



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Filipa Domingos da Silva

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Farmácia, Medicamento e Novas Tecnologias – Questões Éticas e Sociais” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Vera Lúcia Sobreiro Horta, da Dra. Dina Maria Cordeiro e do Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2022



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Filipa Domingos da Silva

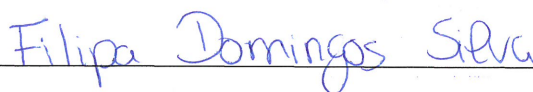
Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Farmácia, Medicamento e Novas Tecnologias – Questões Éticas e Sociais” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Vera Lúcia Sobreiro Horta, da Dra. Dina Maria Cordeiro e do Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2022

Eu, Filipa Domingos da Silva, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2017270334, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Farmácia, Medicamento e Novas Tecnologias – Questões Éticas e Sociais” apresentado 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, 3 de setembro 2022.

A handwritten signature in blue ink that reads "Filipa Domingos Silva". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

(Filipa Domingos da Silva)

Agradecimentos

Na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra tive oportunidade não só de aprender e desenvolver o meu conhecimento ao longo de cinco anos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, como também a nível pessoal tive a oportunidade de explorar novos caminhos e de crescer imenso. Foram cinco anos de esforço e dedicação que não posso deixar de agradecer, não só à Faculdade e a todos os docentes com quem tive oportunidade de aprender imenso, como aos que me acompanharam ao longo deste percurso, a quem deixo o meu mais humilde agradecimento.

Obrigada à minha mãe que durante todo o percurso foi sempre o meu porto seguro.

Obrigada à minha irmã pelo apoio incondicional.

Obrigada ao meu pai por me desafiar sempre a ser melhor.

Obrigada aos meus avós por me acolherem nos seus braços.

Obrigada à minha família pela compreensão e paciência.

Obrigada ao Alexandre por ser o meu confidente.

Obrigada aos meus amigos de sempre, Helena, Hugo e Rute por acreditarem no meu potencial e pela cumplicidade.

Obrigada à minha avó de faculdade Cláudia, à minha madrinha de faculdade Laura, por todo o acompanhamento académico e à minha afilhada Susana pela oportunidade de ser sua madrinha.

Obrigada à Diana, à Maria, à Gil e à Marta por viverem Coimbra comigo e pela ajuda incondicional ao longo de todo o percurso académico.

Obrigada à Académica *Start UC* e à Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia pelo enriquecimento pessoal.

Obrigada à Dra. Vera Horta e a toda a equipa da Farmácia Quintans pela experiência ao longo dos 4 meses de estágio na área de Farmácia Comunitária.

Obrigada à Dra. Dina Lopes e a toda a equipa da Direção de Avaliação do Medicamento – INFARMED, I.P. pelo apoio ao longo dos 3 meses de estágio na área de Assuntos Regulamentares.

Obrigada ao Professor Doutor João Rui Pita pela orientação e dedicação ao longo da realização da minha monografia.

A Coimbra, OBRIGADA!

Índice Geral

Parte I - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de Abreviaturas	9
Introdução	10
1. Farmácia Quintans.....	10
2. Análise SWOT	11
2.1. Pontos Fortes (<i>Strenghts</i>)	11
2.1.1. Localização da Farmácia	11
2.1.2. Equipa Técnica e Farmacêutica.....	12
2.1.3. Plano de estágio completo	12
2.1.4. Preparação de Medicamentos Manipulados.....	13
2.1.5. Contacto com o <i>Software Sifarma 2000</i> [®] e o Novo Módulo de Atendimento..	13
2.2. Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)	14
2.2.1. Insegurança e inexperiência.....	14
2.2.2. Dificuldade e nível de preparação.....	14
2.2.3. Realização testes de antigénio à COVID-19.....	15
2.3. Oportunidades (<i>Opportunities</i>).....	15
2.3.1. Formações Presenciais e Virtuais.....	15
2.4. Ameaças (<i>Threats</i>)	16
2.4.1. Parafarmácias e Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	16
2.4.2. Medicamentos esgotados.....	16
2.4.3. Pandemia COVID-19	16
3. Casos Práticos.....	17
Considerações Finais.....	20
Referências Bibliográficas	21

Parte II - Relatório de Estágio no INFARMED, I.P.

Lista de Abreviaturas	24
Introdução	25
1. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - INFARMED, I.P.	25
1.1. Direção de Avaliação do Medicamento - Unidade de Manutenção no Mercado.....	26
2. Análise SWOT	28
2.1. Pontos Fortes (<i>Strenghts</i>).....	28
2.1.1. Formação Inicial e ao longo do estágio.....	28
2.1.2. Autonomia nas funções desempenhadas	28
2.1.3. Aplicação da Língua Inglesa.....	28
2.1.4. Vocabulário Técnico e Contacto com os TAIM e EME.....	29

2.1.5.	Aplicação de conhecimentos adquiridos em MICF.....	29
2.2.	Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>).....	29
2.2.1.	Ausência de contacto com as restantes Unidades e Direções	29
2.2.2.	Latência do Sistema Informático	30
2.2.3.	Teletrabalho.....	30
2.3.	Oportunidades (<i>Opportunities</i>).....	30
2.3.1.	Tele-estágio.....	30
2.3.2.	Contacto com ferramentas informáticas	30
2.4.	Ameaças (<i>Threats</i>).....	31
2.4.1.	Falta de Recursos Humanos.....	31
2.4.2.	Processos incompletos e/ ou morosos.....	31
	Considerações Finais.....	31
	Referências Bibliográficas.....	33
	Parte III Monografia “Farmácia, Medicamento e Novas Tecnologias – Questões Éticas e Sociais”	
	Lista de Abreviaturas	35
	Resumo	36
	Abstract	36
	Introdução.....	37
1.	Da Ética à Deontologia Farmacêutica.....	38
1.1.	Contexto da ética e moral.....	38
1.2.	Ética Médica e Bioética	39
1.3.	Deontologia Farmacêutica	40
2.	História da Farmácia e marcos históricos.....	42
2.1.	Medicina Pré-Técnica	42
2.2.	Antiguidade Clássica.....	43
2.3.	Idade Média (476-1453).....	43
2.4.	Renascimento.....	44
2.5.	Barroco.....	45
2.6.	Iluminismo.....	45
2.7.	Romantismo	45
2.8.	Positivismo.....	45
2.9.	Século XX.....	46
2.9.1.	Descobertas pós 1ª Guerra Mundial.....	46
2.9.2.	2ª Guerra Mundial e Ensaio Clínicos	47
2.10.	Época Contemporânea e a Ética	48
3.	Caso Particular: Contraceção e Interrupção Voluntária da Gravidez.....	49
3.1.	Contraceção Convencional	49

3.2. Contraceção de Emergência.....	50
3.3. Interrupção Voluntária da Gravidez	50
3.4. Uma questão não farmacêutica mas de repercussões farmacêuticas.....	51
4. A Atualidade.....	52
4.1. Atualidade - Novas Tecnologias e o Medicamento	52
4.2. A Atualidade - Papel do Farmacêutico	54
4.2.1. Dispensa do Medicamento	54
4.2.2. Produção do Medicamento	55
4.2.3. Monitorização do Medicamento.....	56
Conclusão e Perspetivas Futuras.....	57
Referências Bibliográficas	58

Parte I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia Quintans



Sob a orientação da Dra. Vera Lúcia Sobreiro Horta

Lista de Abreviaturas

COVID-19 – Doença do Coronavírus 2019

DT – Diretora Técnica

FQ – Farmácia Quintans

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

PIM – Preparação Individualizada da Medicação

PMM – Preparação de Medicamentos Manipulados

SNMA – Sifarma Novo Módulo de Atendimento

SNS – Sistema Nacional da Saúde

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

Introdução

O Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas (MICF) compreende uma componente curricular e uma componente de estágio, ambas obrigatórias. Para a obtenção do título de farmacêutico é necessário, segundo a Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, que no decurso ou no fim da formação teórica e prática, se realize um estágio em farmácia aberta ao público...”.¹

A atividade farmacêutica atual apresenta grandes desafios para o farmacêutico que, tem hoje, responsabilidades singulares na prestação dos cuidados de saúde, preconizando a garantia de um dos pilares no Serviço Nacional de Saúde (SNS): a acessibilidade ao medicamento e a equidade na prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos.

O presente relatório tem como objetivo fornecer uma visão geral do estágio desenvolvido em farmácia comunitária na Farmácia Quintans (FQ), entre 10 de janeiro e 22 de abril, sob a orientação da Dra. Vera Horta e colaboração da restante equipa. Primeiramente darei um contexto da FQ, em seguida, farei uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) do estágio e, por fim, tecerei algumas considerações finais sobre a minha experiência.

A escolha da FQ deveu-se, por um lado, à proximidade da minha zona de residência e, por outro, devido ao facto de já ter realizado nesta farmácia dois estágios extracurriculares no período de verão, influenciando a minha vontade de explorar melhor os serviços e particularidades deste estabelecimento.

I. Farmácia Quintans

A FQ abriu ao público em 1971 no centro da vila da Lourinhã, tendo celebrado em 2021 os seus 50 anos de existência. Situa-se, atualmente, na Rua 5 de Outubro e tem como proprietária e diretora técnica (DT) a Dra. Lara Marcos Nicolau.

O horário da farmácia de 2^a a 6^a feira é das 8.45h às 19.00h e sábado das 9.00h às 13.00h. Dado que na vila existem mais duas farmácias, a semana de serviço vai-se alterando entre as três, sendo que, de 3 em 3 semanas, o horário passa a ser de 2^a a Domingo, das 8.45h às 23.00h.

A FQ é constituída por uma equipa proativa, competente e multidisciplinar de doze elementos: seis farmacêuticos, entre os quais a DT, dois técnicos farmacêuticos e quatro técnicos auxiliares de farmácia.

A FQ oferece um vasto leque de serviços no seu espaço desde a indicação e dispensa de medicamentos e produtos de saúde; medição da tensão arterial; medição de parâmetros bioquímicos como a glicémia, colesterol, triglicéridos, INR e ácido úrico; aconselhamento farmacoterapêutico; preparação individualizada da medicação (PIM); monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) de 48h; administração de vacinas e injetáveis; preparação de medicamentos manipulados (PMM); testagem à doença do coronavírus 2019 (COVID-19). À parte dos serviços dispensados pelos elementos da equipa técnica da farmácia existe ainda no espaço a possibilidade da realização de consultas de podologia, nutrição, psicologia, fisioterapia e rastreios auditivos.

2. Análise SWOT

A análise SWOT permite uma análise global de uma determinada atividade, sendo uma ferramenta útil para avaliar e identificar potenciais ações de melhoria. Esta permitiu analisar os pontos fortes e os pontos fracos, durante a realização deste estágio, e avaliar o ambiente externo a este, ou seja, as oportunidades e as ameaças.²

2.1. Pontos Fortes (Strengths)

2.1.1. Localização da Farmácia

A FQ encontra-se localizada no centro da vila da Lourinhã, junto ao comércio local, com estacionamento próximo e ainda um lugar reservado para os utentes da farmácia. A farmácia dispõe de um grande número de utentes, a maior parte, fidelizados. Devido ao facto de sermos a única farmácia que, inicialmente, realizava testes de antigénio à COVID-19 denotou-se um aumento substancial do número de utentes que, pelo facto, de se deslocarem à farmácia para a realização dos testes, por vezes, acabavam por obter os seus medicamentos e produtos de saúde na FQ ao invés de se deslocarem a outra farmácia. O que me permitiu contactar com clientes não habituais, tendo aqui um papel importante na aproximação destes potenciais clientes à farmácia.

O horário que realizava, mais frequentemente, era dias úteis das 9h-18h e durante este período o movimento da farmácia era sempre elevado. Tive a oportunidade de estagiar também após este horário quando eramos a farmácia de serviço, até às 23h e em alguns fins-de-semana e feriados, o que me permitiu lidar com situações, utentes e fluxos diferentes tendo assim de ter uma boa capacidade de adaptabilidade e uma atitude flexível.

2.1.2. Equipa Técnica e Farmacêutica

Ter tido a oportunidade de realizar, anteriormente, estágios extracurriculares na FQ permitiu-me saber que era nesta farmácia que gostaria de realizar o meu estágio curricular não só pela simpatia e disponibilidade, mas também pelo exemplo de profissionalismo que sempre demonstraram. A equipa da FQ é constituída por doze elementos entre farmacêuticos, técnicos de farmácia e técnicos auxiliares de farmácia. Esta equipa caracteriza-se por ser experiente, multidisciplinar e dinâmica, o que me permitiu contactar com várias perspetivas e métodos de trabalho diferentes. Um ponto que considero muito positivo é que grande parte da equipa é fixa, ou seja, a rotatividade é baixa, o que é bastante positivo para um ambiente de confiança por parte dos utentes e de operacionalidade dentro da farmácia, dado que cada qual conhece bem as suas funções e responsabilidades. Todos os dias esta equipa faz por proporcionar ao utente o melhor acompanhamento e serviço farmacêutico, tendo por base os pilares de inovação e excelência. O uso racional do medicamento é visto como uma prioridade por todos os elementos e o foco central está no utente e nas suas necessidades. Destaco ainda os diferentes domínios de aconselhamento de cada um dos farmacêuticos dispõe, desde a puericultura, nutrição clínica, ortopedia, homeopatia, fitoterapia e cosmética, que me permitiram alargar um pouco mais os meus conhecimentos nestas áreas, ganhando uma maior polivalência.

