainda a disciplina de Gestão de Informação em Saúde, que se revelou extremamente útil, uma vez que abordou temas que normalmente suscitam mais dúvidas, nomeadamente: ortopedia, suplementos alimentares, ostomia, alimentação do lactente, material de penso, entre outros.

## **3.2. Pontos Fracos**

### 3.2.1. Dificuldade na interpretação de Receitas Manuais

De acordo com a legislação, a prescrição manual apenas é permitida em situações excepcionais, como: “a) Falência do sistema informático; b) Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional; c) Prescrição ao domicílio; d) Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês”.<sup>2</sup> Porém, no decurso do estágio, tive oportunidade de contactar com algumas receitas manuais.

Durante o atendimento ao balcão, senti algumas dificuldades em compreender a caligrafia do médico prescriptor, o que dificultava a identificação do princípio ativo, dose e posologia do medicamento. Nestas situações, solicitava ajuda a um dos elementos da equipa, que se mostravam sempre disponíveis para auxiliar. Apesar de no início sentir que não conseguia realizar o atendimento de forma autónoma, pois tinha receio de dispensar algo que não constasse de facto na receita, ao fim de algum tempo, o processo tornou-se cada vez mais intuitivo e esta dificuldade foi progressivamente superada.

### 3.2.2. Falta de experiência no atendimento

A falta de experiência no aconselhamento e atendimento ao público foi um dos principais pontos fracos do estágio. Nesse sentido, a timidez, insegurança no aconselhamento e o medo de errar durante a fase inicial de atendimento, traduzia-se na desconfiança por parte dos utentes em relação à informação que lhes transmitia. Para ultrapassar esta dificuldade, foi imprescindível o apoio da equipa aliado à confiança que fui adquirindo ao longo do estágio.

### **3.3. Oportunidades**

#### 3.3.1. Participação em formações

A formação contínua e desenvolvimento sistemático de competências, conhecimentos e aptidões na área da saúde, é um dos deveres do farmacêutico. Nesse sentido, a Farmácia Gama, participa em diversas formações externas, e também formações internas, com o intuito de prestar um serviço atualizado e de qualidade aos seus utentes.

Enquanto estagiária, tive possibilidade de participar em várias formações, que me permitiram adquirir novos conhecimentos e consolidar outros já apreendidos, favorecendo a prestação de um aconselhamento mais seguro e competente. Em relação às formações externas, pude assistir a apresentações da Isdin<sup>®</sup>, Pierre-Fabre (Ritual Capilar & cuidados adelgaçantes), Gedeon Richter (infecções urinárias), Alfa Wassermann, Lactacyd<sup>®</sup>, MentalAction<sup>®</sup> e Colgate<sup>®</sup>. As formações internas, eram na sua maioria promovidas por delegados de informação médica e realizadas no interior da farmácia. A equipa era dividida em grupos, e cada elemento participava num turno, assegurando o normal funcionamento da farmácia. Tive oportunidade de participar nas seguintes formações: PharmaNord<sup>®</sup> (Suplementos Bioativo), Saforelle<sup>®</sup>, Frontline<sup>®</sup>, Generis<sup>®</sup> - OTC's, Colgate<sup>®</sup>, entre outras.

#### 3.3.2. Colaboração com a APPACDM

A Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), fundada em Viseu, no dia 1 de dezembro de 1976, tem como objetivo contribuir para a formação, integração, reabilitação e promoção do bem-estar do cidadão com deficiência mental, multideficiência e jovens em risco.<sup>3</sup> A solicitação de medicamentos por parte da instituição, era feita principalmente por via e-mail através do envio das receitas. A Farmácia Gama dispensava os respetivos medicamentos e encarregava-se de posteriormente os entregar à fundação, evitando a deslocação dos funcionários da APPACDM à farmácia. A colaboração com a APPACDM teve uma grande importância no decurso do estágio,

permitindo-me praticar o processo de dispensa de receitas, e simultaneamente perceber que a farmácia pode assumir um papel relevante na promoção da saúde pública ao colaborar com instituições com missões tão nobres.

### 3.3.3. Receitas eletrónicas desmaterializadas

A desmaterialização corresponde à “prescrição por via eletrónica, de receita sem papel, acessível e interpretável por meio de equipamento eletrónico e que inclui atributos que comprovam a sua autoria e integridade”.<sup>2</sup> Este novo método permite que todos os produtos prescritos sejam integrados num único receituário, possibilitando ao utente não aviar a prescrição toda de uma só vez, dando-lhe a oportunidade de adquirir posteriormente os restantes medicamentos. Contactar com estas receitas, foi um ponto positivo do estágio, pois, além de promover práticas para um desenvolvimento sustentável, permite-nos aceder de forma rápida e simples a toda a prescrição no sistema informático, agilizando o processo de dispensa da medicação.

## **3.4. Ameaças**

### 3.4.1. Medicamentos Esgotados

A existência de medicamentos esgotados constitui uma ameaça não só para o normal funcionamento da farmácia, mas também para a nossa profissão enquanto farmacêuticos e saúde dos utentes. Alguns dos medicamentos esgotados não possuíam alternativa terapêutica, o que dificultava ainda mais o nosso papel ao balcão, que tentávamos explicar a situação ao doente. Embora não seja um problema restrito à farmácia em questão, por vezes, os utentes demonstravam alguma insatisfação, tendo dificuldades em perceber o porque de não haver previsão de entrega.

No decurso do estágio pude contactar com alguns destes casos. Alguns exemplos mais frequentes foram: Aspirina<sup>®</sup> GR 100 mg (antiagregante plaquetário); Lasix<sup>®</sup> 40 mg (diurético da ansa); Lorenin<sup>®</sup> 2,5 mg (ansiolítico, sedativo e hipnótico); Concerta<sup>®</sup> de 18, 36 e 54 mg, utilizado no tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), entre outros.

### 3.4.2. Venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias

A possibilidade de vender de MNSRM fora das farmácias, em estabelecimentos com preços competitivos e fácil localização, coloca problemas a nível económico e no papel do farmacêutico. Como consequência, o contributo do farmacêutico no aconselhamento que os

MNSRM exigem, é de certa forma desvalorizado, resultando num aumento da automedicação, que pode ter consequências no estado de saúde dos utentes. A existência destes locais representou assim uma ameaça para o estágio, dada a menor afluência na farmácia, que por sua vez reduz diversidade de casos que seria uma mais valia para uma aprendizagem mais completa.

#### **4. Exemplos de casos Práticos**

**a)** Uma utente dirigiu-se à farmácia e pediu algo que lhe aliviasse a dor de garganta e tosse, mencionando que tinha preferência por um xarope. Após algumas questões, verifico que a utente não apresentava outros sintomas nem sofria de alguma patologia. Posto isto, aconselhei umas pastilhas Strepfen<sup>®</sup> (flurbiprofeno), que iriam exercer uma ação anti-inflamatória e analgésica local, aliviando a dor de garganta. Alertei também para não tomar mais de 5 pastilhas por dia, e não exceder 3 dias de toma. Em relação à tosse, perguntei se se tratava de uma tosse seca ou produtiva, ao que a utente respondeu ser uma tosse com alguma expetoração. Desse modo, sugeri 5 ml três vezes ao dia de Fluimucil<sup>®</sup> (acetilcisteína), um agente expetorante que favorece a eliminação da expetoração, aliviando a tosse. Simultaneamente reforcei a importância de uma boa hidratação de forma a facilitar a libertação da expetoração e alertei para a ida ao médico caso a tosse persistisse por mais de uma semana.

**b)** Um utente idoso dirigiu-se à farmácia e pediu duas caixas de Ducolax<sup>®</sup> (bisacodilo). Durante a conversa com o utente, explicou-me que tomava frequentemente aquele medicamento, pois ultimamente já não conseguia evacuar sem o medicamento. Antes de mais tentei perceber o que poderia estar na base dos sintomas de obstipação, e em conversa o utente, destacou-se o facto de estar a tomar um suplemento de ferro para tratamento da anemia. Comecei por explicar ao utente que a própria medicação, idade, assim como certos estilos de vida (má alimentação, ingestão insuficiente de líquidos, sedentarismo) podiam alterar a motilidade intestinal. Alertei ainda para o facto de o Ducolax<sup>®</sup>, tratando-se de um laxante de contacto, ser um laxante muito “agressivo”, pelo que deveria proceder ao abandono progressivo da sua toma e reeducar o intestino (ir à casa de banho à mesma hora e sem pressas). Em alternativa, se sentisse necessidade, poderia optar por um laxante menos “potente”, como o Laevolac<sup>®</sup> (lactulose), um laxante osmótico, mais adequado, embora tenho um início de ação mais lento. Como medidas não farmacológicas aconselhei uma dieta rica em fibras (pão integral, frutas com casca e verduras), beber muitos líquidos, não ignorar o reflexo de defecação e realizar caminhadas.

c) Uma utente vem à farmácia para efetuar a medição da tensão arterial e colesterol. O valor de tensão arterial<sup>4</sup> encontrava-se dentro do intervalo considerado normal, no entanto o colesterol encontrava-se elevado (272 mg/dl).<sup>5</sup> Posto isto, aconselhei a utente a dirigir-se ao médico para avaliar a necessidade de iniciar terapêutica medicamentosa. Porém a utente demonstrou algum receio em ter de iniciar terapêutica medicamentosa. Perante esta situação, além das medidas não farmacológicas (prática de exercício físico e cuidados com a alimentação), sugeri à utente um suplemento à base da levedura de arroz vermelho. O mecanismo de ação é semelhante ao das estatinas e está relacionado com a presença de monacolina K, que interfere com a enzima HMG-CoA redutase envolvida na produção do colesterol.<sup>6</sup> Aconselhei tomar o suplemento à noite, para reduzir a síntese endógena de colesterol, e alertei para a necessidade de controlar os valores de colesterol. Ao fim de 1 mês a utente dirigiu-se novamente à farmácia e o valor de colesterol era de 186 mg/ml, evidenciando o sucesso da terapêutica.

## **5. Conclusão**

Fazendo um balanço geral dos 4 meses de estágio em Farmácia Comunitária, concluo que foi uma experiência fundamental para o meu enriquecimento quer como profissional, quer como pessoa. A transição da teoria para a prática permitiu-me contactar com a realidade diária da Farmácia Comunitária e desenvolver capacidades profissionais e sociais, que serão certamente úteis para o exercício da minha profissão. Para além do mais, permitiu-me aprender o que na teoria é difícil de explicar: lidar com diferentes personalidades dos utentes e adequar a linguagem e informação a transmitir ao seu nível de conhecimento. Na farmácia, surgem diariamente novos desafios, que exigem não só um profundo conhecimento científico, proporcionado pelo MICEF, mas também uma aprendizagem contínua que acompanhe o dinamismo do setor farmacêutico.

Por fim, resta-me agradecer à equipa da Farmácia Gama, por todos os ensinamentos pacientemente transmitidos, pela disponibilidade em esclarecer qualquer dúvida que surgisse e por me demonstrarem a responsabilidade que tão nobre profissão exige, conferindo-me autonomia para as diversas tarefas, que foi sem dúvidas importante para aprender com os erros cometidos.