2.1.3. Plano de estágio completo

Durante o período de estágio fui responsável e tive oportunidade de realizar múltiplas tarefas inerentes ao farmacêutico e ao trabalho diário numa farmácia comunitária. Primeiramente em *BackOffice*, onde tive oportunidade de rececionar as encomendas, organizar produtos reservados e arrumar produtos de saúde e medicamentos. Também tive oportunidade de desenvolver noções importantes para o bom funcionamento de uma farmácia, já lecionadas na unidade curricular de “Organização e Gestão Farmacêutica”, quer sobre a organização do espaço da farmácia, sobre a gestão dos produtos e *stocks* na farmácia.

Fui depois para o balcão sob a supervisão da minha orientadora ou, caso esta não se encontrasse disponível, de outro farmacêutico. Desde o início fui incentivada a estar no balcão autonomamente, sendo estimulada para a utilização do meu pensamento crítico durante a dispensa dos produtos bem como a posterior revisão e possíveis pontos de melhoria em alguns dos atendimentos. Ao longo do período de estágio fui sentindo uma melhoria significativa tanto da minha autonomia como no à vontade com o público, o que foi dando confiança e preparação para o papel de farmacêutico comunitário. Tive oportunidade, para

além desta função, de realizar outras funções como a PMM, PIM e a medição de parâmetros bioquímicos, sempre que me era solicitado.

2.1.4. Preparação de Medicamentos Manipulados

A FQ dispõe nas suas instalações de um pequeno laboratório onde é realizada a PMM. A PMM pode ser dividida em Fórmula Magistral, quando é preparado segundo uma receita médica que especifica o doente a quem se destina, ou um Preparado Oficinal quando o medicamento é preparado segundo indicações de uma Farmacopeia. Tive a oportunidade de assistir e colaborar na preparação de vários PMM como a suspensão oral de timetoprim a 1% e a pomada de ácido salicílico. O facto de já estarmos familiarizados com este tipo de preparações e as boas práticas que devemos ter no laboratório e na manipulação dos produtos ao longo do curso foi, sem dúvida, uma mais-valia para conseguir desempenhar a tarefa com confiança e profissionalismo. Neste tipo de preparação é necessário cumprir algumas regras como o preenchimento da ficha do manipulado e o cálculo do preço de venda dos medicamentos manipulados que é calculado tendo em conta o valor dos honorários da preparação, o valor das matérias-primas e o valor dos materiais da embalagem, segundo a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho.³ Poder contactar com esta tarefa da profissão farmacêutica, uma das funções exclusivas do farmacêutico na farmácia comunitária, foi sem dúvida uma mais-valia do meu estágio.

2.1.5. Contacto com o Software Sifarma 2000® e o Novo Módulo de Atendimento

A FQ utiliza, maioritariamente, o Sifarma® Novo Modelo de Atendimento (SNMA), um *software* desenvolvido para servir como ferramenta de gestão e atendimento da farmácia comunitária, um modelo desenvolvido pela Glintt assim como o Sifarma 2000®, a versão anterior a este. Tive a oportunidade de trabalhar com os dois modelos, o Sifarma 2000® e o SNMA, o que considero benéfico para o meu *knowhow*. Pelo facto de ser mais intuitivo e, considerar que visualmente conseguia alcançar de forma mais rápida a informação acabei por, na maioria dos atendimentos, recorrer à utilização do SNMA. Contudo, pelo facto de ser recente, encontra-se com alguns défices na funcionalidade e, portanto, sempre que necessário recorria ao Sifarma 2000® por forma a garantir que as minhas tarefas eram bem desempenhadas. O facto de já ter realizado um estágio extracurricular na FQ ajudou a que tivesse alguma facilidade com a utilização inicial dos *softwares*. Ao longo do estágio senti que

as minhas capacidades técnicas, relativamente à utilização destes, foi melhorando e com o tempo já se tornava muito automático.

2.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

2.2.1. Insegurança e inexperiência

Durante a minha experiência, enquanto estagiária, algo que tinha muito presente era o receio de estar a fazer algo errado, o que acabava muitas vezes por condicionar o atendimento ou os serviços que realizava. Perante o público sentia-me ansiosa durante o atendimento, principalmente, quando questionada sobre algum assunto sobre o qual não estava tão confortável, ou que ainda não dominava. Também durante a medição de parâmetros bioquímicos tinha algum receio que a minha técnica não fosse fluida o suficiente para transmitir confiança ao utente durante o serviço. À medida que o estágio se foi desenvolvendo e pelo acompanhamento e o encorajamento constante na minha autonomia, por parte da equipa, ganhei uma maior confiança no meu trabalho.

2.2.2. Dificuldade e nível de preparação

O plano de estudos de MICE é, sem dúvida, muito abrangente, permitindo uma aquisição de conhecimentos em diversas áreas. Contudo, ao longo do estágio, fui-me apercebendo de algum défice de preparação em alguns temas. As áreas do conhecimento em que senti mais dificuldades foram sem dúvida na área da cosmética e na veterinária. Numa farmácia os produtos de dermocosmética e cosmética são muito diversificados, com várias marcas e gamas diferentes. Apesar de na unidade curricular de “Dermofarmácia e Cosmética” termos abordado algumas marcas e estudado alguns produtos, é uma área muito densa e complexa, pelo que, apesar de nos dar uma base, existe muito para além do estudado, imensas marcas que variam na sua composição, o que se torna uma dificuldade, conseguir distingui-las e entregar o produto mais correto para a situação do utente. Na veterinária, apesar de na faculdade termos tido a unidade curricular de “Preparações de Uso Veterinário” o conhecimento adquirido centra-se muito nos parâmetros farmacocinéticos e nas formas farmacêuticas disponíveis no mercado o que não se adequa à realidade vivida na farmácia comunitária.

Outra das minhas dificuldades, enquanto estagiária, foi a associação do princípio ativo ao nome comercial do medicamento. Durante o curso aprendemos e conhecemos profundamente imensos fármacos, contudo, no ambiente profissional, muitas vezes, os utentes

referem apenas o nome comercial, o que me deixou desconfortável pelo facto de não estar familiarizada com os termos.

Ao longo do estágio estas duas temáticas foram sendo um desafio mas com o tempo, quer pela familiarização com os produtos através da dispensa, pela arrumação, quer pela ajuda dos elementos da equipa da farmácia, estas dificuldades acabaram por ser apaziguadas.

2.2.3. Realização testes de antígeno à COVID-19

Devido ao facto de, no início do meu estágio, a FQ ser a única do concelho a realizar testes de antígeno à COVID-19 e, por outro lado, serem gratuitos e de fácil acesso, a quantidade de pessoas a deslocar-se à farmácia, exclusivamente, para a realização de testes ou esclarecimento de alguma dúvida sobre a doença era elevado. Muitas vezes, os atendimentos eram baseados apenas no preenchimento do consentimento informado e das informações necessárias à realização do teste. Isto levou a que a variabilidade de experiências no atendimento no início do meu estágio fosse baixa e, conseqüentemente, senti que numa fase posterior onde já deveria estar mais confortável no atendimento ainda não o estava. Depois da realização dos testes passar para um estabelecimento da Câmara Municipal, mais ao menos a meio do estágio, as experiências no atendimento começaram a ter uma maior diversidade e a aprendizagem começou a ser mais diversa e completa.

2.3. Oportunidades (*Opportunities*)

2.3.1. Formações Presenciais e Virtuais

Durante o meu estágio tive a oportunidade de realizar diversas formações tanto presenciais na FQ como virtuais, através do envio da DT para o meu *e-mail* pessoal dos *links* de diversas formações. A FQ era visitada, recorrentemente, por Delegados de Informação Médica ou mesmo formadores que nos forneciam informações sobre os vários produtos da marca. Tive oportunidade de ter várias formações presenciais, como por exemplo, da Nestlé, da Aveeno e da Isdin.

Algo que a pandemia trouxe de útil foi o desenvolvimento da parte virtual, o que me permitiu ter acesso a formações às quais de outra forma não poderia ter, através de *webinars*. Isso fez com que quase todas as semanas existissem formações às quais tive oportunidade de assistir nas mais diversas áreas. Destaco a oportunidade que a FQ me facultou de realizar um curso de Especialização em “*Marketing e Gestão de Clientes da Farmácia*” através da associação Farmacêuticos com Asas, totalmente em formato *online*.

Todas as formações e momentos de aprendizagem foram, sem dúvida, uma mais-valia para o meu crescimento profissional e serão muito úteis no meu futuro enquanto farmacêutica.

2.4. Ameaças (*Threats*)

2.4.1. Parafarmácias e Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Uma das maiores ameaças durante o período de estágio, mas também, das farmácias no geral, é o facto de os MNSRM (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica) serem comercializados fora das farmácias. Como mencionei, inicialmente, algo que os elementos da equipa técnica estão cientes é do uso racional do medicamento. Ora a venda deste tipo de produtos em estabelecimentos que, muitas vezes, não tem ninguém com as competências para auxiliar na escolha do produto mais indicado para a situação ou para informar sobre os riscos da toma de um determinado medicamento ou produto de saúde pode gerar situações em que o doente não se medica corretamente para o problema que tem, utiliza da forma errada o produto ou não tem em atenção os riscos do medicamento, podendo ocorrer numa situação de perigo para a sua saúde.

2.4.2. Medicamentos esgotados

As farmácias lidam, no seu dia a dia, com situações de medicamentos esgotados. Esta situação é prejudicial para os utentes, principalmente, em situação de toma prolongada dos medicamentos ou de medicamentos que necessitam de desmame, porque coloca em causa o bem-estar e a saúde da pessoa. Do lado do farmacêutico por vezes, é possível explicar a situação ao utente e aconselhar-lhe um genérico ou outro laboratório, ou noutros casos, que se deve dirigir ao médico para que este possa substituir a medicação e a pessoa é recetiva. Noutros casos, o cliente fica insatisfeito e é uma situação desagradável para o farmacêutico, dado que o atendimento se torna bastante complicado e acaba por degradar a relação de confiança entre farmacêutico-utente.

2.4.3. Pandemia COVID-19

A pandemia COVID-19 obrigou, desde o início, a várias medidas. Durante o meu estágio a obrigatoriedade de acrílicos e máscaras de proteção individual, ainda se encontrava em vigor, pelo que dificultavam a comunicação entre o utente e o farmacêutico. Muitas farmácias deixaram de realizar também noites de serviço, o que leva a que a população local

se tenha de deslocar a sítios mais distantes e a rápida acessibilidade do cidadão a um estabelecimento de saúde pode ficar comprometida.

3. Casos Práticos

Caso Prático I

F.A, utente do sexo feminino com cerca de 50 anos, saudável, apresenta-se na farmácia com sintomas de dor e prurido associada a pequena hemorragia após evacuação e prolapso, além disto, diz que está com prisão de ventre e que as suas fezes estão duras. Solicita algo que lhe alivie as dores, amoleça as fezes e facilite a evacuação. Percebi que se tratava de uma situação de crise hemorroidária associado a uma situação de obstipação.

Para o tratamento da hemorróida como medidas não farmacológicas aconselhei evitar a utilização papel higiénico dando preferência a água morna, principalmente, quando se encontra em casa ou toalhetas higiénicas para uma limpeza suave, aconselhei as toalhetas hemofarm com extratos vegetais de aloé vera, hamamelis e castanha-da-índia. Para além disto, para ajudar tanto nesta situação como na obstipação aconselhei maior ingestão de água e uma dieta mais rica em fibras, aconselhei a evitar ficar sentada por longos períodos e à prática de atividade física mais recorrente. Para o tratamento farmacológico das hemorróidas indiquei a pomada neoFitoroiD⁴, esta é um dispositivo médico com helidol que é uma patente de um anti-inflamatório e analgésico natural; malaleuca, com ação bactericida; com óleos essenciais, que têm propriedades regeneradoras, anti-sépticas e lubrificantes e menta com uma ação calmante e refrescante. Além disso, recomendei a toma de bioflavonóides que são indicados para o tratamento sintomático das crises hemorroidárias, aconselhando a toma do Daflon[®]1000⁵, MNSRM, conforme as informações do medicamento nos primeiros 4 dias à toma de 1 comprimido 3 vezes por dia, depois nos 3 dias seguintes à toma de 1 comprimido 2 vezes ao dia e depois continuar com a dose de manutenção de 1 comprimido por dia até ao fim da caixa. Já na obstipação recomendei a toma do DulcoSoft[®], solução oral⁶, um dispositivo médico com macrogol 4000, polímero de elevado peso molecular que permite uma grande chamada de água, para um alívio suave ao amolecer as fezes duras e facilitar a evacuação.

No fim, alertei-a para o facto de que se não existisse remissão dos sintomas deveria consultar um médico a fim de ser examinada para a possível identificação de outros problemas anais.

Caso Prático 2

A.M, utente do sexo masculino de cerca de 30 anos, saudável, dirigiu-se à farmácia porque tinha pequenas bolhas no lábio.

Questionei o A.M. se sentia dor ou comichão no local, ao qual A.M. respondeu que sim, sentia um formigueiro e tinha muita vontade de coçar o lábio. Depois questionei se já tinha tido herpes labial anteriormente. A.M confirmou que sim e que já não tinha há algum tempo.

Recomendei-lhe um antiviral, o Aciclovir para combater o vírus com associação de um corticoesteróide, a hidrocortisona, para ajudar a diminuir o inchaço, vermelhidão e prurido associado à inflamação. Informe-o sobre a posologia do Zovirax Duo® 50 mg/g + 10 mg/g: 5x ao dia, durante 5 dias. Alertei-o para o facto de que se não existissem melhorias ou se os sintomas piorassem mais de 5 dias após terminar o tratamento, deveria consultar o seu médico. A.M. aceitou a sugestão e disse que na última vez utilizou o mesmo produto e que tinha ajudado bastante no processo de cura. Para além das medidas farmacológicas, recomendei que tivesse alguns cuidados, visto ser contagioso como não beijar e não partilhar objetos que entrem em contacto com as lesões do herpes como batons, lenços. E a fim de não aumentar a inflamação evitar alimentos picantes ou ácidos e tocar na zona, mantendo-a o mais limpa possível. Alertei também para o grande risco de contágio para outras zonas do rosto, principalmente a zona ocular que pode originar complicações graves na visão.⁷

Caso Prático 3

M.L, utente do sexo feminino cerca de 20 anos, saudável, dirige-se à farmácia solicitando um antibiótico para a infeção urinária que lhe tinha sido prescrito pelo médico. Indicou que já não era a primeira vez que tinha tido uma infeção urinária e que estava interessada em adquirir algo que ajudasse na manutenção do equilíbrio do trato urinário.

Dispensei o antibiótico, neste caso, a utente optou pela Fosfomicina Monuril®⁸, de 1 saqueta. Alertei para o facto de que a absorção deste antibiótico é condicionada pelos alimentos, pelo que a sua toma deveria ser realizada 2-3 horas antes ou 2-3 horas depois da refeição, dissolvido num copo de água e tomado de imediato.

Depois sugeri o suplemento alimentar SymbiosisCystalia®⁹. Este tem na sua composição estirpes bacterianas que contribuem para a manutenção do equilíbrio da microbiota associadas ao arando vermelho, que impede a fixação da bactéria ao trato urinário.

Recomendei a toma diária, ao início da manhã, de uma saqueta, sem a necessidade de água, até ao fim da caixa, ou seja, 30 dias.

Como medidas não farmacológicas recomendei o aumento da ingestão de água, no mínimo 2 litros por dia, que a utente confessou que não fazia; a ida à casa-de-banho a seguir à relação sexual; manter uma higiene íntima adequada; evitar roupa apertada e utilizar roupa íntima de algodão.

Caso Clínico 4

O.T, utente do sexo masculino com cerca de 40 anos, dirige-se à farmácia para realizar um teste de antigénio à COVID-19. Dei entrada ao senhor e cerca de 20 minutos depois o utente voltou à farmácia para levantar o seu resultado. Este apresentava alguma tosse mas o resultado era negativo. Questionei o senhor se este era o primeiro teste que fazia, o qual respondeu que não, que fizera antes um auto-teste em casa e também tinha dado negativo e, por esse motivo, tinha-se dirigido à farmácia, para confirmar porque estava com tosse há cerca de 3 dias.

Continuei a fazer questões, primeiramente se sentia mais algum sintoma como dor de cabeça, dispneia ou dificuldade em respirar. O O.T. respondeu que não, que o único sintoma era de facto tosse e que esta era seca. Depois, questionei se tomava algum tipo de medicação. O.T respondeu negativamente. Questionei se costumava ter alergias, a resposta também foi negativa. Por fim se era fumador ou se a sua profissão implicava lidar com pó. A ambas as questões a resposta foi negativa.

Tendo em conta este questionário acabei por aconselhar um antitússico. Bissoltussin® Tosse Seca¹⁰, em xarope, por preferência do utente, 10 ml de 4 em 4 horas. Este é um antitússico, com dextrometorfano que atua ao nível do centro da tosse, inibindo-o e é indicado para o tratamento sintomático da tosse irritativa e seca. Aconselhei ainda algumas medidas não farmacológicas: aumentar a ingestão de água e à ingestão de bebidas quentes como infusão com mel e limão para acalmar as vias respiratórias. E se, durante a noite, a tosse estivesse a incomodar para elevar a cabeceira da cama. Por fim, alertei-o para o caso de que se a tosse não passasse nos próximos 5 dias deveria dirigir-se ao médico.

Caso Clínico 5

B.S, utente do sexo feminino com cerca 20 anos, dirige-se à farmácia com intenção de adquirir a pílula do dia seguinte. Questionei a utente há quanto tempo tinha ocorrido a relação

sexual de risco, a qual respondeu que tinha acontecido no dia anterior. Questionei ainda se utilizava algum tipo de contraceção e a utente respondeu que apenas o preservativo, mas que tinha rompido e que não deram conta.

Dispensei Postinor®, um comprimido de toma única de 1,5 mg de Levonorgestrel, Contraceção Oral de Emergência (COE), com o objetivo de evitar uma gravidez indesejada. Referi a importância da toma o mais rapidamente possível dado a sua eficácia ser tanto maior quanto menos tempo tiver passado da relação sexual. Alertei para a possibilidade de alguns sintomas como náuseas, diarreia, dores de cabeça ou um atraso na menstruação seguinte serem comuns e recomendei que a utente continuasse a utilizar um método contraceutivo barreira, como o preservativo. Por fim, alertei a B.S. que se vomitasse nas 3h seguintes à toma do medicamento, esta deveria repetir a toma do mesmo. ¹¹

Considerações Finais

A realização deste estágio em farmácia comunitária fez-me, sobretudo, compreender e valorizar o farmacêutico comunitário. As farmácias são o estabelecimento de saúde mais próximo do cidadão, tendo um papel importantíssimo na garantia e promoção da saúde e bem-estar dos seus utentes. Na pandemia, destacou-se o papel do farmacêutico e da farmácia, pois estes foram um grande auxílio ao SNS, não só pela realização de testes de antigénio, como pela divulgação de informação e auxílio nas dúvidas da população.

O estágio foi fundamental para a aplicação do meu conhecimento, apreendido durante o período de 5 anos no MICF. Tive a possibilidade de consolidar os conhecimentos adquiridos e de, por outro lado, explorar melhor algumas áreas do meu interesse.

Considero que evolui muito enquanto futura profissional farmacêutica durante o período de estágio pois todos os dias me desafiei, aprendi coisas novas e senti que a minha confiança e a minha motivação ao longo do estágio foram aumentando.

Em suma, gostaria de fazer um balanço positivo em relação a este estágio e deixar o meu agradecimento à equipa da Farmácia Quintans que me acompanhou e auxiliou nesta minha primeira experiência como farmacêutica.

Referências Bibliográficas

1. PARLAMENTO EUROPEU E CONSELHO – **Diretiva 2013/55/UE, de 20 de novembro de 2013.** [Acedido a 7 de maio de 2022]. Disponível em: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=SV>
2. Comissão Setorial para a Educação e Formação; Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior - **Análise SWOT do Ensino Superior Português: oportunidades, desafios e estratégias de qualidade.** Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014. 978-989-26-0830-3
3. MINISTÉRIOS DA ECONOMIA E DA SAÚDE – Portaria n. o 769/2004, de 1 de julho. [Acedido a 7 de maio de 2022]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/769/2004/07/01/p/dre/pt/html>
4. Aboca – **NeoFitoroid Biopomada.** [Acedido a 17 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.aboca.com/pt-pt/produto/neofitoroid-biopomada-2/>
5. Daflon 1000 – **Doença Hemorroidária.** [Acedido a 17 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.daflon.pt/doenca-hemorroidaria/>
6. Sanofi – **DulcoSoft.** [Acedido a 17 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.dulcolax.pt/dulcosoft#saiba-mais>
7. INFARMED – **Zovirax Duo 50 mg/g e 10 mg/g creme – Resumo das Características do Medicamento.** [Acedido a 29 de abril de 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
8. INFARMED – **Fosfomicina Monuril – Resumo das Características do Medicamento.** [Acedido a 13 de abril de 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
9. Symbiosys – **Symbiosys Cystalia.** [Acedido a 13 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.symbiosys.com/pt-pt/symbiosys-cystalia>
10. Sanofi – **Bissoltussin Tosse Seca.** [Acedido a 29 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.bisolvon.pt/tosse-seca/bisoltussin-tosse-seca>

11. **INFARMED – Postinor 1500 microgramas comprimido – Resumo das Características do Medicamento.** [Acedido a 2 de maio de 2022] Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Parte II

Relatório de Estágio no INFARMED, I.P.

Direção de Avaliação do Medicamento (DAM)



Sob a orientação da Dra. Dina Lopes

Lista de Abreviaturas

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

ARM – Assuntos Regulamentares do Medicamento

CTS – *Communication and Tracking System*

DAM – Direção de Avaliação de Medicamentos

EME – Estados Membros Envolvidos

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

GIMED – Gestão de Informação de Medicamentos

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

SGQ – Sistema de Gestão de Qualidade

SMUH-ALTER – Submissão de Pedidos de Alteração do Sistema de Gestão de Medicamentos de Uso Humano

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAIM – Titulares de Autorização de Introdução no Mercado

UAC – Unidade de Avaliação Científica

UEC – Unidade de Ensaio Clínicos

UMM – Unidade de Manutenção no Mercado

Introdução

A Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC) contempla no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) a oportunidade dos alunos realizarem um estágio curricular numa área do seu interesse dentro das Ciências Farmacêuticas, além do estágio obrigatório em Farmácia Comunitária ou Farmácia Hospitalar.

Uma das áreas abrangidas são os Assuntos Regulamentares do Medicamento (ARM), área que ao longo do curso me foi despertando interesse, desde as suas primeiras noções no 4º ano, na unidade curricular de “Assuntos Regulamentares do Medicamento” até à opcional que acabei por escolher no 5º ano “Gestão de Processos Regulamentares”. O meu contacto durante o plano de estudos com esta área conduziu-me à escolha da opção de realizar o meu estágio em ARM. Considerei benéfico para o meu percurso profissional realizar esta experiência na Direção de Avaliação de Medicamentos (DAM) na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - INFARMED, I.P. , doravante designado por Infarmed.^{1 2}

O presente relatório visa fornecer uma visão geral do estágio desenvolvido em ARM na Unidade de Manutenção no Mercado (UMM) na DAM, no Infarmed, entre o dia 3 de maio e o dia 29 de julho, sob a orientação da Dra. Dina Lopes e colaboração de toda a equipa da UMM - DAM. Primeiramente, irei contextualizar a instituição e a direção onde fui inserida, de seguida, farei uma análise SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*) do estágio e, por fim, tecerei algumas considerações finais sobre a minha experiência.

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

O INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, foi criado em 1993 e encontra-se sediado no Parque da Saúde, em Lisboa. Este instituto é administrado indiretamente pelo Estado, uma vez que é um instituto público de regime especial, tendo autonomia administrativa, financeira e património próprio.²

O Infarmed é responsável pela supervisão e regulação do sector de medicamentos de uso humano e de produtos de saúde garantindo a sua segurança, eficácia e qualidade, de forma que a proteção da saúde pública seja garantida.²

O Infarmed é constituído pelo conselho diretivo, 4 órgãos consultivos e por diversas unidades orgânicas, subdivididas em áreas de atribuição e áreas de gestão, estruturadas e organizadas segundo o organograma abaixo disposto(Figura 1).³