## 6. Bibliografia

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Diário da República: I-A Série, n.º 95. [Acedido a 25 de março de 2019]. Disponível na Internet: <https://dre.pt/application/file/a/223294>

<sup>2</sup> Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Diário da República Iª série, n.º 144 (2015). 5037-5043. [Acedido a 29 de março de 2019]. Disponível na Internet: <https://dre.pt/application/file/a/69879582>

<sup>3</sup> APPACDM - **Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viseu**. [Acedido a 7 de abril de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.appacdmviseu.pt/breve-apresentaccedilatildeo.html>

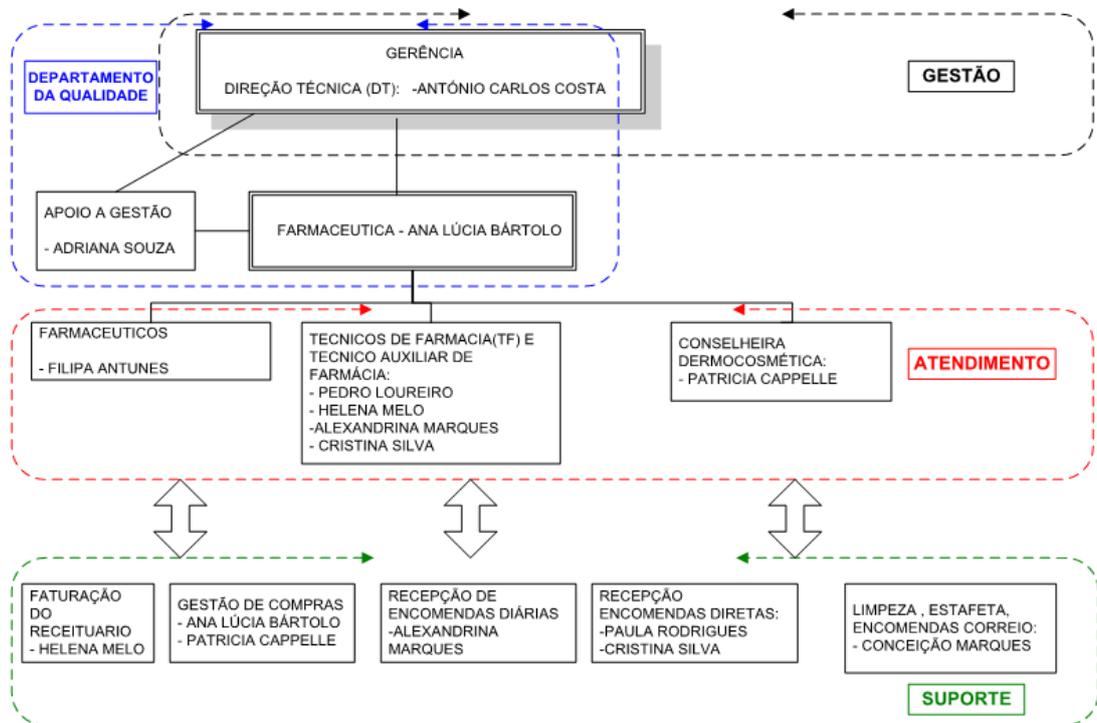
<sup>4</sup> Norma 020/2011. 2013 - **Hipertensão arterial e classificação**. Direção-Geral de Saúde.

<sup>5</sup> Fundação Portuguesa de Cardiologia - **Colesterol**. [Acedido a 10 de maio de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/Brochura-CRC-Colesterol-N%C2%BA-10-Final.pdf>

<sup>6</sup> Pharma Nord- Arroz vermelho. [Acedido a 10 de maio de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.pharmanord.pt/produtos/details/bioactivo-arroz-vermelho>

## 7. Anexos

### Anexo I- Estrutura organizacional da Farmácia Gama



### Anexo 2- Gabinete de atendimento ao público.



## **Parte III**

“A farmácia de oficina no virar do século XX para o século XXI: continuidades e mudanças”

Orientador: Professor Doutor João Rui Pita

## **Lista de abreviaturas**

**CEE** - Comunidade Económica Europeia

**EOF** - Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos

**INFARMED, I.P.** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP

**MNSRM** - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

**MNSRM - EF** - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia

**OF** - Ordem dos Farmacêuticos

**UE** - União Europeia

## I. Introdução

Nas últimas décadas, a farmácia de oficina em Portugal tem sofrido alterações profundas e significativas, sobretudo a nível regulamentar e legislativo, que acompanharam a evolução técnica e científica registada.<sup>1</sup>

Inicialmente, a atividade farmacêutica resumia-se a quatro áreas de atuação nucleares: produção, armazenamento, cedência de medicamentos e aconselhamento sobre a sua utilização.<sup>2</sup> A produção de medicamentos tornou-se progressivamente uma competência da indústria farmacêutica, enquanto que o armazenamento se concentrou essencialmente nas empresas de distribuição farmacêutica.<sup>2</sup> Paralelamente assistiu-se a uma alteração do paradigma funcional da farmácia de oficina. Esta centrou-se cada vez mais na dispensa e promoção do uso racional de medicamentos pelos utentes, abandonando gradualmente as funções de produção e armazenamento.<sup>2</sup> Adicionalmente, a farmácia ampliou o seu domínio de atividade a outros produtos de saúde e bem-estar, que não são medicamentos, tais como: artigos de dermocosmética, suplementos alimentares, saúde animal, higiene oral, entre muitos outros.<sup>2,3</sup>

Atualmente, além de ser um espaço comercial, a farmácia é, em primeira instância, um local onde é exercido um serviço de interesse público, em prol da saúde e bem-estar da comunidade.<sup>3</sup> Nesse sentido, a farmácia assume um papel chave no Sistema de Saúde e gestão de recursos de saúde, correspondendo na maioria das situações, ao primeiro local procurado pelos utentes para solucionar problemas de saúde.<sup>3</sup> As farmácias disponibilizam atualmente um leque variadíssimo de serviços de saúde, que inclui, a título de exemplo, testes laboratoriais, revisão da terapêutica, intervenção na gestão de doenças crónicas como diabetes, asma, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e dislipidémia, troca de seringas, entre outros.<sup>3</sup> De acordo com a Ordem dos Farmacêuticos (OF), Portugal é frequentemente mencionado nos meios políticos e científicos como um dos países da Europa que disponibiliza um leque maior de serviços à população.<sup>4</sup>

A atividade farmacêutica, nas suas diferentes áreas de atuação profissional, e o seu objeto principal, o medicamento, são fortemente regulados por normas jurídicas, estabelecidas por Lei, e deontológicas, como reflexo de um Código Deontológico próprio relativo à profissão farmacêutica.<sup>5</sup> Estas normas visam a defesa da saúde pública e garantia de segurança dos utentes, e ao longo do tempo, foram alvo de vários ajustes que permitiram adaptá-las ao progresso do panorama social e científico.<sup>2</sup>

A presente monografia tem como objetivo estudar em traços gerais as principais modificações operadas na farmácia de oficina em Portugal, tendo por base as alterações legislativas e regulamentares posteriores à promulgação da Lei nº 2125 de 1965, salientando o impacto da adesão à União Europeia (UE). Desta forma, o trabalho encontra-se dividido em cinco partes. Numa primeira parte, são analisadas as transformações mais notórias na regulamentação do setor das farmácias de oficina na década de sessenta. Posteriormente, são apresentadas as repercussões subjacentes à adesão de Portugal à UE. Na terceira parte, são descritas as alterações legislativas a nível da farmácia de oficina instituídas com o Decreto-Lei nº 307/2007 e legislação conexas. Na sequência da análise da evolução do setor farmacêutico, foi elaborada uma quarta parte, com base na realização de inquéritos. Com os inquéritos, pretendeu-se avaliar o reconhecimento e satisfação dos utentes relativamente ao atual papel desempenhado pela farmácia no seio da sociedade e averiguar quais os serviços que os inquiridos gostariam que fossem implementados, de modo a satisfazer as necessidades da sociedade. Por fim, são tecidas algumas considerações finais referentes ao tema desenvolvido.

Para atingir os objetivos propostos, utilizei como suporte a revisão de várias fontes bibliográficas. Recolhi informação em artigos, páginas de internet de organizações fidedignas, legislação e os dados reunidos com a realização do inquérito. A pesquisa decorreu entre os meses de janeiro e junho de 2019.

## **2. Principais modificações no regime jurídico da farmácia de oficina em Portugal**

Atualmente a atividade farmacêutica é bastante diversificada, sendo composta por um amplo espectro de áreas de atuação profissional, nas quais se destacam as áreas tradicionais, nomeadamente: farmácia de oficina (também denominada farmácia comunitária), farmácia hospitalar, distribuição grossista, indústria farmacêutica, entre outras.<sup>4</sup> As diversas áreas de atuação farmacêutica correspondem a setores de exercício profissional distintos, onde a produção e distribuição do medicamento é realizada com diferentes especificidades.<sup>5</sup> Na farmácia de oficina, a cedência do medicamento e outros produtos de saúde, é efetuada diretamente ao utente, estabelecendo-se um contacto primordial com o público em geral.<sup>1</sup> A farmácia de oficina pode ser considerada a face mais representativa da profissão, pela importância que tem junto do público, assim como pelo número de profissionais que nela atuam.<sup>1</sup> Segundo dados da Ordem dos Farmacêuticos (OF), o número de farmacêuticos ativos em exercício no ano de 2017 era 14423, dos quais cerca de 8509 (aproximadamente 59%) exerciam atividade na área de farmácia de oficina.<sup>6</sup> A atividade farmacêutica hospitalar incide sobre um público mais restrito, estando ausente a vertente comercial que existe na farmácia

de oficina.<sup>1</sup> A distribuição grossista, é o setor que permite estabelecer a ponte entre a indústria farmacêutica e os estabelecimentos de venda de medicamentos, como por exemplo farmácias de oficina, excetuando o fornecimento direto de medicamentos ao público.<sup>1,7</sup>

No sub-capítulo que se segue, é efetuada uma análise das alterações mais marcantes operadas no setor farmacêutico, nomeadamente na farmácia de oficina, antes da adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE), tomando como sistematização a cronologia das leis. O conhecimento das diferentes fases que a farmácia de oficina atravessou pode revelar-se bastante útil para compreender o presente e perspetivar o futuro, auxiliando na avaliação e construção de soluções mais eficazes para os novos desafios e necessidades da sociedade.

### **2.1. A farmácia de oficina antes da adesão à União Europeia: a lei da propriedade da farmácia (Lei n° 2125, de 20 de março de 1965) e a regulamentação do exercício profissional (Decreto-Lei n° 48547, de 27 de agosto de 1968)**

A crise que marcou a farmácia de oficina em Portugal, na primeira metade do século XX, foi sobretudo motivada pelo fenómeno de industrialização do medicamento e prolongou-se até aos anos sessenta/setenta do século XX.<sup>8</sup> A alusão a outros problemas profissionais, tais como, o exercício ilegal, ou seja, o exercício da atividade farmacêutica por pessoas sem habilitações, a falsificação de medicamentos, entre outros, determinaram a necessidade de uma regulamentação adequada e atualizada que contornasse estas irregularidades.<sup>9</sup>

Nos anos 60 do século XX, a 20 de março de 1965, foi promulgada a Lei n° 2125, conhecida como Lei de Bases da Propriedade da Farmácia ou mais simplesmente Lei da Propriedade da Farmácia, posteriormente revogada pelo Decreto-Lei n° 307/2007, de 31 de agosto.<sup>1</sup> A Lei n° 2125 atualizou vários princípios da legislação do setor farmacêutico que vigoravam desde 1924, nomeadamente o Decreto n° 9431 de 16 de fevereiro de 1924, o Decreto n° 13470 de 12 de abril de 1927, o Decreto n° 17636 de 19 de novembro de 1929, que possibilitou que a propriedade da farmácia de oficina fosse legalmente de não farmacêuticos, e o Decreto n° 23422 de 29 de dezembro de 1933.<sup>10,11</sup>

Trata-se de um diploma com uma estrutura bem organizada, constituído por doze bases, onde aborda com especificidade a farmácia de oficina, estabelecendo os alicerces de toda a regulamentação do setor farmacêutico.<sup>1,5</sup>

A Lei n° 2125, na sua Base I, reconhece o interesse público do exercício farmacêutico como atividade sanitária, que consistia na preparação, conservação e distribuição de

medicamentos ao público, inscrevendo ainda que o governo podia incentivar a atividade farmacêutica quando estivesse em causa a “prossecação de uma política nacional de saúde”.<sup>1</sup>

A questão da propriedade de farmácia foi desde sempre um assunto farmacêutico de difícil resolução.<sup>12</sup> A legislação promulgada em 1924 e anos posteriores, sobretudo entre 1927 e 1933, permitiu que não farmacêuticos acessem à propriedade da farmácia e dissociou a propriedade da direção técnica, situações essas que foram reformuladas com o diploma de 1965.<sup>12</sup> A lei citada refere com clareza, na Base II, que as farmácias só poderiam funcionar mediante alvará cedido pela Direção-Geral de Saúde, e acrescenta que “o alvará apenas poderá ser concedido a farmacêuticos ou a sociedades em nome coletivo ou por quotas, se todos os sócios forem farmacêuticos e enquanto o forem”<sup>13</sup> reforçando o princípio de indivisibilidade entre a propriedade e direção técnica da farmácia, já mencionado em legislações anteriores.<sup>9</sup> O condicionamento de propriedade e instalação de farmácias exclusivamente para farmacêuticos, com as exceções consagradas na lei, é um pilar essencial reforçado pelo presente decreto-lei, que se manteve por muitos anos “numa perspetiva de «defesa do interesse público»”.<sup>14</sup> Segundo o Acórdão 187/2001, um dos principais objetivos do princípio de exclusividade de propriedade, era louvar e incentivar o exercício livre da profissão farmacêutica e simultaneamente evitar que a atividade exercida nas farmácias se convertesse num estrito comércio de medicamentos.<sup>2,15</sup>