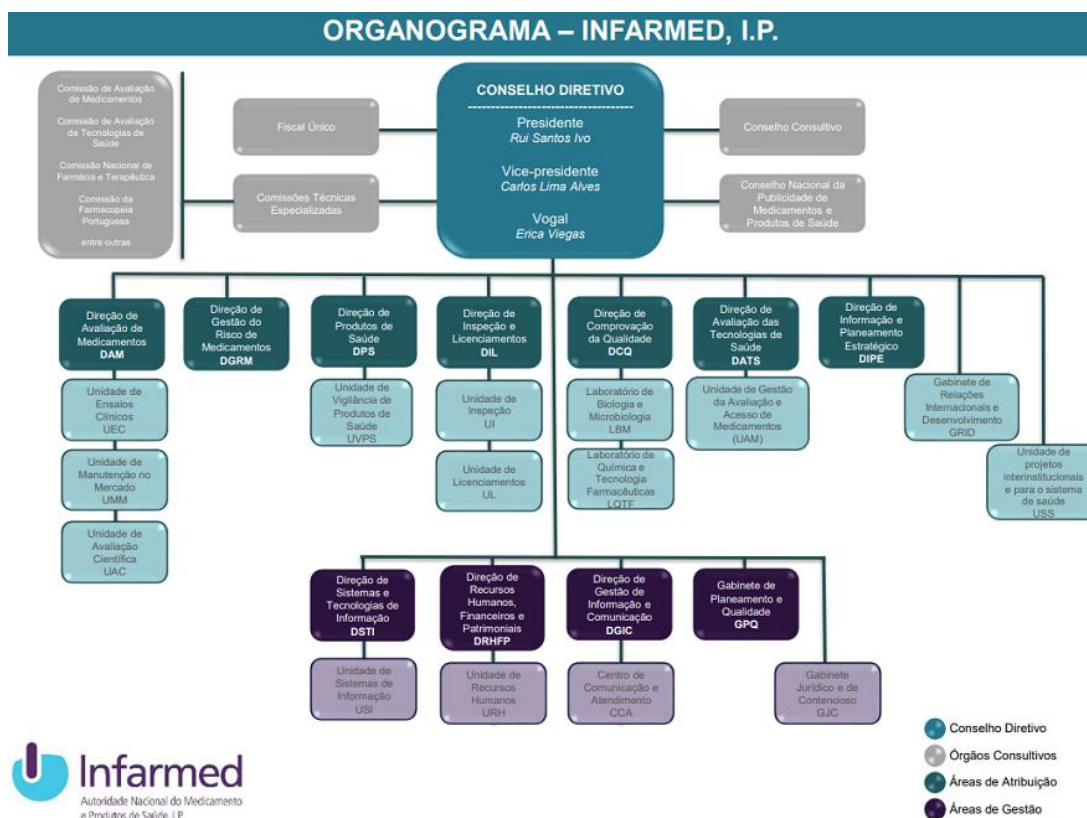


Figura I - Organograma do INFARMED, I.P. ³

I.1. Direção de Avaliação do Medicamento - Unidade de Manutenção no Mercado

O meu estágio curricular realizou-se na UMM que integra a DAM juntamente com a Unidade de Ensaios Clínicos (UEC) e a Unidade de Avaliação Científica (UAC) como é possível visualizar no organograma (Figura I). A DAM, dirigida pela Dra. Marta Marcelino, tem a função de “assegurar as atividades necessárias aos procedimentos de registo, avaliação da sua eficácia, segurança e qualidade, e de autorização de introdução no mercado de medicamentos de uso humano e à sua manutenção no mercado, bem como a gestão desses procedimentos”. ³

Dentro da DAM existem diversas unidades, durante o meu estágio fiquei alocada, juntamente com os 4 colegas da FFUC que realizaram o estágio, na UMM, dirigida pelo Dr. Rui Vilar, que é responsável por toda a atividade relacionada com medicamentos já registados ou com Autorização de Introdução no Mercado (AIM), de forma a que os *dossiers* possam sofrer alterações, renovações ou revogações/declarações de caducidade de AIM sem que a segurança dos doentes, a eficácia ou qualidade dos medicamentos sejam comprometidas. O estágio curricular foi realizado em regime híbrido, ou seja, foi-nos dado a liberdade de realizar

as tarefas em casa ou nas instalações do Infarmed, sendo aconselhado deslocar-nos ao Parque da Saúde às segundas e terças-feiras e os restantes dias poderíamos estagiar a partir de casa, dado que a equipa responsável se encontrava em teletrabalho.

O estágio foi iniciado com um período de formação em que tivemos oportunidade de, por um lado, ter uma visão geral dos assuntos regulamentares, alguma regulamentação associada ao medicamento e quais os procedimentos possíveis na gestão de processos AIM. Foi-nos, ainda, apresentado a forma de funcionamento do Infarmed e o seu Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ). Por fim, iniciámos as formações mais específicas para as funções que iríamos desempenhar ao longo do estágio com os responsáveis, bem como a apresentação das plataformas que iríamos utilizar no desempenho destas: Submissão de Pedidos de Alteração do Sistema de Gestão de Medicamentos de Uso Humano (SMUH-ALTER); *Communication and Tracking System* (CTS) e a base de dados de Gestão de Informação de Medicamentos (GIMED).

Finalizadas as várias formações demos início à parte prática. Iniciei as tarefas como Gestora de Processos de Alterações de AIMs. Consoante o nível de risco para a saúde pública e as repercussões na qualidade, segurança e eficácia do medicamento, uma alteração aos termos da AIM pode ser classificada como alteração menor de tipo IA ou alteração maior de tipo II, ou ainda, alteração menor de tipo IB, caso não se enquadre nas de tipo IA ou nas renovações.⁵ Primeiramente, tive a oportunidade de gerir e avaliar as alterações tipo IA, depois passei à avaliação e gestão de alterações do tipo IB e, por fim, tive a oportunidade de gerir e avaliar algumas alterações do tipo II, as renovações reduzidas. A minha função ao longo dos 3 meses de estágio consistiu, essencialmente, em conferir a documentação e garantir que esta estava correta e que foi bem submetida; aquando da existência de textos (como o Resumo das Características do Medicamento ou o Folheto Informativo), confirmar que as modificações tinham sido corretamente aplicadas e, por fim, garantir que, quando existia calendário, este era cumprido. Tudo isto em permanente contacto com os Titulares de Autorização de Introdução no Mercado (TAIM) e com os Estados Membros Envolvidos (EME), garantindo que todos estavam a par do processo.

2. Análise SWOT

A análise SWOT permite uma análise global de uma determinada atividade, sendo uma ferramenta útil para avaliar e identificar potenciais ações de melhoria. Esta permitiu analisar os pontos fortes e os pontos fracos, durante a realização do estágio curricular e, avaliar o ambiente externo a este, ou seja, as oportunidades e as ameaças. ⁴

2.1. Pontos Fortes (*Strenghts*)

2.1.1. Formação Inicial e ao longo do estágio

Não só no início, mas ao longo de todo o estágio, fomos tendo oportunidade de receber formação relacionada com a área dos ARM, com o Infarmed e a sua função, bem como associada às funções que iríamos desempenhar ao longo do estágio. Foi muito benéfico poder estar em constante atualização do meu conhecimento. Senti que fomos aprendendo e aprofundando o conhecimento ao longo do estágio, sendo desafiados e aplicando esses conhecimentos à medida que eram lecionados e com o tempo de consolidação necessário.

2.1.2. Autonomia nas funções desempenhadas

Senti que durante o estágio nos foi dada total autonomia para organizarmos o nosso tempo e as tarefas que nos eram propostas, com flexibilidade e distribuindo os processos da forma que preferíssemos. Éramos responsáveis pela organização do nosso dia-a-dia e foi bom sentir a confiança que era transmitida, por parte da equipa, no nosso trabalho. Desde o início do processo até ao final, fosse este complexo ou simples, tivéssemos que entrar em contato com os TAIM ou tivéssemos de consultar *guidelines*, regulamentos ou outro tipo de documento, a equipa estimulava-nos a termos *mindset* de resolução de problemas e a ter uma atitude proativa e responsável.

2.1.3. Aplicação da Língua Inglesa

Quer os documentos, quer as comunicações, principalmente via *e-mail*, eram realizados na língua inglesa com os TAIM e os EME, o que fazia com que a aplicação da língua inglesa fosse crucial. Apesar do meu nível de inglês ser bom e durante o curso sermos incitados à aprendizagem da língua inglesa, por exemplo, através da leitura de artigos científicos, ajudando bastante na leitura de documentação, a parte da comunicação raramente foi aplicada e, portanto, ter a oportunidade de aplicar diariamente o inglês nas minhas comunicações

permitiu-me começar a sentir mais confiança em manobrar esta língua.

2.1.4. Vocabulário Técnico e Contacto com os TAIM e EME

Adequar o vocabulário e a forma como redigimos no contacto com os TAIM e EME foi, no início, um desafio porque são imensos elementos novos e quase todas as comunicações têm alguns requisitos que devem ser cumpridos para a uniformização do contacto por parte do Infarmed.

O vocabulário técnico da área dos ARM foi, também, um desafio em termos de aprendizagem dado que tem imensos vocábulos específicos. Ao longo do estágio, fui-me familiarizando com os vários termos e as várias regras na comunicação com os requerentes e as entidades dos países envolvidos e percebo que foi sem dúvida uma mais-valia para o meu crescimento profissional conseguir entender e saber aplicar, atualmente, estas especificidades da área.

2.1.5. Aplicação de conhecimentos adquiridos em MICF

Durante o MICF fomos abordando conceitos essenciais da área dos ARM na unidade curricular de 4º ano obrigatória “Assuntos Regulamentares do Medicamento” que me ajudaram e permitiram durante o estágio sentir-me mais à vontade e mais confiante pelo facto de já ter tido um contacto prévio com os conceitos específicos da área. Já na opcional de 5º ano de “Gestão de Processos Regulamentares” tive oportunidade de explorar um pouco mais da área e realizar casos práticos que senti que tiveram muita utilidade depois no desempenho das minhas funções. Todo este percurso fez com que sentisse a importância das bases do curso para esta área da profissão farmacêutica.

2.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

2.2.1. Ausência de contacto com as restantes Unidades e Direções

Considerarei uma desvantagem o facto de, ao longo do estágio, não existirem oportunidades de conhecer outras unidades e outros departamentos. No início do estágio foi-nos comunicado que haveria uma sessão de abertura de forma a ser-nos dado a conhecer as instalações, os setores do Infarmed e os outros colegas, como acontece todos os anos. Contudo esta sessão, apesar da tentativa por parte dos Recursos Humanos, acabou por não ocorrer. Teria sido interessante ter uma noção das restantes áreas e das funções desempenhadas pelas outras equipas.

2.2.2. Latência do Sistema Informático

Foram diversas as vezes em que o sistema esteve em baixo ou que existiam paragens dos programas, sendo impossível durante esse período desenvolver as tarefas propostas dado que todo o nosso estágio foi realizado por meio informático. Tornava-se, por vezes, frustrante e, foi de facto, um ponto menos positivo durante a realização do estágio.

2.2.3. Teletrabalho

O facto do Infarmed e, muitas instituições e empresas do país se encontrarem numa fase de mudança em termos de regime de trabalho, faz com que estejamos todos num período de adaptação à nova realidade do teletrabalho e que as equipas se encontrem em fase de ambientação. Ora esta situação criava por vezes dificuldades no contacto com a equipa, sendo que era necessário esclarecer as dúvidas rapidamente para conseguir dar seguimento ao processo e o contacto à distância dificultava esta situação.

2.3. Oportunidades (*Opportunities*)

2.3.1. Tele-estágio

O facto de existir, durante o estágio, a oportunidade de realizar as tarefas por tele-estágio foi uma mais-valia pois permitiu-me conhecer esta forma de trabalho e desenvolver valências de comunicação, aquisição de competências nestas plataformas (*Cisco Jabber* e *Webex*) e organização de tarefas autonomamente, que me vão ser com certeza muito úteis durante o meu percurso profissional, dado que cada vez mais empresas optam por modelos de regime híbrido ou mesmo pelo teletrabalho.

2.3.2. Contacto com ferramentas informáticas

Ter a oportunidade de utilizar ferramentas informáticas como os *softwares* internos do Infarmed, as bases de dados deste e mesmo ferramentas como o *excel* ou o *word* dotaram-me de novas valências e da oportunidade única de, se um dia enveredar na área de ARM, ou áreas em que seja necessário trabalhar com o CTS, o GIMED, o SMUH-ALTER, apresentar conhecimento e vantagem competitiva.

2.4. Ameaças (Threats)

2.4.1. Falta de Recursos Humanos

Durante o estágio no Infarmed, fui percebendo que a quantidade de trabalho para os recursos humanos da DAM-UMM disponíveis é desproporcional. As tarefas e responsabilidades eram imensas e as pessoas para as desempenhar acabavam por ter muitas vezes trabalhos pendentes mesmo dando o melhor de si. Além disso, o facto de existirem novos elementos na equipa também dificultava a fluidez do trabalho. Durante o meu estágio curricular encontrava-se aberto o concurso público para alguns postos no Infarmed. Ora esse facto, é sem dúvida uma oportunidade para que esta ameaça possa ser apaziguada.

2.4.2. Processos incompletos e/ ou morosos

Diversos processos com os quais contactei encontravam-se parados ou atrasados por várias situações: gestores que já não se encontram no Infarmed; invalidações de outros países ou falta de resposta por parte do TAIM às questões colocadas pela entidade reguladora. Isto condiciona o trabalho dos colaboradores do Infarmed, levando a demoras, por vezes, de processos simples.

Considerações Finais

Foi um estágio que me despertou imenso interesse e que me entusiasmou desde o momento em que candidatei. Durante esta experiência tive a oportunidade de conhecer uma nova área farmacêutica e a realidade vista do lado da entidade reguladora.

Em perspetiva, durante o estágio tive a oportunidade de desenvolver o meu conhecimento, através das várias formações desenvolvidas ao longo dos 3 meses. Consegui também aprender a linguagem e o vocabulário utilizado nesta área, assim como desenvolver as minhas capacidades na língua inglesa. Como em todas as experiências existem sempre pontos que não são tão positivos, as constantes falhas informáticas condicionaram o desenvolvimento das tarefas assim como, por vezes, a falta de resposta por parte da equipa responsável.

Como oportunidades foi muito relevante e será, provavelmente, no futuro uma mais-valia este contacto inicial com o teletrabalho, percebendo e aprendendo as técnicas para o bom desempenho deste regime de trabalho tão recente. Identifiquei ainda algumas ameaças que podem vir a afetar o desempenho do pessoal no Infarmed, desde logo a falta de recursos

humanos que condiciona o desenvolvimento do trabalho, assim como os processos morosos e sem resposta.

No geral, foi sem dúvida uma experiência muito positiva e deixo o meu agradecimento à equipa da UMM-DAM que me acompanhou durante os 3 meses de estágio. Levo não só muita bagagem profissional pelo facto de ter aprendido novos conceitos, novos métodos de trabalho e a resiliência, vontade de aprender coisas novas e de gestão de tempo e de tarefas. Por fim, considero que me dará uma vantagem competitiva no meu futuro profissional.

Referências Bibliográficas

1. Universidade de Coimbra – **Cursos/FFUC/Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas**. [Acedido a 29 de junho de 2022]. Disponível em: https://apps.uc.pt/courses/PT/programme/1172/20222023?id_branch=21781#branch-2178
2. INFARMED – **Apresentação**. [Acedido a 29 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/apresentacao>
3. INFARMED – **Estrutura e organização**. [Acedido a 29 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/estrutura-e-organizacao>
4. Comissão Setorial para a Educação e Formação; Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior – **Análise SWOT do Ensino Superior Português: oportunidades, desafios e estratégias de qualidade**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014. 978-989-26-0830-3
5. Regulamento (CE) N.º 1234/2008 da Comissão, de 24 de novembro de 2008, relativo à análise das alterações dos termos das autorizações de introdução no mercado de medicamentos para uso humano e medicamentos veterinários, alterado pelo Regulamento (UE) n.º 712/2012 da Comissão de 3 de agosto de 2012 – **Jornal Oficial da União Europeia**. (2008) I–32.

Parte III

Monografia

**“Farmácia, Medicamento e Novas Tecnologias – Questões
Éticas e Sociais”**

Sob a orientação do Doutor Professor João Rui Couto da Rocha Pita

Lista de Abreviaturas

a.C – antes de Cristo

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral da Saúde

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EC – Ensaio Clínicos

EUA – Estados Unidos da América

ICH – *International Conference on Harmonization*

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDS – Pílula do Dia Seguinte

séc. – século

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

URM – Uso Racional do Medicamento

WMA – *World Medical Association*

Resumo

As questões éticas e sociais são consideradas fundamentais no domínio da investigação e das profissões da saúde. O farmacêutico, como profissional de saúde, tendo por base o seu código deontológico e outros princípios universais deve assumir a responsabilidade da aplicação dos princípios éticos, a bem da defesa da saúde e dignidade do doente e em benefício da segurança do medicamento.

A presente monografia pretende, em primeiro lugar, fazer uma contextualização da ética e da moral, sobretudo, no plano da saúde. Depois faz um breve historial da farmácia e do medicamento mostrando-se o valor histórico da profissão farmacêutica, projetando-se o futuro. Por fim, pretende analisar a atualidade do medicamento e das novas tecnologias, estudando os dilemas morais e éticos que estes acrescentaram ao campo das ciências e, em particular, da farmácia.

Palavras-chave: Ética, Bioética, Deontologia Farmacêutica, História da Farmácia, Medicamento, Novas Tecnologias.

Abstract

Ethical and social concerns are regarded as fundamental in the research and health professions. Based on his code of ethics and other fundamental principles, the pharmacist must assume responsibility for applying health principles defending the patient's dignity and health and the safety of the medicines.

This monograph intends to contextualize ethics and morals, particularly in relation to health. Then, a brief introduction to the pharmacy and the medicine itself, the pharmacy's historical significance, and a look into the future. Lastly, I plan to examine the reality of medicine and new technologies, focusing on the moral and ethical dilemmas that these developments add to the field of science and pharmacy in particular.

Keywords: Ethics, Bioethics, Pharmaceutical Deontology, History of Pharmacy, Medicine, New Technologies.

Introdução

A ciência, na qual se incluem as ciências farmacêuticas, para além de dilemas científicos, devido ao impacto direto que cria na vida do ser humano, origina problemas morais e éticos, desde o início da História da Humanidade. ¹

“...dir-se-á que a ética é a dimensão metafísica e a moral a ciência prática que estuda e formula os deveres.” ² A ética estuda a forma como o Homem faz uma reflexão crítica para a tomada de decisões, segundo as leis e costumes de uma determinada sociedade. Intimamente ligada à ética encontra-se a moral que define as ações humanas classificando-as como corretas ou erradas. ¹

Ao longo dos últimos 50 anos, devido à revolução tecnológica que se tem vivido, os problemas éticos e morais relacionados com as ciências naturais, multiplicaram-se, acentuando a necessidade de reflexão dos problemas éticos no estudo e na aplicação da tecnologia na saúde e nas ciências.³ A bioética surgiu, por volta dos anos 70, aquando da reflexão sobre as inovações tecnológicas e as suas implicações na vida humana e noutras, evidenciando as preocupações sobre o futuro da natureza e da vida com os rápidos avanços tecnológicos. A bioética, trata assim assuntos como o aborto, a eutanásia, a clonagem e outros associados a novas tecnologias e às inovações, expandindo o seu campo de atuação consoante os novos temas que vão surgindo nas ciências da vida.^{1 3 4} O ex-diretor da Organização Mundial da Saúde (OMS), Léo Kaprio, no seu discurso no simpósio «Medicinas e ética», citado por Valverde, afirmou que “A primeira das obrigações éticas no campo da saúde é fornecer à humanidade novos medicamentos, seguros e eficazes ...”.² Ao longo da história humana, o medicamento tornou-se elemento essencial de todas as sociedades, devido à necessidade de combater as doenças. A população sempre exigiu “consciência” na sua utilização, assim como a quem o produzia, o farmacêutico. O campo de atuação da ética farmacêutica, e por sua vez da deontologia, formula um conjunto de normas e deveres que regulam a atuação profissional da classe farmacêutica e o seu exercício para que, além das obrigações legais, se garanta também que as obrigações morais, enquanto profissional de saúde e agente do medicamento, sejam efetivadas. ¹²

Questões éticas e a aplicação dos seus princípios são importantes em todas as áreas do conhecimento, contudo, pelo facto do medicamento ser um recurso amplamente utilizado no dia a dia, e atendendo ao impacto de fatores culturais, éticos, religiosos, educacionais, sociais, económicos no seu ciclo de vida, a reflexão moral e ética neste campo é fundamental. O farmacêutico deve, assim, assumir a responsabilidade na garantia da defesa da dignidade do

seu doente, e na segurança do medicamento, neste frenesim tecnológico e inovação que hoje vivenciamos. ^{1 2 5}

O presente trabalho compreende três partes. A primeira contextualiza a ética, a moral e a bioética. A segunda, explora a história da farmácia com menção a marcos relevantes na história do exercício farmacêutico, com base na reflexão moral e ética, interligando os conceitos e demonstrando como foram decisivos ao longo da história farmacêutica. Por último, aborda o impacto das novas tecnologias no medicamento e no profissional farmacêutico.

I. Da Ética à Deontologia Farmacêutica

I.1. Contexto da ética e moral

A sociedade, desde os seus primórdios, tende a estabelecer uma moral, ou seja, a impor aos seus integrantes a distinção dos bons e maus valores, ações corretas e incorretas e o que é ou não permitido. Na Grécia antiga, no século (séc.) IV a.C os filósofos Sócrates, e os seus discípulos Platão e Aristóteles foram os grandes impulsionadores no desenvolvimento dos conceitos de ética e da moral. ⁶ Nesta época, a ética designada de ética essencialista, podia ser resumida em três parâmetros: 1) o agir de acordo com a razão; 2) o agir de acordo com o perfil natural do indivíduo e com a Natureza; 3) o vínculo permanente entre os valores presentes na sociedade e a conduta do indivíduo. A finalidade prendia-se com a harmonização do Homem com ele mesmo e com a sociedade onde se inseria, moldando o seu carácter, de forma a ser considerado um indivíduo digno.⁷

Na Idade Média, a ética e a moral passam a estar intimamente vinculadas à Igreja, pelo facto de a religião cristã ter assumido um papel “chave” no Ocidente. A fé adquire uma relevância enorme na sociedade, determinando muitas das regras de conduta e valores da sociedade, e a ideia de que o Homem é pecador e que necessita de auxílio divino passa a ser amplamente difundida. ⁷

Já na era Moderna surge, em oposição à fé, a razão, como caminho até à verdade. A partir do séc. XVII, surgem mudanças profundas na sociedade, caracterizadas por grandes reformas religiosas, iniciadas por Lutero; sociais, com o fortalecimento da burguesia; económicas e políticas com o desenvolvimento do capitalismo na área da produção; e filosóficas, a partir de Descartes, conhecido por ser o fundador da filosofia moderna. A ciência e o saber científico ganham ênfase e a religião sofre uma enorme reforma com a destruição da cristandade medieval e a criação da ciência moderna, com Galileu e Newton a desafiarem

crenças consideradas absolutas verdades até à data. A ética moderna traz consigo uma nova ideia, defendida por um dos principais filósofos da era Moderna, Immanuel Kant, sustentando que, o Homem é o centro do conhecimento e da moral, e que o ser humano nunca deve ser tratado como um meio para alcançar um fim, mas sim como o propósito da ação.⁷

I.2. Ética Médica e Bioética

No início do séc. XX, assistimos ao que seria uma das épocas mais negras da história. O nazismo floresce, e depois da 1ª Grande Guerra (1914-1918) veio a 2ª Guerra Mundial (1939-1945) e, o mundo começa a perceber que nem todos os avanços tecnológicos são benéficos. As inovações tecnológicas e científicas eram vistas como conhecimento e o avanço deste era realizado em benefício de todos. E, portanto, algo positivo, não sendo levantadas questões de “como” ou o “porquê” de serem realizadas. A ética subjacente a estas não era discutida ou analisada, não existindo qualquer norma ou código ético que protegesse o ser humano.⁸ Em função de determinadas práticas, torna-se clara a necessidade do respeito, da compaixão pela vida, não só da vida humana, mas também da relação do Homem com o meio que o rodeia. Depois do holocausto, de Hiroshima e Nagasaki a ética passa a ter um papel dominante na ciência para que se possa refletir sobre questões que até à data não eram discutidas. Dá-se, assim, início a uma interligação entre duas disciplinas de espectros de atuação opostos: as ciências e as humanidades.¹

Nos anos 50 e 60 do séc. XX, abriram-se novas perspetivas de atuação, no campo da medicina, como o prolongamento da vida humana e não só. Desde logo o uso generalizado de antibióticos permitiu uma atuação eficaz sobre muitas doenças infecciosas, reduzindo a taxa de mortalidade provocada por muitas delas. Depois, entre outras inovações da medicina, refiram-se, na segunda metade do séc. XX, as primeiras técnicas artificiais de fecundação e de clonagem. Deste modo, abriam-se cada vez mais caminhos nas ciências da vida, o que potenciou o enfoque de questões éticas.³

Fritz Jahr, em 1926 e Van R. Potter, no início dos anos 70 são os dois pioneiros da bioética, que apontaram para um dos maiores desafios que a humanidade enfrenta: a responsabilidade de garantir o futuro da vida na Terra. A bioética trata dos problemas éticos levantados pelas ciências da vida. Van. R Potter, um dos responsáveis pelo neologismo classifica-o como a “ciência da sobrevivência humana”. Este conceito é então uma ponte entre as disciplinas de filosofia, biologia e ciências da vida tendo como objetivo a sobrevivência da população que, segundo Van R. Potter, só é possível se desenvolvermos uma “civilização

decente e sustentável dependendo do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético”.