Entre os regimes de exceção estabelecidos pela legislação de 1965, encontra-se a possibilidade de atribuir alvará a Misericórdias e outras instituições de assistência e previdência social, nas situações em que se destinem aos seus serviços privativos.<sup>13</sup> A mesma base estabelecia ainda que as “instituições de assistência e previdência social, e na falta destas, aos organismos corporativos da atividade farmacêutica”<sup>13</sup> podiam ser proprietárias de farmácias, desde que existisse interesse público na abertura da farmácia ou manutenção de uma já existente, e simultaneamente não surgissem farmacêuticos interessados na sua instalação ou aquisição.<sup>13</sup> Adicionalmente, o diploma refere como regime de exceção o falecimento do proprietário, podendo nesta situação específica a propriedade ser de um não farmacêutico, durante um período transitório legalmente aceite.<sup>13</sup> No entanto, mesmo nos regimes de exceção, a presença de um diretor técnico nas farmácias, era um requisito obrigatório para o seu funcionamento.<sup>9,13,16</sup>

No ponto três da Base II, é estabelecido o número de farmácias que cada farmacêutico podia deter, referindo que “a nenhum farmacêutico ou sociedade poderá ser concedido mais que um alvará”<sup>13</sup> e do mesmo modo “nenhum farmacêutico poderá pertencer a mais do que uma sociedade ou pertencer a ela e ser proprietário individual de uma farmácia”.<sup>13,16</sup> É ainda

mencionado que “nenhum farmacêutico, quando proprietário de uma farmácia ou gerente técnico de uma sociedade, pode desempenhar qualquer função incompatível com o exercício efetivo da atividade farmacêutica”<sup>13</sup> reforçando novamente a exclusividade à atividade farmacêutica.<sup>13,16</sup>

Na mesma década, mais especificamente após três anos, é promulgado o Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968, que se manteve em vigor até 2007, embora com algumas alterações. Segundo Pita (2016), se por um lado “o texto de 1965 trata com especificidade a farmácia de oficina”, por outro “o de 1968 regulamenta a atividade do farmacêutico em sentido mais amplo”.<sup>1</sup>

Atendendo aos interesses de saúde pública, o governo procurou com a referida lei, regular a atividade farmacêutica com o “intuito de a reconduzir à sua verdadeira função e de disciplinar uma atividade de interesse público que o conhecimento das realidades mostrava andar, em muitos aspetos, afastado das normas desejáveis”.<sup>1,17</sup>

Neste documento, além do interesse sanitário do medicamento, é também reconhecido o seu valor económico e social, impondo-se por isso a necessidade de uma “atualizada regulamentação das atividades farmacêuticas”<sup>17</sup> na farmácia de oficina, assim como no laboratório de indústria farmacêutica.<sup>1,17</sup> Conforme descrito na legislação, estes locais tinham a função prioritária de preparar e distribuir o medicamento à população.<sup>17</sup> Trata-se de um diploma que reconhece a importância das “disposições que se relacionam com a direção técnica das farmácias, as quais, embora mantendo em alguns aspetos a doutrina já expressa na legislação anterior, se apresentam mais desenvolvidas, a fim de assegurar uma assistência efetiva e permanente por parte do farmacêutico”.<sup>16,17</sup> Ou seja, além de tratar assuntos relacionados com a atividade farmacêutica no domínio da farmácia de oficina, indústria farmacêutica e comércio grossista, desenvolve também questões anteriormente mencionadas na legislação de 1965, reforçando a importância da direção técnica. A intenção de reforçar o valor da direção técnica das farmácias encontra-se bem expressa na alínea dois do artigo 83º, onde se refere que “direção técnica de farmácia é assegurada pelo seu proprietário farmacêutico”<sup>17</sup>, salientando a necessidade da presença efetiva de um farmacêutico.<sup>16,17</sup>

O Decreto-Lei nº 48547, refere na nota introdutória que o farmacêutico deve ser entendido como um “membro de uma profissão liberal, e não como simples comerciante que vende os seus produtos a clientes habituais ou ocasionais”<sup>17</sup>, reforçando o papel da farmácia de oficina como espaço de saúde pública, com uma intervenção orientada essencialmente para o bem-estar do utente, e não como mero espaço comercial.<sup>16,17</sup> É ainda assegurado ao farmacêutico o “direito exclusivo de preparar e dispensar ao público os medicamentos e concedendo-se-lhes garantias de ordem moral e independência técnica para bem exercer a

sua função”<sup>17</sup>, e em contrapartida ser-lhes-ia exigida “estreita colaboração na cobertura farmacêutica do País, de modo a salvaguardar convenientemente o interesse público”.<sup>17</sup>

O diploma de 1968, no artigo 1º, define como competências do farmacêutico “a função de preparar, conservar e distribuir medicamentos ao público, de acordo com o regime próprio das farmácias, dos laboratórios de produtos farmacêuticos, dos armazéns destinados aos mesmos produtos, dos serviços especializados do Estado e dos serviços farmacêuticos hospitalares”.<sup>17</sup> É ainda mencionada a seguinte competência: “compete também ao farmacêutico a realização de determinações analíticas em medicamentos, com o fim da sua verificação, e de análises químico-biológicas, nos termos estabelecidos por lei”.<sup>17</sup> É possível constatar que a atividade farmacêutica estava ainda muito vocacionada para a preparação e distribuição do medicamento em detrimento do utente como elemento central do seu exercício profissional.<sup>7</sup>

A presente legislação, além de tratar assuntos científicos e deontológicos, regulamenta igualmente a publicidade de medicamentos e a concorrência, integrando ainda no seu conteúdo o primeiro código deontológico dos farmacêuticos.<sup>1</sup> Apesar das várias alterações que sofreu em alguns dos seus artigos, relacionadas sobretudo com o progresso de cariz técnico e científico no setor do medicamento e farmácia, o Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968, continuou a regular a atividade farmacêutica aquando da integração de Portugal na CEE.<sup>4</sup>

A Lei nº 2125, de 20 de março de 1965, habitualmente conhecida como lei da propriedade da farmácia, e o Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968, são diplomas com uma construção muito detalhada, que se mantiveram em vigor até 2007 e constituem a base da regulamentação do setor das farmácias. Permitiram consolidar a não dissociação entre propriedade da farmácia e direção técnica, e acentuar o valor social da farmácia no seio da comunidade, encerrando uma etapa da história das farmácias portuguesas que antecede a adesão de Portugal à comunidade europeia.<sup>10,11</sup>

## **2.2. O código deontológico dos farmacêuticos**

Deontologia é um termo de etimologia grega, que surge da combinação de dois vocábulos: “*Deontos*” que significa “dever” e “*logos*” que significa “estudo” ou “conhecimento de um dado assunto”.<sup>18</sup> A deontologia profissional pode ser definida como o “conjunto de regras e de deveres que regem uma profissão, a conduta daqueles que a exercem, as relações entre estes e o público”,<sup>18</sup> funcionando como um mecanismo de autorregulação, da profissão em si e dos interesses da população para a qual a profissão está orientada.<sup>19</sup> Podemos falar

particularmente da deontologia farmacêutica, que se refere ao conjunto de deveres e regras que regem a profissão farmacêutica.<sup>18</sup> Com o intuito de disponibilizar à população o melhor serviço possível, o farmacêutico, além das normas jurídicas, também tem como responsabilidade cumprir o código deontológico próprio que orienta a sua atividade, com normas éticas e deontológicas específicas.<sup>2,19</sup>

A inclusão do primeiro código deontológico, cuja necessidade há muito se impunha, no Decreto-Lei nº 48547 de 1968, visava cumprir os seguintes objetivos: “dar satisfação às instantes e justificadas solicitações que vinham sendo feitas a acentuar o carácter delicado do exercício da profissão farmacêutica, chamando a atenção para a responsabilidade moral que ela envolve”.<sup>1,17</sup> Desde então, a OF aprovou vários códigos deontológicos, onde destaco a promulgação do Código Deontológico dos Farmacêuticos Portugueses, incluído no Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (EOF) (Decreto-Lei nº 288/2001, de 10 de novembro). Este documento permitiu reunir e atualizar o código deontológico farmacêutico, que até ao momento se encontrava disperso em diversos diplomas legais, e destaca a função social da farmácia de oficina e do farmacêutico no seio da comunidade.<sup>20</sup> O EOF de 2001 divide-se em três títulos. O primeiro título do Decreto-Lei nº 288/2001 aborda as “Disposições gerais”, o segundo o “Exercício da atividade farmacêutica” e o terceiro menciona a “Responsabilidade disciplinar”. A partir do terceiro capítulo do Título II o EOF aborda a deontologia farmacêutica, mencionando os direitos e deveres dos farmacêuticos, sendo considerados farmacêuticos os profissionais que se encontram inscritos na OF.<sup>18</sup> Por sua vez, este capítulo encontra-se organizado em seis secções, que explanam respetivamente: “Direitos e deveres gerais dos farmacêuticos”, “Sigilo profissional”, “Publicidade e informação”, “Relação com os utentes”, “Relação com os colegas e outros profissionais da saúde” e “O ensino”.<sup>21</sup>

O atual código deontológico farmacêutico em Portugal, está incluído na Lei nº 131/2015 de 4 de setembro, e corresponde à última alteração ao EOF que introduziu modificações significativas no domínio ético e deontológico do exercício farmacêutico.<sup>20</sup> Trata-se de um documento constituído por nove capítulos, que inicia a questão da deontologia profissional a partir do artigo 77º do oitavo capítulo.<sup>22</sup> No novo estatuto da Lei nº 131/2015, as questões disciplinares encontram-se mais detalhadas comparativamente ao Decreto-lei nº 288/2001, estando desenvolvidas ao longo de cinco subsecções.<sup>22</sup> Segundo o EOF de 2015, “a primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo privilegiar o bem-estar destes em detrimento dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”.<sup>22</sup> Ou seja, apesar da atividade profissional na farmácia de

oficina se fundir com a vertente comercial, a melhoria do estado de saúde do cidadão deve ser a primeira e última preocupação do farmacêutico, enquanto agente de saúde pública.

Nesse sentido, as normas deontológicas e éticas assumem um papel relevante no decurso do exercício profissional farmacêutico, atendendo à responsabilidade que este encerra. Em diversas circunstâncias, o farmacêutico depara-se com o dilema de decidir se deve ou não dispensar um produto.<sup>19</sup> De acordo com o EOF de 2015, os farmacêuticos são profissionais de saúde ao serviço da população que devem privilegiar o bem-estar e saúde do utente, e para tal, a venda de um medicamento pode passar pela sua “não venda”.<sup>19,22</sup> Por vezes, a pressão exercida sobre os profissionais de saúde para vender e desse modo obter lucro, contrapõe-se ao código deontológico e ético que constitui a base da conduta profissional e moral. Nestas situações, a ética e deontologia funcionam como linhas orientadoras que ajudam o farmacêutico a adotar uma decisão benéfica para o doente, constituindo uma garantia pelos direitos, interesses e saúde do utente em detrimento dos interesses pessoais ou comerciais.<sup>19</sup> Ou seja, o código deontológico farmacêutico não tem como objetivo fornecer soluções para todos os problemas éticos que surgem, mas sim fornecer os princípios básicos das normas deontológicas, deixando posteriormente ao critério do profissional a responsabilidade de decisão.<sup>18</sup> Destaco ainda, que o atual código deontológico se encontra em processo de revisão, estando prevista a publicação de um novo código deontológico.

Atendendo ao que foi exposto e citando o Professor Doutor João Rui Pita, podemos concluir que a deontologia farmacêutica “funciona como catalisador do bom exercício profissional em defesa dos utentes e dos valores da profissão”.<sup>18</sup>

### **3. Farmácia comunitária em Portugal - O impacto da adesão à União Europeia**

Após o pedido de adesão de Portugal à CEE, formalizado a 28 de março de 1977, sucederam-se oito anos até o Tratado de Adesão ser assinado pelo então Primeiro Ministro, Mário Soares, a 12 junho de 1985. A adesão efetiva de Portugal à CEE, atual União Europeia (UE), ocorreu a 1 de janeiro de 1986, e introduziu novos desafios no plano económico, social e político, afetando igualmente o setor da farmácia e medicamento.<sup>1,23</sup>

A integração na CEE alterou vários artigos do Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968, embora se tenham mantido inalterados os princípios relativos à direção técnica e propriedade da farmácia.<sup>1</sup> Posteriormente, serão referidas algumas das modificações mais relevantes decorrentes da adesão à UE.