129

Ao longo dos anos, este conceito foi desenvolvido e estudado. Desde que surgiu até aos dias de hoje, o conceito foi-se alterando e hoje é amplamente reconhecido e fundamental na ciência e na tecnologia. Um dos exemplos desta magnitude é um dos mais relevantes documentos bioéticos contemporâneos, elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 2005, intitulado Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH).¹⁰

Os autores da DUBDH dizem que a bioética atual acaba por se confundir com o campo da ética médica.¹⁰ Esta última, ocupa-se do estudo de questões éticas relacionadas com os cuidados de saúde como a relação médico-paciente ou o consentimento informado. Esta confusão deve-se, presumivelmente, devido ao facto da crise da ética médica tradicional ter potenciado o desenvolvimento da bioética. Ao longo da história, durante um longo período, a interação médica-doente baseava-se sobretudo no princípio “*primum non nocere*” (primeiro não lesar), da ética hipocrática, também conhecido como, o princípio da não-maleficência, no qual o doente ocupava um papel secundário nas tomadas decisões em relação à sua saúde, o que dava, quase total autonomia ao médico que dele se ocupava.¹¹

Nos anos 70, tendo em consideração a bioética e, na sequência das reflexões morais, provenientes dos experimentos médicos realizados na 2ª Guerra Mundial, foi emergindo um novo pensamento dentro da ética médica.¹¹ A teoria de Tom Beauchamp e James Childress descrita no livro “*Principles of Biomedical Ethics*” fornece-nos quatro princípios que, ainda, hoje orientam os valores nas relações profissional de saúde-doente: a.) não maleficência (evitar danos); b.) beneficência (fazer o bem); c.) respeito pela autonomia (a pessoa escolhe) e d.) justiça (Priorizar com equidade).¹²

Referir, contudo, que ética médica e bioética são conceitos diferentes e não devem ser confundidos, sendo a bioética uma disciplina muito mais abrangente, e a ética médica, uma área da ética que se debruça sobre as normas e preceitos da medicina e dos profissionais de saúde.⁹

1.3. Deontologia Farmacêutica

Etimologicamente, o termo deontologia deriva do grego “*deonta*” (dever) e “*logos*” (razão) e foi introduzido por Jeremy Bentham em 1834.¹³ Este ramo da ética estuda e avalia o que se considera, moralmente, como aceitável ou não, adaptado ao exercício profissional. Isto porque, quando as profissões se estruturam, tendem a compilar os deveres dos seus membros

num código que molda os deveres destes, segundo as normas estabelecidas pela deontologia, de forma a alcançar a excelência profissional. ^{1 14}

A Deontologia Farmacêutica padece de um conjunto de normas morais com a finalidade de regular a profissão farmacêutica. ² O exercício farmacêutico não é apenas um exercício tecnológico, mas sim uma atividade social e, portanto, indissociável de noções éticas.

1

Em Portugal, só no início do séc. XX, durante a reforma do ensino farmacêutico, é que se estabeleceu um “curso auxiliar” de Deontologia e Legislação Farmacêutica que, com o passar dos anos se tornou numa disciplina obrigatória no plano curricular.¹⁵ Esta integração da ética no ensino enaltece a importância de, desde cedo, o farmacêutico ter conhecimento sobre os seus deveres e responsabilidades éticas no futuro exercício profissional.¹

Em 1968 surge, em Portugal, o primeiro Código Deontológico da profissão farmacêutica, no qual se incorporaram um conjunto de princípios e normas de conduta, que servem de orientação aos profissionais farmacêuticos. Sendo um conjunto de normas independentes e de princípios éticos, podem ou não estar presentes na regulamentação jurídica. Considerando que a profissão farmacêutica é uma profissão liberal, ou seja, livre e autónoma, acarreta uma grande responsabilidade para os seus profissionais. ^{16 17} Este Código Deontológico é estandardizado para que, os farmacêuticos representados pela Ordem dos Farmacêuticos, cuja função é regular a atividade dos seus profissionais, possam salvaguardar a dignidade e a boa imagem do farmacêutico. ¹⁸

Atualmente o farmacêutico assume cada vez mais responsabilidades no contexto da prestação de cuidados de saúde, o que leva a que a atividade farmacêutica exija mais autonomia. Os princípios bioéticos da não maleficência e da beneficência assumem um papel fundamental aquando do ato farmacêutico, ao longo da cadeia do medicamento, para que o bem-estar da população e a qualidade do serviço prestado não sejam colocados em causa. ¹⁸

O Código Deontológico, publicado em Diário da República n.º 244/2021 refere mesmo que “As condutas que o Código regula são condicionadas pelas recomendações da Ordem e pela informação científica disponível, enquadradas pelos princípios bioéticos fundamentais que constituem os pilares da profissão farmacêutica, em particular, os da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça.” ¹⁸ Este Código deve assim, estar em constante atualização para que, os profissionais farmacêuticos possam responder à evolução dos diversos fatores que influenciam o exercício da profissão farmacêutica, sem colocarem em causa a sua conduta moral. ¹⁸ O último Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos entrou em vigor no ano de 2021. Este código apresenta, no seu conteúdo, a mudança e a evolução da ciência e da tecnologia que vivemos atualmente, pretendendo concretizar os valores da ética

farmacêutica atual. Nele existe não só o paradigma do doente e da doença, mas valoriza-se acentuadamente o bem-estar e a saúde da pessoa. Foram adicionados temas pertinentes que não se encontravam abarcados nos Códigos anteriores como, por exemplo: “Intervenções Farmacológicas e Genéticas”.¹⁸

Em suma, o Código Deontológico atual converge com a evolução da profissão farmacêutica, que é hoje, mais exigente na sua autonomia, evidenciando a necessidade de estar ligado aos princípios da bioética, e apresenta ainda responsabilidades diferenciadas, na prestação de cuidados de saúde de qualidade em contexto de promoção da saúde tendo em conta o melhor interesse do doente, a sua segurança e os resultados em saúde.¹⁸

2. História da Farmácia e marcos históricos

As ciências naturais, nas quais se incluem a medicina e as ciências farmacêuticas, surgiram desde que o Homem, através da busca de novas técnicas e aplicação do seu saber, tentou resolver as doenças de forma a sobreviver na Natureza. O Farmacêutico e a Farmácia são dotados de um passado e de uma história riquíssima, que nos permite, não só legitimar a profissão e a ciência por detrás desta, como também, através dela, conseguimos refletir sobre os problemas científicos e profissionais atuais, almejando futuras opções científicas e reflexões éticas através das orientações do passado.^{9 19}

2.1. Medicina Pré-Técnica

Um dos aspetos mais relevantes da medicina pré-científica é a indiscriminação do termo sintoma ou doença. As práticas médico-farmacêuticas eram marcadas pelo sobrenatural, o mágico e o religioso. Eram utilizados no arsenal terapêutico, maioritariamente, produtos de origem vegetal mas também se utilizavam produtos de origem mineral e animal. O bruxo ou feiticeiro era visto como elemento essencial destas sociedades antigas, nele era depositada a responsabilidade de restabelecer a saúde do doente exercendo o seu poder junto dos seres divinos.^{19 20}

Nas civilizações antigas, falamos da Mesopotâmia, do Egipto, da Índia, da Pérsia e dos povos do continente americano (Maia, Azteca e Zinca), não existia distinção entre o médico e o farmacêutico. Destacar que, na Mesopotâmia, foi desenvolvido o que hoje é conhecido como o texto mais antigo, redigido em 3000 a.C., no qual constavam várias receitas médicas – a tábua de *Nippur* e, também o Código de *Hammurabi*, texto que estabeleceu algumas regras morais no exercício da medicina.²⁰

No Egípto são várias as fontes que nos remetem à medicina egípcia, entre elas o papiro de Ebers, datado de 1550 a.C, descreve um vasto formulário medicamentoso, com ervas, leite, mel, sangue de animais, envolvendo técnicas mágicas. Destacar, também, a importância que este povo dava à higiene e à cosmética.²⁰

Na Índia Antiga destacamos os livros de Veda, datados de 1500 a.C, que eram textos religiosos redigidos por Susruta e Charaka, dois médicos, que influenciaram os povos persas, gregos e, sobretudo, os árabes.²⁰

2.2. Antiguidade Clássica

Na Grécia Antiga, inicialmente as práticas médico-farmacêuticas seguiram os passos das civilizações pré-técnicas mencionadas anteriormente, sem inovações significativas. Contudo, os gregos foram os primeiros a estudar a saúde de uma perspectiva mais técnica e racional deixando para trás o sobrenatural, tendo o médico grego Alcmeon de Crotona, no séc. VI a.C., contribuído para esta mudança. Hipócrates (460-377 a.C.), conhecido hoje como o “Pai da Medicina” deixou-nos a medicina hipocrática, dentro da qual, um dos maiores contributos foi a Teoria do Humores que defendia que o organismo era constituído por 4 humores (sangue púrpura, biliar amarelo e biliar negro) e que a doença resultava do desequilíbrio destes.²⁰

Na Medicina Romana merecem ser destacados três nomes: Celso, Dioscórides e Galeno. Este último, conhecido como o “pai da Farmácia” utilizou a doutrina hipocrática como base e construiu a ideia de Medicamento, aumentou o arsenal terapêutico, organizou e classificou, de forma racional os fármacos, fazendo sentir-se a sua influência até ao séc. XVIII.²⁰

2.3. Idade Média (476-1453)

A Idade Média pode ser dividida em 3 períodos: Bizâncio, Influência Árabe e Idade Média Europeia. No Bizâncio, a herança dos gregos foi conservada não existindo grandes contribuições inovadoras. Na Medicina Árabe existe um período antes de Maomé e da expansão árabe, muito semelhante à medicina pré-técnica, e um período após a expansão que permitiu à cultura árabe conhecer o galenismo original. Os árabes impulsionaram assim a alquimia (ciência oculta medieval), e, na Península Ibérica, a influência árabe foi bastante notada, como por exemplo os termos, que ainda hoje utilizamos, o xarope (*shiraps*) ou álcool (*alkaal*).

É também nesta época que conhecemos a primeira farmácia, situada em Bagdad, com funções semelhantes às farmácias dos dias de hoje. ^{1 20}

A Idade Média Europeia, entre os séculos V e IX, foi marcada pelo pensamento mágico-religioso, sendo os monges donos das boticas farmacêuticas e cultivando nos seus jardins as plantas medicinais. O ensino foi facultado pelas escolas de Salerno até 1194, quando entraram em declínio e foram, conseqüentemente, extintas em 1811. No séc. XII, dá-se início à fundação de universidades por toda a Europa Ocidental. ²¹ No que diz respeito à profissão farmacêutica, bem como à ideia de médico-farmacêutico, Frederico II, da Sicília, através da Carta Magna da Farmácia, em 1240, distingue pela primeira vez o médico do farmacêutico reconhecendo a atividade farmacêutica como independente. O último século e meio da Idade Média foi marcado por mudanças demográficas, principalmente devido à “peste negra”; sociais e económicas, sendo assinalado por um final decadente. ²⁰

Em Portugal, as condições sanitárias e de saúde durante o período medieval caracterizavam-se por ser deficientes. No que diz respeito ao exercício farmacêutico, no século XII surgem as primeiras boticas, por influência árabe. É de mencionar o papel de D. Afonso V em Portugal, que no ano de 1461 assinala as diferenças entre as profissões de farmacêutico e médico; e o Alvará de 1561, onde se reforça esta diferença. ^{1 20 21}

2.4. Renascimento

No Renascimento, a partir do séc. XV, abundam as inovações, mas conservam-se muitos elementos do passado. As práticas galénicas, mais tradicionais, imperavam ainda na sociedade, mas Paracelso, considerado uma figura controversa, vem colocar em causa a doutrina galénica. Para Paracelso a saúde dependia de três elementos químicos que compunham o corpo humano: o sal, o enxofre e o mercúrio. Este defendia a obtenção de princípios ativos isolados, sendo adepto de uma medicação específica para determinada doença em contraposição à polifarmácia defendida por Galeno. ²⁰

Na época dos Descobrimientos, a partir do séc. XVI, começam a chegar à Europa e a Portugal novos produtos medicinais que expandiram o arsenal terapêutico e surgem “novas” drogas químicas como a quina, vinda da América. ²⁰

Na farmácia portuguesa do Renascimento destacamos o Regimento do Físico-mor do reino de 1521, no qual se denota o começo da regulamentação da atividade farmacêutica, destacando o diploma da habilitação obrigatória, a quem queria praticar o exercício farmacêutico, a fiscalização das boticas e o controlo dos preços. Também é de notar a integração do ensino farmacêutico na Universidade de Coimbra. ²⁰

2.5. Barroco

Este período foi caracterizado por uma efervescência científica, inclusive nas ciências médicas e farmacêuticas, nas quais podemos destacar a iatroquímica e a iatromecânica. A farmácia do séc. XVII e do início do séc. XVIII é caracterizada pelo cruzamento das doutrinas clássicas e das doutrinas mais inovadoras. Em Portugal destaca-se a primeira farmacopeia portuguesa, *Pharmacopea Lusitana* escrita por D. Caetano de Santo António.²⁰

2.6. Iluminismo

O progresso da ciência e da técnica, apoiado na razão e na experimentação, acontece sobretudo na segunda metade do séc. XVIII. Neste período, deu-se uma verdadeira revolução química, na qual se pode salientar Lavoisier, que lança a definição de elemento químico. Em Portugal, é durante a reforma pombalina que se insere a componente química no curso de boticário, em 1772, na Universidade de Coimbra.²⁰

Devido ao contexto político, social e económico do final do séc. XVIII a higiene pública e a vacinação (como a vacina anti varíola), como base da medicina preventiva, ganham grande destaque. No fim do século, é visível a degradação da herança galénica em prol da revolução química.^{20 21}

2.7. Romantismo

Os avanços verificados durante o Iluminismo permitem que, a partir do séc. XIX acontecesse uma verdadeira revolução farmacêutica e a industrialização dos medicamentos começa os seus primeiros passos. Neste período assistimos ao surgimento de novos medicamentos e de formas farmacêuticas, ao isolamento de substâncias ativas e à síntese de substâncias orgânicas, descoberta em 1828 por Wohler, com a síntese em laboratório da ureia. Em Portugal, dá-se a criação da Sociedade Farmacêutica Lusitana, em 1835, movimento que valoriza a profissão farmacêutica e a farmácia, e a fundação das Escolas de Farmácia que refletem a evolução socioprofissional e científica da farmácia.^{20 21}