### **3.1. Alterações no regime de abertura e instalação de novas farmácias de oficina**

Na sequência do progresso técnico-científico operado no setor do medicamento e farmácia, foram várias as modificações introduzidas em alguns artigos do Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968.<sup>1</sup> No entanto, os princípios básicos da respetiva legislação, nomeadamente a indivisibilidade entre propriedade e direção técnica da farmácia e o acesso exclusivo dos farmacêuticos à propriedade da farmácia de oficina, mantiveram-se inalterados até 2007.<sup>1</sup>

Nos anos 80 do século XX, através da Portaria nº 806/87, de 22 de setembro, assinala-se a alteração legislativa relativa ao início de atividade das farmácias de oficina.<sup>1</sup> A abertura de novas farmácias passa a ser realizada através de concurso, ficando para trás o tradicional regime de vontade e iniciativa própria.<sup>1,16</sup> Os concorrentes eram classificados segundo um conjunto de critérios, previamente estabelecidos, tendo de obedecer à condição de serem farmacêuticos ou sociedades de farmacêuticos.<sup>1,16</sup> Deve ainda mencionar-se, que desde a década de sessenta, foi estabelecido um condicionamento demográfico e geográfico para a abertura de novas farmácias. Ou seja, foram definidos requisitos no que concerne ao número mínimo de habitantes por farmácia, distância mínima obrigatória entre farmácias e distância mínima a observar em relação aos estabelecimentos de saúde. Estes requisitos foram-se alterando ao longo do tempo.<sup>1</sup>

Na década de 90 dão-se outras alterações nas regras de instalação e abertura de novas farmácias, nomeadamente ao nível da área mínima obrigatória estabelecida de 95 m<sup>2</sup>, com obrigatoriedade de existência de determinados espaços.<sup>1</sup> A este respeito pode-se consultar a Portaria nº 513/92, de 22 de junho; Portaria nº 325/97, de 13 de maio e Portaria nº 936-A/99, de 22 de outubro.<sup>5</sup>

### **3.2. Modificações na substituição da direção-técnica**

As modificações no plano do exercício profissional farmacêutico tiveram impacto no Decreto-Lei nº 48547 de 1968, tendo este sido alvo de inúmeras alterações que conduziram à sua revogação em 2007. A questão da direção-técnica, assunto de enorme complexidade, foi uma das principais modificações.<sup>1</sup>

O Decreto-Lei nº 10/88, de 15 de janeiro, procurou dar resposta aos problemas que surgiam no setor farmacêutico, tais como: o progresso tecnológico, o aparecimento de novos

princípios ativos e a descoberta de novas interações medicamentosas.<sup>24</sup> Para tal, impunha-se a necessidade de “introduzir em todas as fases do circuito farmacêutico, nomeadamente no da distribuição por grosso, uma direção técnica”.<sup>24</sup>

O presente diploma, procedendo à alteração do Decreto-Lei nº 48547 de 1968, reforçou as responsabilidades dos vários participantes do setor, nomeadamente, empresas produtoras, grossistas, importadoras e exportadoras de especialidades farmacêuticas para uso humano e/ou para uso veterinário, decretando a obrigação da permanência efetiva de um diretor-técnico que exercesse a direção técnica das atividades mencionadas.<sup>1,24</sup> No caso das empresas produtoras, o diretor-técnico teria de ser obrigatoriamente um farmacêutico com título de especialista em indústria farmacêutica concedido pela OF, condição essa que não era definida com clareza no Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968.<sup>1</sup>

Em 1990, o Decreto-Lei nº 214/90, de 28 de junho, veio fortalecer a direção-técnica das farmácias através da regulamentação do número de farmacêuticos-adjuntos, função essa que deixa de existir em 2007.<sup>5</sup>

### **3.3. Medicamentos manipulados: o papel da farmácia de oficina na segurança, qualidade e valor terapêutico**

A preparação de medicamentos manipulados por farmacêuticos, para posteriormente serem dispensados na farmácia, era uma prática comum antes do desenvolvimento da indústria farmacêutica.<sup>25</sup> Com o processo de industrialização e legislação anterior a 2004, ambígua e dispersa, a arte de preparar medicamentos manipulados nas farmácias de oficina e serviços farmacêuticos hospitalares diminuiu consideravelmente.<sup>26</sup> A preparação artesanal de medicamentos em escala oficial, foi progressivamente substituída pela produção industrial, e as farmácias deixaram de ser locais exclusivos de produção de medicamentos.<sup>10,11</sup> No entanto, a indústria farmacêutica está limitada a um determinado número de formas farmacêuticas e dosagens, sendo comum a existência de lacunas terapêuticas, particularmente em áreas específicas como pediatria, dermatologia, oncologia, doenças órfãs, entre outras, que necessitam de ser colmatadas.<sup>25,26</sup> Citando Clarisse Dias, numa entrevista para a revista *Farmácia Portuguesa*, “os medicamentos manipulados remontam ao tempo das boticas” mas “continuam atuais, até como resposta às lacunas da indústria farmacêutica”.<sup>26</sup>

Atualmente, existem alguns medicamentos que não sendo produzidos industrialmente, continuam a ser preparados por farmacêuticos, que manipulam substâncias ativas com o intuito de alcançar a resposta terapêutica mais ajustada às exigências específicas do doente.<sup>26</sup> Os

medicamentos manipulados permitem personalizar a terapêutica de acordo com o perfil fisiopatológico do doente, através do ajuste de doses, preparação de formas farmacêuticas adequadas, alteração de características organolépticas, entre outros.<sup>25</sup>

Entre 2004 e 2005, o quadro legislativo que regulamentava o medicamento manipulado sofreu uma remodelação profunda que permitiu reforçar o seu valor terapêutico, ao assegurar elevados padrões de segurança, qualidade e eficácia.<sup>1</sup> As normas promulgadas estabeleceram novos desafios aos estabelecimentos produtores de medicamentos manipulados, exigindo equipamentos mais atualizados e técnicas adequadas, compatíveis com o nível de qualidade e segurança exigidos.<sup>1</sup> Em Portugal, a regulamentação e legislação de medicamentos manipulados é resultado de diretivas europeias, encontrando-se reunida num documento disponibilizado pelo INFARMED, que procedeu à revisão do regime técnico-jurídico referente aos medicamentos manipulados.<sup>1,27</sup> Entre o conjunto de normas, encontra-se o Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de abril, que assinalou o início de um novo capítulo na legislação dos medicamentos manipulados em Portugal, e veio regular a sua prescrição e preparação. Destaco ainda a promulgação da Portaria nº 594/2004, de 2 de junho que tinha o objetivo de “criar um padrão elevado de qualidade dos medicamentos manipulados” e aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e farmácia hospitalar.<sup>28</sup>

A preparação de manipulados tem vindo a assumir uma importância crescente na terapêutica, representando uma área fundamental na prestação de cuidados de saúde pelas farmácias que deve respeitar as boas práticas e os requisitos definidos pelo INFARMED, a fim de assegurar a salvaguarda da saúde pública.<sup>25</sup>

### **3.4. A venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias**

De acordo com a legislação vigente até 2005, a venda de medicamentos ao público era uma atividade profissional do âmbito das farmácias de oficina, conforme descrito no artigo 29.º do Decreto-Lei nº 48547, de 1968<sup>1,17,29</sup> O mesmo diploma esclarece no artigo 103º<sup>2</sup>, que os laboratórios de produtos farmacêuticos e grossistas de medicamentos autorizados a

---

<sup>1</sup> “O aviamento de receitas e a venda ou entrega de medicamentos ou substâncias medicamentosas ao público são actos a exercer exclusivamente nas farmácias pelos farmacêuticos ou pelos seus diretos colaboradores, sob a inteira responsabilidade dos primeiros e nos termos dos artigos seguintes.”

<sup>2</sup> “Os laboratórios de produtos farmacêuticos e todos os estabelecimentos que se dediquem ao comércio por grosso de medicamentos e de substâncias medicamentosas não podem vender esses produtos diretamente ao público”.

vender medicamentos, não podiam fazê-lo diretamente ao consumidor final.<sup>17</sup> No entanto, esta realidade alterou-se na sequência do novo enquadramento legislativo instituído com a promulgação do Decreto-Lei nº 134/2005, a 16 de agosto. A legislação de 2005 possibilitou a venda de “alguns medicamentos para uso humano, concretamente os que não necessitam de receita médica, vulgarmente designados por MNSRM” fora das farmácias, em locais previamente registados no INFARMED e que cumpram os requisitos legais estabelecidos.<sup>30</sup> O mesmo diploma, prevê a liberalização da fixação do preço dos MNSRM, com intuito de induzir uma redução dos seus custos.<sup>30</sup>

Segundo o Governo, a liberalização do mercado de MNSRM traria vantagens aos consumidores “(...) em termos de acessibilidade facultada pelo aumento do número de pontos de venda quer em termos de preço(...) bem como o alargamento do mercado de emprego para os jovens farmacêuticos e técnicos de farmácia, criando novas oportunidades de trabalho”.<sup>30</sup> É de salientar que no caso dos MNSRM comparticipados pelo Estado, estes perderiam o direito à comparticipação quando vendidos fora das farmácias, implicando uma despesa maior para o consumidor. No que concerne à acessibilidade, o que se verificou foi a abertura de vários locais de venda de MNSRM, que posteriormente acabaram por encerrar, diminuindo a acessibilidade para níveis inferiores aos proporcionados anteriormente pelas farmácias.<sup>31</sup> Segundo Carlos Maurício Barbosa, então Bastonário da OF, “a acessibilidade não se verificou, apenas se promoveu o acesso das cadeias de hipermercados à venda de MNSRM”.<sup>31</sup>

Conforme descrito no artigo 2º do Decreto-Lei nº 134/2005, a venda de medicamentos fora das farmácias tem de ser efetuada ou estar sob a responsabilidade de pessoal devidamente habilitado: farmacêuticos ou técnicos de farmácias.<sup>30</sup> O responsável técnico pode assumir a responsabilidade de cinco estabelecimentos no máximo, desde que a distância entre os dois locais mais afastados seja inferior a cinquenta quilómetros.<sup>30</sup> É de salientar que nestes locais não é decretada a obrigação da presença de um farmacêutico.<sup>31</sup>

A presente alteração legislativa teve impacto no estatuto profissional dos farmacêuticos e no regime de atividade das farmácias, que até ao momento tinham reservado para si a dispensa exclusiva de medicamentos ao público. Apesar da liberalização da venda de MNSRM, o presente diploma determinou que os MNSRM comercializados fora das farmácias teriam de obedecer “ao mesmo regime de garantia e fiscalização de qualidade e segurança dos medicamentos que são fornecidos em farmácia”.<sup>30</sup>

No entanto, considero que esta medida legislativa levanta muitas questões, e a meu ver em nada beneficiou a saúde pública. Existem vários medicamentos, mesmo não sendo sujeitos a receita médica, que exigem um conhecimento profundo, tendo em conta o seu perfil de segurança ou indicações terapêuticas. A dispensa desses medicamentos por profissionais com habilitações escassas na área da saúde, pode prejudicar gravemente a saúde pública. Note-se que a legislação não esclarece o tipo de formação que os trabalhadores dos locais de venda de MNSRM devem ter para estarem aptos a exercer esta função.<sup>1,15</sup> Atendendo a estas considerações, seria benéfico que os MNSRM fossem dispensados nas farmácias, acompanhados de um aconselhamento farmacêutico que permita a sua utilização segura e racional.

#### **3.4.1. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF)**

A possibilidade de vender medicamentos fora das farmácias, veio reforçar a importância da intervenção farmacêutica na gestão de problemas de saúde. O envelhecimento progressivo da sociedade e a crise económica que afetou entre outros, o setor da saúde, contribuíram para que a automedicação assumisse um papel de destaque na saúde e bem-estar da população.<sup>32</sup> Segundo o Despacho n° 17690, de 10 de agosto de 2007, a automedicação “é a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”.<sup>33</sup> No entanto, apesar da definição considerar o aconselhamento profissional “opcional”, é necessário ter em consideração que o público nem sempre tem formação necessária para se automedicar, sendo muitas vezes influenciado pelas estratégias de persuasão da publicidade, que estimulam o seu consumo banalizado. Nesse sentido, a utilização de MNSRM deve ser uma responsabilidade partilhada entre utentes e farmacêuticos, de modo a assegurar um aconselhamento técnico e científico adequado às necessidades do utente e promover o uso racional de medicamentos.<sup>32</sup>

Na sequência da publicação do Decreto-lei n° 128/2013, a 5 de setembro, Portugal instituiu uma nova subcategoria de MNSRM, atendendo ao seu perfil de segurança ou indicação terapêutica, os medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF), conhecidos como “terceira lista”.<sup>32</sup> São medicamentos que podem ser adquiridos sem receita médica, contudo possuem características que exigem que a dispensa seja efetuada num local sujeito a uma forte regulamentação da atividade- a farmácia- e sob supervisão de um farmacêutico. Esta medida modificou o processo de dispensa de

medicamentos e, simultaneamente, reforçou a importância do aconselhamento farmacêutico na conscientização para a sua correta utilização.<sup>32</sup>

A meu ver, a nova subcategoria de medicamentos implementada, representa uma tentativa de retificar a anterior legislação, em particular, o Decreto-Lei nº 134/2005, que ditou o fim da exclusividade de venda de alguns MNSRM nas farmácias. Citando Carlos Maurício Barbosa, então bastonário da OF, numa entrevista para a *Revista Saúde* “existem substâncias ativas que, pela sua natureza, exigem um aconselhamento e seguimento farmacêutico, não devendo ser dispensadas em estabelecimentos onde não é obrigatória a presença de um farmacêutico”.<sup>34</sup>

Segundo esta reclassificação, a dispensa de MNSRM-EF tem obrigatoriamente de ser efetuada na farmácia mediante cumprimento de protocolos de dispensa específicos.<sup>33</sup> Os protocolos definem as condições de dispensa dos medicamentos nas farmácias, atendendo às suas contraindicações e precauções, discriminando ainda as situações passíveis de serem reencaminhadas para o médico.<sup>33</sup> Desta forma procurou-se garantir a utilização segura, eficaz e racional de MNSRM, proporcionada pelo aconselhamento farmacêutico.<sup>32</sup>

Atualmente a lista de MNSRM-EF inclui trinta e duas Denominações Comuns Internacionais (DCI).<sup>35</sup> Trata-se de uma lista dinâmica em que o objetivo é aumentar o número de medicamentos que devem integrar esta subcategoria, valorizando a intervenção farmacêutica na promoção do uso seguro dos medicamentos e diminuição das consequências da utilização inadequada e até abuso dos MNSRM.<sup>32</sup>

#### **4. O novo enquadramento legislativo das farmácias de oficina introduzido em 2007**

A promulgação do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto<sup>36</sup>, e diplomas conexos, determinaram a revogação da legislação anteriormente em vigor, que remonta à década de sessenta, nomeadamente, a Lei nº 2125, Lei da Propriedade da Farmácia, e o Decreto-lei nº 48547 que regulava o exercício da atividade farmacêutica.<sup>1</sup> Na sequência da reforma do enquadramento regulamentar, foram introduzidas alterações profundas no setor farmacêutico que revolucionaram o seu paradigma funcional.<sup>1</sup> Destaca-se a modificação do regime de propriedade de farmácia de oficina, a revalorização do papel da direção técnica, o reforço das incompatibilidades com a propriedade, exploração e gestão das farmácias, entre outras.<sup>37</sup>

O novo regime jurídico pôs fim às regras que ditavam a reserva da propriedade da farmácia de oficina exclusivamente aos farmacêuticos, permitindo a todas as pessoas singulares

e sociedades comerciais aceder à propriedade, com as exceções previstas na lei.<sup>2</sup> As instituições particulares de solidariedade social (IPSS) podiam igualmente ser titulares de farmácias, à semelhança do que a anterior legislação consagrava.<sup>37</sup> No entanto, as IPSS detentoras de farmácias teriam um prazo de cinco anos, a partir da data em que o diploma entrasse em vigor, para constituírem sociedades comerciais, de forma a assegurar a igualdade fiscal com as restantes farmácias.<sup>37</sup>

A alteração do núcleo da legislação farmacêutica<sup>1</sup>, a propriedade de farmácia, foi equilibrada com o estabelecimento de algumas limitações, com o intuito de evitar a concorrência desleal no setor.<sup>37</sup> Uma das limitações implementadas corresponde ao número de farmácias que as pessoas singulares e/ou sociedades comerciais podiam deter, direta ou indiretamente, estabelecendo-se para o efeito um máximo de quatro farmácias. Esta restrição visava “equilibrar o livre acesso à propriedade” e simultaneamente “evitar a concentração da propriedade das farmácias em grandes grupos económicos”.<sup>37</sup> Verificou-se ainda um aumento das situações de incompatibilidade com a propriedade, exploração ou gestão das farmácias, ficando estas vedadas a certos grupos económicos e profissões, nomeadamente: “profissionais de saúde prescritores de medicamentos, associações representativas das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas farmacêuticas, ou dos respetivos trabalhadores; empresas de distribuição grossista de medicamentos; empresas da indústria farmacêutica; empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde; e subsistemas que participam no preço dos medicamentos”.<sup>36,37</sup> A fiscalização do cumprimento deste conjunto de restrições era uma responsabilidade do INFARMED, I.P.<sup>37</sup>

A meu ver, a liberalização da propriedade de farmácia, uma das alterações legislativas que mais dúvidas suscitou, não beneficiou o serviço prestado pelas farmácias à população nem o exercício da profissão. A ausência de uniformização em relação ao modelo de regime de propriedade adotado na UE, reforça o sentimento de dúvida associado à legislação de 2007.<sup>37</sup> A possibilidade de entidades sem formação específica na área da saúde acederem à propriedade, pode ter um impacto negativo no posicionamento da profissão e na segurança para a saúde pública.<sup>38</sup> Desde logo, porque os proprietários podem incentivar a dispensa de produtos de risco acrescido, os medicamentos, cujo consumo excessivo ou inadequado pode prejudicar gravemente a saúde do utente.<sup>38</sup> Por outro lado, a vertente económica que envolve a farmácia e o interesse do farmacêutico enquanto empresário em obter lucro, são equilibrados pela responsabilidade deontológica, formação e experiência profissional que competem ao farmacêutico.<sup>38</sup> A exploração ou detenção de farmácias por não farmacêuticos, pode comprometer a conduta ética e deontológica dos farmacêuticos, nomeadamente os que

estejam dependentes de não farmacêuticos, devido a imposições de natureza económica.<sup>38</sup> Segundo a ANF: “A liberalização da propriedade terá como inevitável consequência a degradação das farmácias, dos serviços que prestam, da qualidade do emprego, da qualidade do atendimento, da qualidade tecnológica e, em geral, da sua capacidade para ser, como têm sido, um sector de vanguarda na área da saúde”.<sup>39</sup>

Destaco ainda o parecer de Carlos Maurício Barbosa, então bastonário da Ordem dos Farmacêuticos: “A alteração mais radical, e errada a meu ver, foi a da revogação do princípio da indivisibilidade da propriedade e da direção técnica da farmácia. Considero que o modelo de propriedade da farmácia comunitária, baseado na “indivisibilidade da propriedade e da direção técnica”, é o que melhor salvaguarda os superiores interesses dos doentes e a saúde pública em geral”.<sup>34</sup>

Atendendo à possibilidade de não farmacêuticos serem titulares da propriedade de farmácia de oficina, o novo regime jurídico enfatiza a importância da direção técnica, conferindo-lhe uma responsabilidade superior comparativamente à anterior legislação.<sup>36</sup> O diploma refere que a direção técnica tem de ser “assegurada, em permanência e exclusividade, por um farmacêutico”<sup>36</sup>, a que acresce a autonomia e “regras deontológicas próprias e exigentes”<sup>36</sup> a que fica sujeito, com o intuito de “garantir e promover a qualidade e melhoria dos serviços prestados aos utentes”. Ao diretor técnico são também impostos “deveres precisos, oponíveis ao próprio proprietário, cujo controlo também pode ser efetuado pela Ordem dos Farmacêuticos”.<sup>36</sup>

O Decreto-lei n° 307/2007 modificou igualmente as normas referentes ao quadro de pessoal da farmácia, que passa a ser constituído no mínimo por dois farmacêuticos.<sup>37</sup> Este requisito é justificado pelo alargamento do horário de funcionamento das farmácias para um limite mínimo de 55 horas semanais, que só pode ser colmatado por dois farmacêuticos.<sup>37</sup> Por outro lado, a condição de “a direção técnica ser assegurada, em permanência e exclusividade, por um farmacêutico”,<sup>36</sup> reforça a necessidade da farmácia dispor no mínimo de dois farmacêuticos, para que desse modo exista um farmacêutico que substitua o outro nas “suas ausências e impedimentos, designadamente nas férias”.<sup>36</sup>

Relativamente à atribuição de novas farmácias, o Decreto-lei n° 307/2007 define os requisitos e condições para abertura ao público, atendendo à alteração do regime de propriedade da farmácia.<sup>37</sup> O regime continua a prever a realização de um procedimento concursal, aberto a qualquer cidadão, em que há lugar à pré-seleção dos candidatos que

cumpram os requisitos fixados.<sup>36</sup> O processo de licenciamento e atribuição de alvarás não é regulado no presente regime jurídico, sendo remetido para um diploma próprio<sup>3</sup>.

Outra medida adotada diz respeito à transferência de farmácias. O Decreto-lei nº 307/2007, no seu artigo 26º, veio permitir a “transferência de farmácias dentro do mesmo município, independentemente de concurso público e de licenciamento, em decorrência do princípio da liberdade de instalação”.<sup>36</sup> A agilização do processo de transferência de farmácias potenciou a alteração de localização de várias farmácias, comprometendo a cobertura farmacêutica nos locais com menor densidade populacional.<sup>1</sup> A revogação do condicionamento de instalação instituído na década de sessenta, motivou os proprietários a transferir os seus estabelecimentos dos locais com menor densidade populacional e menor atividade comercial, para os grandes núcleos populacionais.<sup>34</sup> A transferência excessiva de farmácias, comprometeu a distribuição homogênea das farmácias de oficina, colocando em causa a acessibilidade da população aos serviços e bens por elas disponibilizados.<sup>34</sup> Segundo o bastonário da Ordem dos Farmacêuticos “... temos assistido nos últimos tempos a uma movimentação, a meu ver exagerada, de farmácias comunitárias, em que estas, na maioria dos casos, se aproximam de grandes centros populacionais, deixando, conseqüentemente, populações sem assistência farmacêutica”.<sup>34</sup>

O diploma publicado em 2007 consagrou a possibilidade de as farmácias prestarem um conjunto alargado de “serviços farmacêuticos”, que vêm desafiar e estimular o dinamismo profissional da atividade farmacêutica, e simultaneamente valorizar o papel das farmácias na prestação de cuidados de saúde.<sup>3</sup> A Portaria nº 1429/2007, publicada posteriormente, definiu os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias, nomeadamente: apoio domiciliário; administração de primeiros socorros; administração de medicamentos; utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica; administração de vacinas não incluídas no Programa Nacional de Vacinação; programas de cuidados farmacêuticos; campanhas de informação; e colaboração em programas de educação para a saúde.<sup>40</sup>

Merecem igualmente destaque outros diplomas conexos à legislação de 2007, que possibilitam a dispensa de MNSRM à distância, incluindo através da internet. Como é referido no texto introdutório, a dispensa de MNSRM à distância visa facilitar o acesso aos medicamentos para as “pessoas impossibilitadas de ali se deslocarem”<sup>36</sup>, aumentando o alcance social da intervenção farmacêutica.<sup>37</sup> O novo regime jurídico contempla também outras inovações no setor farmacêutico, tais como: possibilidade de adquirir medicamentos

---

<sup>3</sup> Sobre esta matéria pode ser consultada a Portaria nº 1430/2007.

através de concurso, situação esta que anteriormente era expressamente proibida; possibilidade de os utentes efetuarem uma reclamação através da Internet, entre outras.<sup>36</sup>

Apesar do texto introdutório enaltecer o valor da farmácia e defender a saúde e bem-estar do doente, trata-se de um diploma que regula a atividade farmacêutica de um ponto de vista essencialmente comercial, deixando para segundo plano o valor social que as farmácias de oficina exercem na comunidade.<sup>1</sup>