2.8. Positivismo

No fim do séc. XIX e séc. XX, vive-se uma revolução técnico-científica com grandes repercussões científicas e éticas, que acompanharam a farmácia, de perto. A Revolução Industrial vivida no séc. XIX e as fracas condições socioeconómicas que esta gerou, levou à falta de higiene, principalmente nos grandes centros urbanos originando o desenvolvimento

de patologias e o aumento da taxa de mortalidade. Neste período descobriu-se o processo de imunidade através da vacinação, desenvolveu-se a investigação em virologia e deu-se a descoberta dos anestésicos e da antisepsia durante a cirurgia, permitindo um processo mais seguro e indolor. Em Portugal, em 1891, Emílio Faria Estácio, foi o grande impulsionador do desenvolvimento industrial farmacêutico em Portugal, quando funda a Companhia Portuguesa de Higiene.^{19 20}

2.9. Século XX

O séc. XX ficou marcado pela ocorrência das duas grandes guerras mundiais, que levaram a um desenvolvimento desenfreado da tecnologia que, se por um lado melhorou a vidas da população, por outro colocou em cima da mesa novos problemas éticos.²² É neste contexto que a bioética, segundo Andre Hellegers, surge como resposta ao “boom” tecnológico na ciência e dos seus perigos para o ser humano, apresentando reflexões na aplicação da tecnologia na saúde para a garantia da integridade e sobrevivência humana.^{23 24}

2.9.1. Descobertas pós 1ª Guerra Mundial

Após a 1ª Guerra Mundial, em 1914, o processo de industrialização do medicamento continua o seu caminho. A par desta mudança, a prática da farmácia convencional, em Portugal, sofre uma mudança radical e a manufatura dos “remédios”, que era feito nas próprias boticas em pequenas quantidades passa agora a ser realizado em meios altamente sofisticados, com uma produção extensiva. Isto levou a uma forte crise na profissão farmacêutica e nas farmácias. A profissão começa a ser menos atrativa e as farmácias têm dificuldade em obter novos medicamentos de forma individual para conseguirem estabelecer preços competitivos e a mesma qualidade. Para além disto, a falta de investimento em inovação ainda era grande e a obrigação de, por isso, recorrer a países estrangeiros gerava desconfiança no seio da Farmácia, em Portugal.^{1 25}

Nas primeiras décadas do séc. XX surgem novos conhecimentos no campo das técnicas analíticas, das análises ao sangue e dá-se a descoberta de novas formas medicamentosas, novos grupos terapêuticos e o melhoramento dos equipamentos e procedimentos relacionados com a saúde.¹⁹

A revolução terapêutica, sobretudo ligada à descoberta do primeiro antibiótico - a penicilina, em 1928, por Fleming, e ao isolamento químico das sulfonamidas em 1937, levou a uma diminuição da mortalidade, devido ao controlo de infeções bacterianas.²⁶ A revolução biológica surge logo de seguida, depois da descoberta do DNA, em 1953 e dos primórdios da

farmacogenética, engenharia genética, e do surgimento de novos conceitos, como reprodução medicamente assistida, assim como a melhoria das técnicas de diagnóstico.⁵

Nas ciências farmacêuticas surgem, principalmente a partir dos anos 60, novas preocupações com o medicamento. Até à data, a formulação deste era o principal foco, contudo com a evolução da produção dos medicamentos, a biodisponibilidade, juntamente com a farmacocinética e a biofarmácia, passam a ser domínios de maior interesse. Nesta linha de evolução, a forma como o medicamento é transportado no organismo também evoluiu e surgem novos sistemas terapêuticos, com o auxílio de polímeros, por volta dos anos 70. Estes avanços, ligados à evolução tecnológica e industrial vivida, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) levaram a um melhoramento nas condições de saúde pública, ao aumento da esperança de vida e da confiança dos doentes.^{5 20}

2.9.2. 2ª Guerra Mundial e Ensaio Clínicos

Os ensaios clínicos (EC) de medicamentos para uso humano são ensaios realizados no ser humano, com a intenção de se verificar o efeito de um determinado medicamento experimental neste.²⁷

Foi na segunda metade do séc. XX, principalmente depois da 2ª Guerra Mundial, devido aos relatos do que acontecera nos campos de concentração nazis, que se começaram a dar avanços éticos na experimentação clínica, sublinhando a importância da dignidade humana e da proteção dos seres humanos.^{1 5 28}

Em 1947, no tribunal de Nuremberg, que julgou os médicos nazis, o Código de Nuremberg estabelece a necessidade da participação voluntária, respeitando o princípio da autonomia, e do consentimento informado.^{29 30 31}

“1.O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento;”.²⁹ Após a elaboração desta Declaração foram criados outros documentos e novas diretrizes com o propósito de assegurar o bem-estar dos participantes em EC. Logo em 1948 a Declaração dos Direitos Humanos proíbe a participação de seres humanos em experimentos danosos.³¹

A tragédia da Talidomida, em 1961, com o nascimento de mais de 10 000 crianças com malformações, depois de as suas mães terem utilizado este medicamento em fase pré-natal, leva a que se salientasse a necessidade de um maior controlo dos ensaios clínicos por parte das agências reguladoras de produtos de saúde, de forma a garantir a segurança do ser humano.^{1 32 33}

Em 1964, em Helsinque, a *World Medical Association* (WMA) redigiu um conjunto de princípios e diretrizes éticas sobre a utilização de seres humanos em investigações clínicas. Este documento ficou conhecido como Declaração de Helsinque, sendo atualizado até aos dias de hoje, a última atualização foi feita em 2013. Na primeira revisão, em 1975, incorporou-se a obrigatoriedade da inclusão dos Comitês de Ética Independentes nos EC que envolvessem seres humanos, muito importantes na medida em que são eles que garantem uma investigação confiável, certificando-se do cumprimento das normas éticas e, por isso, a proteção dos direitos e bem-estar dos voluntários dos experimentos.^{34 35}

Um documento histórico que não pode deixar de ser referido é o Relatório de Belmont, redigido pela Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental, lançado em 1978.³⁶ Em 1979, e tendo por base o Relatório de Belmont, surge a teoria do principlismo, descrito no livro “*Principles of Biomedical Ethics*”, de 1979 de Tom Beauchamp e James Childress, já mencionado. Nele foram contemplados princípios bioéticos fundamentais para nortear a pesquisa com seres humanos: Não Maleficência (evitar causar dano); Respeito pela autonomia (respeitar e apoiar decisões autónomas); Beneficência (aliviar, diminuir ou prevenir o dano e potenciar os benefícios e tentar reduzir os riscos); Justiça (distribuir, de forma equilibrada, os benefícios e os riscos).

12

Com o propósito de assegurar a aplicação dos princípios éticos que tinham vindo a ser estabelecidos, desde o Código de Nuremberg, para que pudessem ser efetivados na prática, sobretudo nos países em desenvolvimento, o Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas, em 1993 elaborou e divulgou as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica envolvendo Sujeitos Humanos. Mais recentemente, em 1996, na *International Conference on Harmonization* (ICH) surgem as Boas Práticas Clínicas que serviram para harmonizar mundialmente normas de conduta ética nos EC.³²

Ainda hoje se reconhece a importância de regular eticamente o campo dos ensaios clínicos e, por isso, os documentos relacionados vão sofrendo atualizações à medida que a tecnologia e a ciência assim o exigem.³²

2.10. Época Contemporânea e a Ética

Nos finais do séc. XX a biotecnologia e a tecnologia farmacêutica estão em voga, dando a conhecer conceitos como a proteómica, a genómica e a genética molecular. No campo da ética médica discutem-se temas como o aborto, a eutanásia ou a clonagem.^{1 5 23} Nesta era pós-genómica surge o princípio da precaução. Este defende que se deve avaliar os

conhecimentos científicos e a amplitude das incertezas científicas identificando eventuais implicações negativas no futuro.³⁷ A preocupação com as gerações futuras é algo que caracteriza a época contemporânea, desde Potter que esta noção é valiosa e no artigo 1º da Declaração sobre a Responsabilidade das Gerações Presentes em relação às Gerações Futuras, adotada pela Conferência Geral da UNESCO em 1997 podemos ver esta preocupação descrita: “as gerações presentes têm a responsabilidade de garantir que as necessidades e os interesses das gerações presentes e futuras serão plenamente salvaguardados”.³⁸

A crescente preocupação com os problemas éticos, que envolvem a dignidade humana, fez com que, em todo o mundo, fossem criados organismos e entidades para refletirem e elaborem normas que ajudem a nortear o comportamento ético nas ciências da saúde. Nacionalmente, de várias entidades relacionadas com a ética e com a dignidade humana, podemos destacar o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), que elabora normas e pareceres que orientam e regulam o campo das ciências da vida, acompanhando de perto os dilemas éticos que a evolução científica gera.³⁹

3. Caso Particular: Contraceção e Interrupção Voluntária da Gravidez

A pergunta “Quando tem início o ser humano?” é recorrente. O CNECV questiona: será no “momento da fecundação do óvulo? Durante a gestação, quando se manifestam as primeiras ondas cerebrais do feto ou nos primeiros batimentos cardíacos? No momento do nascimento completo? Quando o indivíduo adquire consciência de si mesmo?”. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) proclama no artigo 1º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade...”, mas não esclarece os direitos do ser humano antes do seu nascimento, nem atribuí um estatuto ao embrião.^{40 41 42}

3.1. Contraceção Convencional

Existem, desde sempre, tentativas de controlo da fertilidade. Já em 1850 a.C., no papiro de *Kahun* (papiro da medicina egípcia) se descreviam medicamentos vaginais, óvulos. Eram utilizados, ao que parece, como contraceptivos. Ao longo dos anos, foram vários os métodos contraceptivos utilizados, desde os artificiais até aos mais naturais, como a interrupção do coito ou o método da ovulação, que foi e é, ainda hoje, utilizado.¹ Temos os métodos masculinos, como o preservativo ou o espermicida, e toda uma panóplia de contraceção feminina desde a contraceção hormonal, amplamente utilizada nos dias de hoje, até aos dispositivos

intrauterinos hormonais ou de barreira. Depois temos os métodos mais definitivos, como é o caso da esterilização por vasectomia, no homem, ou da laqueação das trompas, na mulher.⁴³

O avanço tecnocientífico, no caso da contraceção feminina, proporcionou um verdadeiro marco histórico-social com o lançamento da pílula oral feminina, nos anos 60, permitindo à mulher uma maior liberdade, não só do ponto de vista reprodutivo, como do ponto de vista da sua emancipação. Ética e socialmente foi alvo de numerosos debates, se seria ou não correto interromper o ciclo natural da mulher e suscitou dúvidas do ponto de vista científico, devido aos possíveis riscos para a saúde da mulher.⁴⁴

3.2. Contraceção de Emergência

A pílula do dia seguinte (PDS) pode prevenir a gravidez atrasando ou impedindo o processo da ovulação ou, mesmo que os óvulos sejam libertados para as trompas, a PDS impede que estes se instalem na parede do útero de forma que não ocorre a fecundação. Este medicamento contém um nível de hormonas muito superior à pílula convencional. É, por norma, usado aquando de uma relação desprotegida a fim de evitar uma gravidez não desejada. A PDS deve ser tomada até 3 ou 5 dias, conforme contenha levonorgestrel ou acetato de ulipristal, respetivamente. A eficácia desta diminui à medida que a distância à relação sexual de risco aumenta e é importante que se tenha atenção aos possíveis efeitos secundários desta como: náuseas, vómitos, alterações do ciclo menstrual devido à alta dose de hormonas. Portanto, deve ser um método utilizado com consciência e cuidado. Este é um método não abortivo, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), dispensado na farmácia, sem a necessidade de receita médica.^{45 46}

3.3. Interrupção Voluntária da Gravidez

Os métodos, recorrendo a medicamentos ou processos cirúrgicos para a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), conhecido também por aborto voluntário, devem ser acompanhados sempre por um médico, para que, todo o procedimento seja seguro. Quando legal, é possível realizá-lo até às 10 primeiras semanas de gestação a partir da última menstruação.⁴⁷ A 24 de junho de 2022, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América derrubou a lei “Roe contra Wade” que garantia, a nível nacional, o direito ao aborto voluntário. Desde aí a IVG encontra-se nos debates e polémicas do momento.⁴⁸

Voltando agora à questão inicial de “Quando tem início o ser humano?” Alguns autores defendem que a vida humana ocorre desde o momento da fecundação, visto dar origem a um

novo código genético. Sendo que a PDS pode atuar depois da fecundação, há quem considere que a PDS é um método abortivo, ao contrário da DGS. Outra fase referida, é o momento em que tem início a atividade cerebral, que é para alguns quando se forma o sistema nervoso mais primitivo necessário ao título de ser humano. Há quem considere, principalmente, devido à ligação a algumas religiões, que só o facto de interrompermos o ciclo natural, com a utilização da pílula convencional, não é moralmente correto e que atentamos contra a vontade de Deus e contra a vida humana.^{42 49}

Qual será o futuro da IVG? Será que no futuro será aceite nas condições em que a conhecemos hoje? O debate é polémico e bem atual, porque a perceção e a opinião social sobre o assunto são muito contrastantes. Temos por um lado, os movimentos pró-vida, também designados de conservadores, que defendem o direito moral do feto e no outro oposto os movimentos mais liberais, que entendem que a mulher tem direito sobre o seu próprio corpo e, por isso, à decisão de interromper a gravidez. Entre estes existem as posições mais moderadas, que consideram o aborto legítimo, em situações específicas, por exemplo. Discutir sobre este tema é desafiante e necessita que se partilhem as diferentes abordagens. Os pontos de vista são controversos, mas é necessário sobretudo respeito pelas partes envolvidas, numa análise tanto do ponto de vista moral, político, religioso, jurídico, filosófico.