## **5. Atual legislação da farmácia de oficina em Portugal**

Atualmente, o setor farmacêutico em Portugal é legislado pelo Decreto-Lei n° 307/2007, de 31 de agosto. Este diploma, introduzido com o objetivo de reformar o quadro legislativo que vigorava desde a década de 60, foi alvo de várias alterações que permitiram adaptá-lo à atualidade presente da farmácia.<sup>16,41</sup>

No que concerne à propriedade da farmácia, esta mantém-se acessível a qualquer pessoa singular ou sociedade comercial, com as exceções estabelecidas, não havendo reserva de propriedade para farmacêuticos.<sup>16,41</sup> Cada proprietário “pode deter ou exercer, em simultâneo, direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão”<sup>41</sup> de quatro farmácias no máximo.<sup>41</sup> A propriedade, exploração e gestão de farmácias, mantem-se vedada à indústria farmacêutica, prescritores, grossistas, entidades pagadoras, unidades de saúde e subsistemas de saúde.<sup>16,41</sup> Relativamente às entidades do setor social de economia proprietárias de farmácias, e segundo o Decreto-Lei n° 109/2014, de 10 de julho, já não se verifica a obrigatoriedade de constituírem sociedades comerciais e, conseqüentemente, modificarem o regime de isenção fiscal para manterem a propriedade das farmácias comunitárias que já detinham aquando da entrada em vigor do Decreto-Lei n° 307/2007, de 31 de agosto.<sup>16</sup>

A direção técnica da farmácia continua a ser um assunto inquestionável, sendo obrigatoriamente exercida por um farmacêutico conforme descrito no diploma em vigor: “a direção técnica da farmácia é assegurada, em permanência por farmacêutico diretor técnico”,<sup>41</sup> encontrando-se dissociada da propriedade de farmácia.<sup>41</sup>

A 1 de agosto de 2012 foi publicado o DL n° 171/2012,<sup>42</sup> que procedeu à segunda alteração do regime jurídico das farmácias de oficina, o Decreto-lei n° 307/2007. Trata-se de um diploma marcado pelo período económico de particular debilidade que as farmácias atravessaram.<sup>1</sup> O diploma pretendeu corrigir alguns pontos relacionados com o regime

jurídico da farmácia de oficina e cumprir com o que foi acordado “no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional, a União Europeia e o Banco Central Europeu, efetivando a revisão da legislação aplicável ao sector das farmácias”.<sup>42</sup> No texto introdutório é realçado o valor das farmácias, inscrevendo-se que “as farmácias são, cada vez mais locais de saúde na primeira linha de acompanhamento, prevenção, deteção, apoio e cuidados em saúde”<sup>42</sup>, justificando-se a adoção de medidas que assegurem a “viabilidade económica do funcionamento de algumas farmácias, sem descuidar as obrigações nucleares de elevada qualidade na prestação da assistência farmacêutica às populações”.<sup>42</sup> Por outro lado, acrescenta que o regime jurídico é moldado “à jurisprudência fixada pelo Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 612/2011, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 17, de 24 de janeiro de 2012, destacando-se, de entre as modificações introduzidas, o estabelecimento de um prazo suficientemente alargado, abrangendo um período de pelo menos um ano económico, para que as entidades do sector social que detenham farmácias em regime de concorrência programem adequadamente a sua adaptação aos requisitos exigidos às proprietárias de farmácias que se encontrem no mercado”.<sup>1,42</sup>

O diploma citado, clarificou o processo de licenciamento de novas farmácias, prevendo a pré-seleção de candidatos que cumpram os requisitos definidos no aviso de abertura.<sup>42</sup> Nos casos em que o número de candidatos pré-selecionados ultrapassar o número de farmácias a instalar prevê-se a realização de um sorteio para definir a respetiva hierarquização.<sup>43</sup> O concurso para instalação de uma nova farmácia é promovido pelo INFARMED, e é realizado para uma localização específica, que deve cumprir os seguintes requisitos geográficos e demográficos: distância mínima de 350 metros em relação às farmácias já existentes; número mínimo de habitantes por farmácia de 3500 e uma distância de mais de 100 metros a unidades públicas de prestação de cuidados de saúde.<sup>43</sup> Estas regras de instalação visam salvaguardar uma cobertura homogénea do território, e assegurar o acesso da população aos serviços e bens disponibilizados pelas farmácias.<sup>2</sup>

Recentemente, a Portaria n.º 1429/2007<sup>40</sup>, de 2 de novembro, que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias, foi alterada pela Portaria n.º 97/2018 de 9 de abril, que procedeu à sua primeira alteração.<sup>44</sup> Segundo a nova portaria, estabeleceu-se um aumento da lista de serviços de saúde que podem ser disponibilizados pelas farmácias, enaltecendo a sua intervenção junto dos utentes.<sup>44</sup> As farmácias que procederem ao alargamento dos seus serviços, têm de comunicar ao Infarmed o que vão passar a disponibilizar e simultaneamente garantir condições legais e profissionais legalmente habilitados para a

prestação dos novos serviços.<sup>44</sup> A informação referente ao tipo de serviços prestados e o respetivo preço, deve estar bem visível nas instalações da farmácia. A divulgação da informação pode também ser feita na internet, no sítio da farmácia.<sup>44</sup>

## **6. Satisfação dos utentes com os serviços prestados na farmácia de oficina: Realização de Inquéritos**

### **6.1. Objetivos**

No âmbito da presente monografia e após a análise das principais modificações operadas no plano legislativo e regulamentar do setor farmacêutico, foram realizados inquéritos com o intuito de avaliar o grau de satisfação dos utentes com o atual contributo da farmácia de oficina na sociedade. Pretendeu-se ainda recolher informação relativa aos fatores que motivam os utentes a preferir a farmácia e investigar quais os serviços que os utentes gostariam que futuramente fossem disponibilizados nas farmácias portuguesas. Os resultados obtidos, serão posteriormente apresentados e analisados neste capítulo.

### **6.2. Metodologia**

Como método de questionário utilizei a plataforma *Google Forms*. Trata-se de uma ferramenta bastante útil que permite recolher e analisar estatisticamente informação de forma prática, simples e automatizada.

Os resultados foram obtidos através de um inquérito realizado de forma anónima através da plataforma online Facebook®, entre os dias 4 de março e 16 de junho. O inquérito destinava-se a toda a população, independentemente das habilitações literárias, local de residência e género, permitindo obter uma amostra maior.

Durante a sua elaboração, procurei focar-me no objetivo inicialmente proposto, e para tal, estruturei perguntas objetivas e diretas, que me permitissem alcançar o propósito do estudo e analisar as variantes pretendidas. Na primeira parte do inquérito, começo por apresentar-me ao inquerido, mencionando também o âmbito e objetivo do trabalho. Na segunda parte, elaborei um conjunto de perguntas gerais que me permitiram caracterizar a amostra, em termos de idade, género, habilitações literárias e área de residência. Por fim, estruturei questões mais específicas e direcionadas, que me permitiram alcançar o objetivo principal do estudo. O inquérito foi estruturado com questões redigidas em linguagem simples e questões múltiplas, para facilitar a sua compreensão e preenchimento (Anexo I).

### 6.3. Apresentação dos resultados

#### 6.3.1. Caraterização da amostra

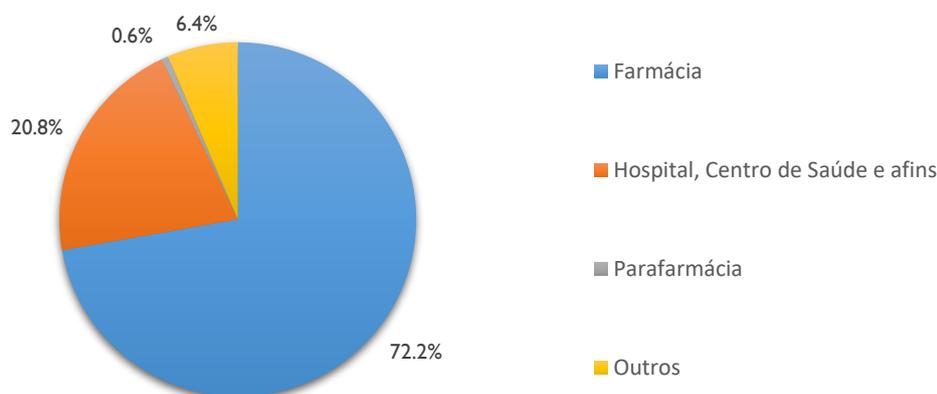
Foram obtidos 313 questionários válidos, dos quais 51,8% correspondiam a indivíduos do sexo feminino e 48,2% a indivíduos do sexo masculino.

Relativamente à faixa etária, é possível verificar que dos 313 inquiridos, 4,2% tem menos de 20 anos, 44,1% possuem idades compreendidas entre os 21 e os 35 anos, 31% têm entre 36 e 50 anos, 19,2% têm entre 51 e 65 anos, enquanto que 1,6% têm mais de 65 anos.

No que respeita ao nível de formação, 38,7% têm formação no ensino superior, 37,1% tem formação no ensino secundário e 24,3% tem o ensino básico. Em relação à área de residência, 47,3% dos inquiridos vive na cidade, 28,8% na aldeia e 24,0% na vila.

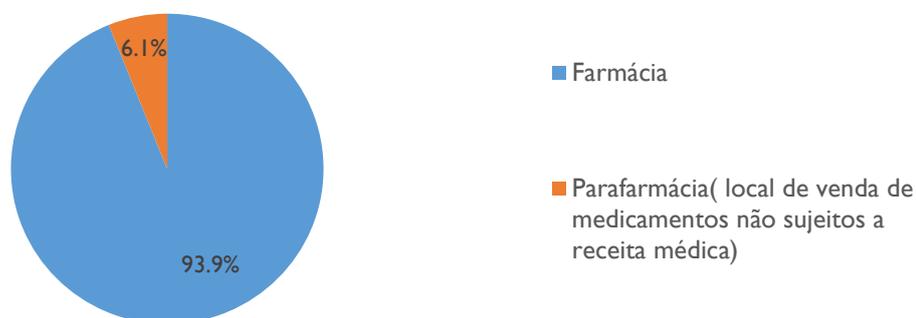
#### 6.3.2 Resultados dos Inquéritos

À questão “Quando pretende obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar onde é que habitualmente se dirige?”, 72,2% dos indivíduos respondeu farmácia, 20,8% Hospital, Centro de Saúde e afins, 0,6% parafarmácia e os restantes 6,4% afirmaram recorrer a outras fontes: Internet, amigos ou familiares com conhecimentos na área da saúde.



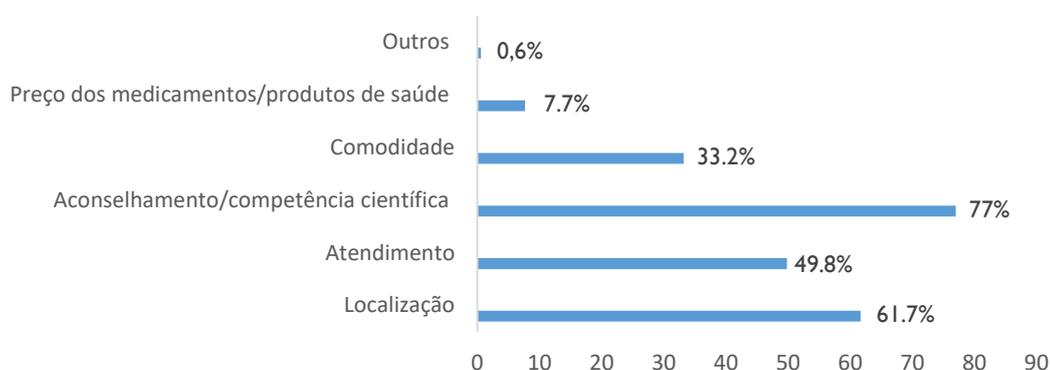
**Gráfico I** – Distribuição da amostra segundo a preferência aquando da obtenção de informação sobre medicamentos, saúde e bem-estar.

Em relação ao local a que se dirigiam para obter um MNSRM, 93,9% (294 indivíduos) respondeu que prefere a farmácia, enquanto que 6,1% referiu que prefere a parafarmácia (local de venda de MNSRM).



**Gráfico 2** – Distribuição da amostra segundo a preferência aquando da aquisição de MNSRM.

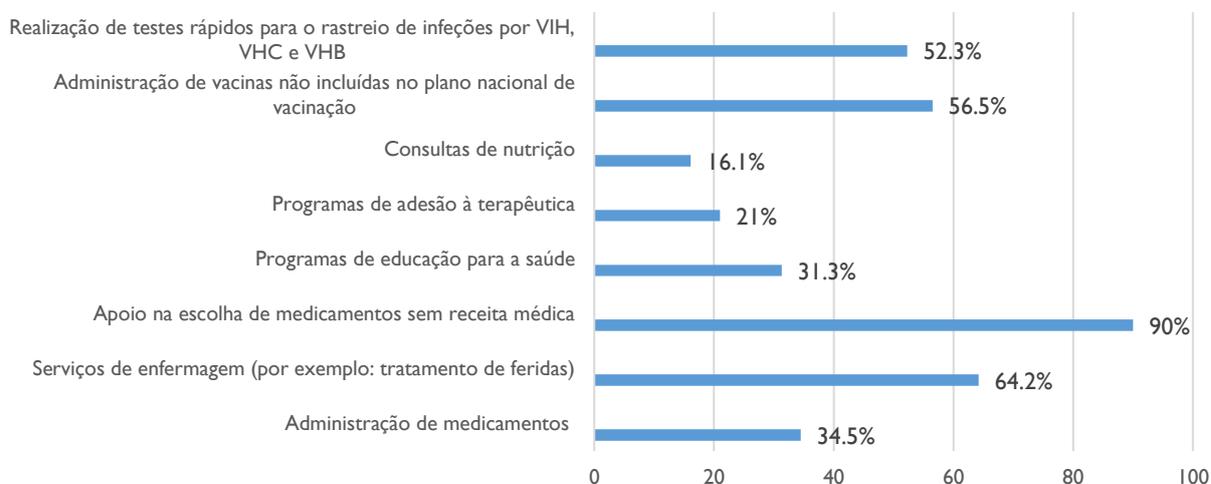
Na sequência das questões anteriores, os indivíduos foram questionados sobre os motivos da preferência do local mencionado. A questão tinha várias opções de resposta, podendo ser selecionada uma ou várias opções. Apenas dois inquiridos (0,6%) selecionaram a opção “Outra”, inscrevendo como resposta: “procura de suplemento alimentar” e “não tenho de me deslocar ao médico”. Os resultados foram os seguintes:



**Gráfico 3** – Distribuição da amostra segundo os motivos da preferência aquando da obtenção de MNSRM.

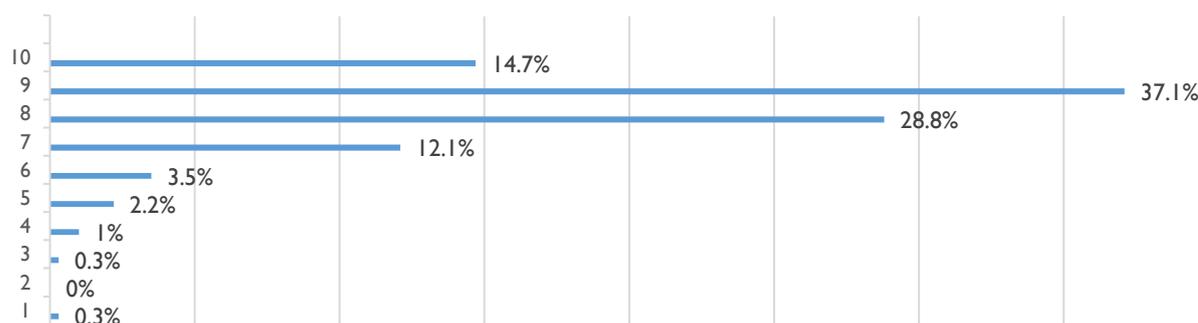
Quando questionados, se consideravam a farmácia uma mais valia na prestação de serviços de saúde, a esmagadora maioria respondeu sim (99%), enquanto que 1% respondeu não. Face à resposta anterior, procurou-se perceber quais as áreas que, na opinião dos inquiridos, absorviam maior importância. Mais uma vez, a pergunta tinha várias opções de

reposta, podendo ser selecionada uma ou mais opções. Os resultados obtidos foram os seguintes:



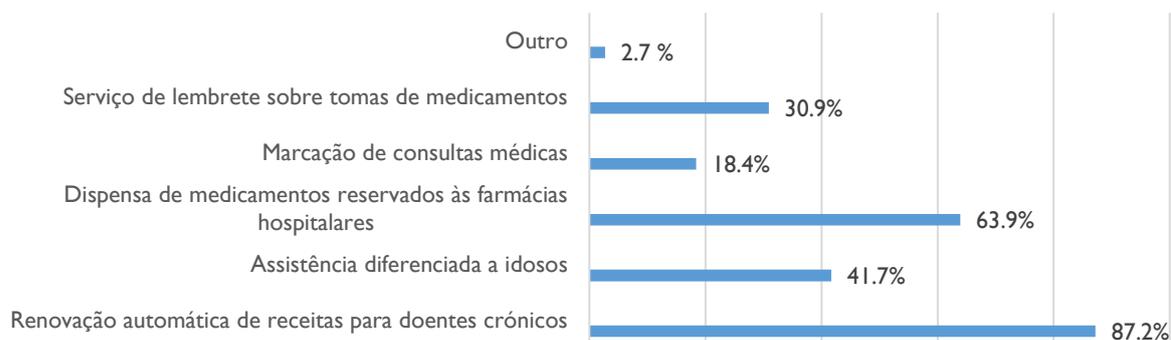
**Gráfico 4** – Distribuição da amostra segundo os serviços que consideram mais relevantes.

Posteriormente, pretendeu-se averiguar o grau de satisfação em relação aos serviços disponibilizados na farmácia. Para tal, o inquirido teria apenas de selecionar um algarismo numa escala algorítmica de 1 (menos satisfeito) a 10 (mais satisfeito), consoante o seu nível de satisfação. A maioria dos inquiridos, aproximadamente 37,1% responderam “9”, seguido de 28,8% que responderam “8”. A pontuação máxima, dez, foi a resposta selecionada por 14,7% dos inquiridos.



**Gráfico 5** – Distribuição da amostra segundo o nível de satisfação.

Por fim, tentou-se perceber se os inquiridos consideram necessário introduzir algum serviço no setor da farmácia, ao qual 287 (91,7%) respondeu afirmativamente. Em caso de resposta afirmativa, os inquiridos teriam de selecionar qual ou quais os serviços que gostariam que fossem implementados. Os resultados obtidos foram os seguintes:



**Gráfico 6** – Distribuição da amostra segundo os serviços que gostariam de ver implementados na farmácia.

#### 6.4. Análise e Discussão dos Resultados

Em primeiro lugar, é importante referir as limitações do inquérito, antes de prosseguir com a sua análise. Uma vez que foi utilizado como método de divulgação a página de internet Facebook®, é necessário ter em consideração que a média de idades se apresentará enviesada para uma faixa etária mais jovem, afetando a homogeneidade da amostra. Outro fator que poderá ter influenciado os resultados, é o facto da maioria dos inquiridos terem formação superior e, como tal, apresentarem um nível de conhecimento maior.

Atendendo aos resultados obtidos, é possível constatar que as farmácias, com 226 respostas (72,2%), são o serviço mais consultado para obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar, verificando-se o mesmo para a aquisição de MNSRM, com 294 (93,9%) dos inquiridos a preferir as farmácias. Entre as principais razões que justificam a sua preferência destaca-se o aconselhamento/competência científica e a localização. Podemos assim concluir, que os inquiridos reconhecem as capacidades e competências técnico-científicas dos farmacêuticos, valorizando a qualidade dos serviços prestados ao nível da farmácia.

Quanto à questão: “Considera que a farmácia representa uma mais valia na prestação de serviços de saúde?”, o resultado revelou-se muito positivo, com 99% dos inquiridos a responder afirmativamente, evidenciando o elevado grau de satisfação com os serviços disponibilizados no geral pela farmácia. Apenas uma pequena percentagem dos inquiridos, 1%, revelou não estar satisfeito. No entanto, podemos considerar que este número não é significativo quando comparado com o número de respostas positivas obtidas. Estes dados, reforçam uma vez mais, que a farmácia é considerada um elemento essencial na prestação de

serviços de saúde, onde se destaca o apoio na escolha de MNSRM, com 90% das respostas, evidenciando a confiança que os utentes depositam nos profissionais de saúde, nomeadamente farmacêuticos, para obtenção de informações e conselhos sobre saúde. Devo destacar que numa escala de um a dez, 80,6% dos inquiridos selecionou um nível de satisfação acima de sete.

Segundo um estudo realizado em março de 2018, pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (CESOP) da Universidade Católica Portuguesa, a farmácia é o local de prestação de cuidados de saúde mais procurado pelos portugueses quando surge um problema menor de saúde, apresentando os níveis de satisfação mais elevados.<sup>45</sup> Cerca de 96% dos portugueses (de um total de 934 inquiridos válidos) revelaram estar satisfeitos com o serviço prestado pela sua farmácia, destacando a “Competência dos Profissionais” (com 4,5 valores numa escala de um a cinco valores).<sup>45</sup> Apenas 1% dos inquiridos demonstrou insatisfação com a farmácia.<sup>45</sup> Comparando os resultados que obtive com os resultados do estudo mencionado, é possível verificar que são consistentes e ambos se revelam bastante positivos no que concerne à opinião dos portugueses em relação ao contributo da farmácia no seio da sociedade.

A esmagadora maioria dos inquiridos (91,7%) mostram-se ainda favoráveis à implementação de novos serviços nas farmácias, que deem resposta às necessidades da sociedade. Entre os novos serviços que gostariam de ver implementados, os inquiridos defendem, com 87,2% das respostas, um sistema de renovação de prescrições médicas. As prescrições seriam renovadas de forma automática e a informação remetida para a farmácia indicada pelo doente, que procederia à reserva dos medicamentos. Destacam ainda, a possibilidade de as farmácias disponibilizarem medicamentos que estão reservados às farmácias hospitalares (63,9%), melhorando dessa forma o acesso ao medicamento, e defendem a assistência diferenciada a idosos (41,7%). Alguns inquiridos, 2,7%, indicaram outros serviços que não os mencionados, tais como: osteopatia, massagens terapêuticas, análises clínicas (sangue e urina), entre outros.

De acordo com o estudo da Universidade Católica Portuguesa anteriormente mencionado, os inquiridos também se mostraram favoráveis à implementação de novos serviços nas farmácias, com a assistência a idosos e doentes crónicos a ocupar o topo das suas prioridades.<sup>45</sup>

Atualmente, assistimos a um alargamento dos serviços disponibilizados pelas farmácias, que trabalham diariamente, numa tentativa de assumir uma posição integrada no Sistema de Saúde e defender os interesses dos seus utentes. Atendendo aos resultados obtidos, posso

concluir, que a satisfação e reconhecimento demonstrado pelos inquiridos é reflexo da formação de excelência, para a qual contribui o curso de Ciências Farmacêuticas existente em Portugal, e esforço contínuo das farmácias para constituírem a rede de cuidados de saúde primários mais valorizada pelos portugueses.

## **7. Considerações finais**

Refletindo sobre o que foi tratado e enunciado ao longo do trabalho, podemos constatar que a farmácia de oficina percorreu um longo percurso até aos dias de hoje. Todo esse processo evolutivo foi acompanhado por profundas alterações na legislação do setor farmacêutico. É importante salientar, que a evolução se deu também no sentido da centralização do exercício profissional farmacêutico em torno do doente.

À semelhança do que acontece noutros países europeus, o setor da farmácia é regulado por legislação específica. Tomando em consideração a cronologia das leis, foi possível estabelecer uma divisão temporal: antes e depois de 2007. A legislação anterior a 2007, manteve inalterados os principais pilares do setor farmacêutico, ou seja, a propriedade de farmácia, que se mantinha acessível apenas a farmacêuticos, e a direção técnica, exercida pelo proprietário da farmácia. No entanto, com a promulgação do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, iniciou-se uma nova etapa na história da legislação farmacêutica. Algumas das modificações implementadas, sobretudo as mais recentes, como a liberalização da propriedade, a venda de MNSRM fora das farmácias, entre outras, constituíram novos desafios e entraves no trajeto que farmácias traçaram até aos dias de hoje. Para além do mais, as farmácias enfrentam diariamente novos obstáculos, fruto da inovação e desenvolvimento técnico e científico. Nesse sentido, é importante que mantenham o dinamismo que as caracterizou ao longo do tempo, procurando dar resposta às necessidades da população, alargando o leque de serviços disponibilizados e apostando na formação contínua e prestação de cuidados de saúde diferenciados, que representam este setor com uma missão tão nobre.

Por fim, resta-me lembrar, que a valorização social do atual papel da farmácia de oficina refletida nos dados reunidos através da realização do inquérito, foi resultado de um longo processo, marcado pela dedicação, trabalho contínuo e constante capacidade de adaptação à evolução registada, que permitiu que a farmácia ocupasse hoje uma posição de destaque, aproximando o SNS das pessoas e assegurando o acesso seguro aos medicamentos.

## 8. Bibliografia

<sup>1</sup> PITA, J. R.; BELL, V. - **A farmácia em Portugal nos últimos 30 anos. Algumas reflexões sobre a farmácia de oficina ou comunitária.** Debater a Europa, Periódico do CIEDA e do CEIS20. N. °15 (2016) 197-210.

<sup>2</sup> RODRIGUES, A.; BATEL, F.M.; FERREIRA P. L.; RAPOSO, V. - **Estudo do Setor das Farmácias em Portugal,** Ordem dos Farmacêuticos CEIS-UC, (2007) 19-45.

<sup>3</sup> EXIGO, Consultores - **Valor Social e económico das intervenções em Saúde pública dos farmacêuticos nas farmácias em Portugal, Relatório.** (2015) 7-10.

<sup>4</sup> ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **Valor do farmacêutico, um compromisso para a Saúde.** (2016). [Acedido a 10 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.valordofarmaceutico.com/#section2>

<sup>5</sup> PITA, João Rui - **A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos.** Debater a Europa. Periódico do CIEDA e do CIEJD. N.2/3 (2010) 38–55.

<sup>6</sup> ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **Farmacêuticos em Números.** [Acedido a 13 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/numeros/>

<sup>7</sup> Decreto-Lei n° 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República, N.° 167/2006, I Série. P.6297-6383. [Acedido a 15 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://dre.pt/application/file/a/540322>

<sup>8</sup> PITA, João Rui - **Da crise da farmácia à revalorização do papel do farmacêutico.** Mundo Farmacêutico. (2003) 42-44.

<sup>9</sup> PITA, João Rui - **A propósito da propriedade de Farmácia.** Nos 75 anos do Decreto n°23.422, de 1933. Plural Informação I. (2009) 14-19.

<sup>10</sup> PITA, João Rui - **História da profissão farmacêutica em Portugal. Alguns temas, problemas e reflexões.** In: AGUIAR, António Hipólito (Coord.) - Farmacêuticos 2020. Os desafios da próxima década. Lisboa: Hollyfar – Marcas e Comunicação, Lda., 2012. ISBN: 978-989-96318-2-3. p. 17-38.

<sup>11</sup> PITA, João Rui - **"História da profissão farmacêutica em Portugal. Alguns problemas e reflexões"**. In: AGUIAR, António Hipólito (Coord.) - Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão. Lisboa, AJE-Sociedade Editorial, 2005, p. 20-40.

<sup>12</sup> PITA, João Rui - **Breve história da propriedade de Farmácia de Oficina em Portugal**. Plural Informação. 2 (2009) 14-21.

<sup>13</sup> Lei nº 2125, de 20 de março. Diário da República N° 67/1965, 1ª série. 387-389.

<sup>14</sup> DIÁRIO REPÚBLICA - Assembleia Da República. Diário da República, 1.ª série, 2012.

<sup>15</sup> PICANÇO, Inês - **As recentes alterações no Setor das Farmácias em Portugal e o Valor do Farmacêutico na Farmácia Comunitária**. Monografia elaborada no Âmbito da Unidade Curricular "Estágio". Coimbra: Universidade de Coimbra, 2018. 45-55.

<sup>16</sup> COSTA, Ana Eduarda Rodrigues - **Propriedade da farmácia comunitária em Portugal**. Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Investigação. (2016) 1-7.

<sup>17</sup> Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto. Diário da República N.º202/1968, Série I. 1235-1248.

<sup>18</sup> Pita, J. R. (2013) - Deontologia farmacêutica. In Guerreiro, M. P. e Fernandes, A. A. (Ed.), **Deontologia e legislação farmacêutica**. Lisboa: Lidel. 17-27.

<sup>19</sup> DOURADO, Ana S. C. - **O papel do Farmacêutico no Marketing da Farmácia Comunitária**. Trabalho para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, 2017. 13-17.

<sup>20</sup> ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos**. [Acedido a 13 de março de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/a-ordem-dos-farmaceuticos/estatuto/>

<sup>21</sup> Decreto-Lei nº 288/2001, de 10 de novembro. Diário da República N.º 261/2001, Série I-A. 7150- 7165.

<sup>22</sup> Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, Decreto-lei nº 131/2015 de 4 de setembro (2015).

<sup>23</sup> Parlamento - Boletim da Assembleia da República, **Pedido de adesão à CEE** (1977). [Acedido a 13 de março de 2019]. Disponível na Internet: <http://app.parlamento.pt/comunicar/Artigo.aspx?ID=929>

<sup>24</sup> Decreto-Lei n.º 10/88, de 15 de janeiro. Diário da República N.º 12/1988, Série I. 128- 129.

<sup>25</sup> INFARMED, I.P. - **Medicamentos Manipulados**. [Acedido a 2 de abril de 2019]. Disponível na Internet: [http://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/31\\_Medicamentos\\_Manipulados.pdf/5ae18274-df2c-477b-ad80-100cd4ef8b18?version=1.0](http://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/31_Medicamentos_Manipulados.pdf/5ae18274-df2c-477b-ad80-100cd4ef8b18?version=1.0)

<sup>26</sup> PACHECO, Ana Filipa Guerra - **Estudo da produção atual de medicamentos manipulados nos hospitais portugueses**. Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação (2013).

<sup>27</sup> CARDOSO, Gabriela Silva - **Manipulados: Estratégias de Formulação na População Pediátrica Manipulados**. Monografia elaborada no Âmbito da Unidade Curricular “Estágio”. Universidade do Algarve (2016) 7-11.

<sup>28</sup> Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República N.º 129/2004, Série I-B. 3441-3445.

<sup>29</sup> RODRIGUES, Vasco; RIBEIRO, Tiago; SILVA, Sofia; VASCONCELOS, Hélder - **A Situação Concorrencial no Setor das Farmácias**. Relatório Final (2005).

<sup>30</sup> Decreto-lei n.º 134/2005, de 16 de agosto de 2005. Diário da República N.º 156/2005, Série I. 4763- 4765.

<sup>31</sup> Entrevista a Carlos Maurício Barbosa, bastonário da Ordem dos Farmacêuticos. Revista Saúde. Publicação bimestral, N.º 185 (2010). [Acedido a 11 de abril de 2019]. Disponível na internet: <https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/RFP/0.Farm%C3%A1cia%20Portuguesa%20n.%C2%BA%20185.pdf>

<sup>32</sup> GONÇALVES, E.; MARCELO, A.; VILÃO, S.; SILVA, J. A.; MARTINS, A.P. - **Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia em Portugal**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. Vol.8. N.º 2 (2016), p. 123. [Acedido a 20 de abril de 2019]. Disponível na internet: <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/117/96>

<sup>33</sup> CRUZ, Pedro Soares; CARAMONA, Margarida; GUERREIRO, Mara Pereira - **Uma reflexão sobre a automedicação e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica em Portugal**. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. . ISSN 1647-354X. 7:2 (2015) 83-90.

<sup>34</sup> Entrevista a Carlos Maurício Barbosa, bastonário da Ordem dos Farmacêuticos. Infarmed Notícias. N.º 33, janeiro 2010. [Acedido a 20 de abril de 2019]. Disponível na internet: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/2249399/Boletim+Infarmed+Not%C3%ADcias+%28N%C3%BAmero+33+-+janeiro+2010%29/13eeae7-2e81-4fd2-9f94-44821b2e38c3?version=1.2>

<sup>35</sup> INFARMED - **Lista de DCI identificadas pelo INFARMED como MNSRM-EF e respetivos protocolos de dispensa**. Lisboa: INFARMED, IP. [ Acedido a 21 de janeiro de 2019 ]. Disponível na Internet: [http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-nomercado/alteracoes\\_transferencia\\_titular\\_aim/listadci](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-nomercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/listadci)

<sup>36</sup> Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. (2007). Diário Da República N.º 168, I.ª Série. 6083-6091.

<sup>37</sup> PAVIA, Mafalda; CORREIA, João - **A nova lei da titularidade das farmácias**. (2007) 112-115. [Acedido a 20 de abril de 2019]. Disponível na internet: <https://www.uria.com/documentos/publicaciones/1810/documento/articuloUM.pdf?id=3177>

<sup>38</sup> **A propriedade de farmácia para os farmacêuticos**. Revista Saúde, Farmácia portuguesa. Publicação Bimestral N.º 181, maio/junho 2009. [Acedido a 20 de abril de 2019]. Disponível na internet: <https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/RFP/0.Farm%C3%A1cia%20Portuguesa%20n.%C2%BA%20181.pdf>

<sup>39</sup> Revista Saúde, Farmácia Portuguesa. Publicação Bimestral, N.º 169, maio/junho 2007. [Acedido a 21 de abril de 2019]. Disponível na internet: <https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/RFP/0.Farm%C3%A1cia%20Portuguesa%20n.%C2%BA%20169.pdf>

<sup>40</sup> Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro de 2007, Diário da República, n.º 21/2007, I.ª Série. 7993.

<sup>41</sup> Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 de novembro de 2016, Diário da República, n.º 214/2016, I.ª Série. 3930- 3944.

<sup>42</sup> Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto de 2012, Diário da República, n.º 148/2012, I.ª Série. 4030-4045.

<sup>43</sup> Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro de 2012, Diário da República, n.º 210/2012, I.ª Série. 6253-6259.

<sup>44</sup> Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril de 2018, Diário da República, n.º 69/2018, I.ª Série. 1556-1557.

<sup>45</sup> Revista Saúde - 96% aprovam farmácias, 18 julho de 2018. [Acedido a 20 de junho de 2019]. Disponível na internet: <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/96-aprovam-farmacias.aspx>

## Anexo I – Estrutura do inquérito

### O papel da farmácia na sociedade

O presente inquérito foi realizado com o intuito de recolher dados no seio da comunidade para posterior análise e discussão dos resultados. Os resultados obtidos servirão de base para a redação de um trabalho académico para conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

\*Obrigatório

Idade \*

- <20 anos
- 21-35 anos
- 36-50 anos
- 51-65 anos
- > 65 anos

Género \*

- Masculino
- Feminino

Nível de escolaridade \*

- 1º ciclo (1º ao 4º ano)
- 2º ciclo ( 5º ao 6º ano)
- 3º ciclo (7º ao 9º ano)
- Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Local de residência

- Cidade
- Vila
- Aldeia
- Outra: \_\_\_\_\_

Quando pretende obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar onde é que habitualmente se dirige? \*

- Hospital, Centro de Saúde e afins
- Farmácia
- Parafarmácia (local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica)
- Outra: \_\_\_\_\_

Quando necessita de adquirir um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (MNSRM), onde se dirige? \*

- Farmácia
- Parafarmácia (local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica)

Tendo em consideração a resposta anterior, indique o motivo da sua preferência( pode seleccionar mais do que uma opção). \*

- Localização
- Atendimento
- Aconselhamento/competência científica
- Comodidade
- Preço dos medicamentos/produtos de saúde
- Outra:

Considera que a farmácia representa uma mais valia na prestação de serviços de saúde? \*

- Sim
- Não

Se sim, quais os serviços que acha mais importantes?

- Administração de medicamentos
- Serviços de enfermagem (por exemplo: tratamento de feridas)
- Apoio na escolha de medicamentos sem receita médica
- Programas de educação para a saúde
- Programas de adesão à terapêutica
- Consultas de nutrição
- Administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação
- Realização de testes rápidos para o rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB

De um a dez qual a sua satisfação relativamente aos serviços que considera mais importantes? Considere "1" o menos satisfeito e "10" o mais satisfeito. \*

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |
| <input type="radio"/> |

Na sua opinião, considera que existe algum serviço que poderia ser introduzido no setor da farmácia? \*

- Sim
- Não

Se sim, qual?

- Renovação automática de receitas para doentes crónicos
- Assistência diferenciada a idosos
- Dispensa de medicamentos reservados às farmácias hospitalares
- Marcação de consultas médicas
- Serviço de lembrete sobre tomas de medicamentos
- Outra: \_\_\_\_\_

**SUBMETER**