^{42 50}

3.4. Uma questão não farmacêutica mas de repercussões farmacêuticas

Um dos objetivos da OMS é garantir a saúde sexual e reprodutiva. Uma das principais ações para o conseguir alcançar, é através da difusão da informação, conseguindo que esta chegue ao maior número de pessoas de forma clara e com o maior rigor possível. Além disto, é necessário fornecer um serviço seguro e de qualidade.⁵¹

No novo código da Ordem dos Farmacêuticos destaca-se a preocupação deontológica com o “O início da vida”, conteúdo que foi na sua totalidade adicionado ao código deontológico. Este aborda a temática da IVG e do respeito que o farmacêutico deve ter pela vida humana, respeito esse que é um dos princípios bases da profissão.¹⁸ O farmacêutico, como agente de saúde próximo às suas populações, tem o papel de esclarecer e sobretudo, auxiliar na tomada de decisão do seu doente. Tem obrigação de na pílula convencional informar sobre os riscos e a toma correta desta; também, aquando da dispensa da PDS, deve orientar os passos e as precauções na toma e fornecer as contra-indicações associadas. O aconselhamento deve assim ser correto, sem julgamento e baseado no respeito pela opinião

do seu doente. Tudo isto constitui um importante mecanismo de melhoria dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva prestados, pelo que é fundamental investir na formação dos profissionais de saúde responsáveis pelo aconselhamento contraceutivo. Seguindo os princípios éticos, se por um lado o farmacêutico deve praticar o bem - beneficência, por outro deve promover a tomada livre de uma decisão pelo seu doente – respeito pela autonomia e, portanto, o farmacêutico deve ser assumir um papel de interação entre estes dois princípios, fazendo com que o seu utente consiga tomar uma decisão esclarecida e informada. ^{46 52 53 54}

4. A Atualidade

4.1. Atualidade - Novas Tecnologias e o Medicamento

O paradigma biotecnológico vigente na sociedade atual leva a que a saúde seja confrontada com inovações diárias. Estas constituem um desafio para os sistemas de saúde, quer pela exigência crescente por parte da população, quer pela ponderação sobre os gastos e a racionalização de recursos impostas pelos gestores dos serviços de saúde. Este cenário, levanta debates éticos, políticos e sociais sobre as escolhas mais razoáveis e, moralmente legítimas, a serem estabelecidas. Uma questão relevante prende-se com a forma mais justa de alocar os recursos disponíveis em saúde, pois estes são finitos e, portanto, inevitavelmente, conseguem responder a algumas exigências, mas a outras não. A tentativa de decisão sobre a quem se deve fornecer os serviços de saúde, tendo em consideração que não se pode prejudicar ninguém em benefício de outro, implica conhecer e aplicar os princípios bioéticos da justiça, na priorização; da não maleficência e da beneficência nas tomadas de decisão em saúde, tendo sempre em vista, como fim, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa. ⁵⁵

A incorporação da tecnologia na saúde tem como fim prevenir ou aliviar o sofrimento das pessoas, o que por si possui relevância moral, portanto esta tecnologia deve ser bem avaliada, de forma a verificar que cumpra o seu dever. Pela relevância moral que o campo da avaliação tecnológica tem, este deve ser desenvolvido em conjunto, com o campo da bioética. A avaliação das tecnologias em saúde, desde a sua precisão no diagnóstico, à eficácia na terapêutica, à sua segurança, bem como a relação custo-benefício, possibilita uma avaliação global da sua qualidade e, portanto, a partir desta, permite-nos tomar decisões a respeito da sua aplicação e do seu impacto na saúde. ⁵⁵

A inovação tecnológica levanta questões éticas, desde a licitude da tecnologia em si, como é o caso sobre a moralidade da clonagem, passando pela ponderação entre os meios e o fim, como o caso, já mencionado, dos ensaios clínicos, nos quais foram utilizados seres

humanos que não eram diretamente os beneficiários e, por último, questões deontológicas, pela envolvimento de profissionais de saúde que devem ter sempre em consideração a justiça social e a equidade.⁵⁵

A sociedade, devido às novas tecnologias e constantes inovações, depara-se com medicamentos e produtos de saúde novos todos os dias. É da responsabilidade dos dirigentes zelar pela sustentabilidade e reafirmar o seu compromisso com os valores éticos e de transparência no progresso científico, tendo como principal objetivo o bem-estar da sociedade e das gerações futuras.^{23 56} Em Portugal a Lei n.º 95/2019, designada por Lei de Bases da Saúde, que tem como objetivo legislar, princípios e valores que visam proteger e promover a saúde, alega na Base 17 que estas tecnologias devem ser “desenvolvidas e utilizadas de forma eficaz e eficiente, garantindo o equilíbrio entre a qualidade e equidade no acesso e sustentabilidade do sistema de saúde”, ou seja, deve garantir-se que a oferta dos cuidados de saúde tem em conta as desigualdades proporcionando a todos a oportunidade de alcançarem o bem-estar.⁵⁷

A nível europeu, o objetivo da Comissão Europeia passa por garantir um nível elevado de proteção da saúde pública e promover um ambiente estável e competitivo para a inovação farmacêutica. A Europa é constituída por várias entidades reguladoras que integram a Agência Europeia do Medicamento. A nível nacional temos o INFARMED.I.P, doravante designado Infarmed, que tem como principal função a regulação do medicamento e dos produtos de saúde.^{23 58 59} Em 2015, o Infarmed criou o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS), de forma a englobar as Tecnologias em Saúde, para garantir a utilização eficiente dos recursos públicos, monitorização da aplicação e efetividade destas, aumento da eficiência e promoção do acesso equitativo, assegurando a melhoria da qualidade de vida de todos os doentes. Este é um dos exemplos da adaptação da entidade reguladora portuguesa às novas tecnologias.⁶⁰

Dado que nas tecnologias de saúde, o medicamento ocupa um lugar de destaque, sendo que compõe uma das principais ferramentas terapêuticas na assistência à saúde e na melhoria da qualidade de vida dos doentes, é fundamental que as políticas em torno deste promovam um uso racional do medicamento (URM). Isto é, uma utilização onde o doente é orientado para a compra do medicamento correto, na dose certa e na qual o medicamento apresenta o efeito esperado.^{23 57} Segundo a OMS, no mundo, 50% dos medicamentos são prescritos ou utilizados de forma incorreta. Este URM é fundamental para um acesso equitativo e de qualidade ao medicamento e, conseqüentemente, para ganhos na saúde e na qualidade de vida do doente, sendo uma prioridade na saúde. Na profissão farmacêutica o URM, pela sua importância, encontra-se no âmbito das responsabilidades inerentes à profissão, estando descrito no Estatuto do Medicamento, Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto.⁶¹

4.2. A Atualidade - Papel do Farmacêutico

A atividade farmacêutica atual exige do farmacêutico uma independência cada vez maior no seu dia-a-dia, sendo fundamental que este esteja ciente dos princípios bioéticos subjacentes ao código deontológico da sua profissão, em particular, os da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça.¹⁸

A evolução da profissão farmacêutica resultou de diversos desafios sociais, económicos, políticos e tecnológicos. Esta, levou a que fossem colocadas responsabilidades singulares ao farmacêutico na prestação de cuidados de saúde, essenciais na prevenção e no tratamento de doenças, na gestão da cadeia de valor das tecnologias de saúde, assim como na promoção da saúde. São várias as áreas abarcadas nas responsabilidades do farmacêutico desde a investigação, a educação, a regulamentação, o serviço comunitário, entre outras. É importante mencionar que a prática da atividade assistencial do farmacêutico deve centrar-se sempre na pessoa, sendo esta o elemento fundamental do serviço e da resposta profissional do farmacêutico. Um dos desafios mais atuais explanado no código deontológico dos farmacêuticos é a aplicação do princípio da autonomia, ou seja, a valorização do cidadão, estabelecendo uma boa relação de farmacêutico-pessoa, conseguindo que ambos sejam responsáveis pelas decisões tomadas na saúde do cidadão.¹⁸

4.2.1. Dispensa do Medicamento

O papel do farmacêutico no local onde se disponibilizam os medicamentos, dispositivos médicos, entre outros produtos de saúde é fundamental, uma vez que, estando mais próximo do cidadão, o farmacêutico consegue auxiliar o seu utente nos diversos serviços de saúde que este necessita. As farmácias desempenham um papel chave na saúde do cidadão. Desde logo, através do incentivo do farmacêutico à toma e/ou utilização correta dos produtos para que, estes sejam corretamente utilizados e, conseqüentemente, eficazes e geradores de bons resultados clínicos. Isto beneficia todas as partes envolvidas no prisma da saúde, não só o doente, mas todo o sistema de saúde, que consegue redistribuir recursos e tempo que iriam ser utilizados neste doente, caso a terapêutica não fosse bem empregue.^{23 62} Desempenham também um papel importantíssimo na dispensa de serviços, como a vacinação ou a medição de alguns parâmetros bioquímicos, que permitem não só a conveniência para o doente como um menor custo para o sistema de saúde. Por último, é de mencionar o papel das farmácias na prevenção, através de um posicionamento de proximidade e de acessibilidade à população, identificação de doenças, de forma a permitir intervenções precoces e, portanto, muitas vezes mais eficazes. Também na promoção da saúde, as farmácias são essenciais, uma vez que

estando num local de fácil acesso com pessoal qualificado, a facilidade de informar e esclarecer um maior número de pessoas é maior. ⁶²

Segundo o Fórum Europeu dos Farmacêuticos “O uso de novas tecnologias na prestação de cuidados de saúde é uma constante, devendo as farmácias comunitárias utilizá-las de modo a apoiar a prestação de cuidados aos doentes”, ou seja, a farmácia e a profissão farmacêutica devem evoluir e adaptar-se às necessidades e às mudanças do cidadão e do sistema de saúde tirando o maior benefício das novas tecnologias, como é o exemplo da dispensa automatizada dos medicamentos, de forma a alcançarem os resultados desejados: manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida da sua população. ⁶²

4.2.2. Produção do Medicamento

O papel do farmacêutico é essencial na indústria farmacêutica uma vez que, sendo ele, parte ativa desta, tem o dever de, por um lado produzir medicamentos com elevado padrão de qualidade, segurança e eficácia seguindo normas como as Boas Práticas de Fabrico e, por outro, a obrigação de zelar pelo bem-estar do cidadão e defender a dignidade do exercício da profissão farmacêutica, algo que é destacado no Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos sendo punido “qualquer forma de retribuição como contrapartida da disponibilização indevida de medicamentos e outras tecnologias de saúde ou outro material farmacêutico ou clínico” como indica o Código Deontológico no Artigo 53^a “Relação com a Indústria Farmacêutica e Outras”. ^{18 63} Em Portugal, a APIFARMA (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica) desenvolve várias atividades de âmbito social, de forma a combater a desigualdade de acesso como, por exemplo, a fundação “Dignidade”, que tem como finalidade garantir o acesso dos medicamentos à população mais desfavorecida. ⁶⁴

Os EUA geram medicamentos inovadores mais do que qualquer outro país, justificação que se deve a um menor controlo nos preços praticados pela indústria que reinveste na investigação. Por um lado, é vantajoso na medida em que os cidadãos têm acesso em primeira mão às terapêuticas mais inovadoras, mas será ético privar as populações mais desfavorecidas deste acesso em prol da inovação, não seria mais sensato primar a equidade no acesso a estas terapêuticas? ⁶⁵ Referindo o artigo 15º da DUBDH: “Os benefícios resultantes de qualquer investigação científica e das suas aplicações devem ser partilhados com a sociedade no seu todo e no seio da comunidade internacional, em particular com os países em desenvolvimento” e ainda na Declaração conjunta das comissões de ética da UNESCO para garantir igualdade de acesso a todas as vacinas e tratamentos terapêuticos desenvolvidos para enfrentar a COVID-19: declaração conjunta do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO

e da Comissão Mundial para a Ética do Conhecimento Científico e Tecnológico da UNESCO refere que o “acesso a medicamentos a preços acessíveis e, ainda mais importante, a vacinas para todos os indivíduos, é de extrema importância ética”.^{66 67}

As empresas farmacêuticas, como qualquer empresa, esperam obter lucro com o seu negócio. Contudo, envolvendo o medicamento e, conseqüentemente, doentes isto gera, teoricamente, um conflito de interesses: entre o objetivo das empresas farmacêuticas de maximizar os lucros e a necessidade dos doentes receberem medicamentos seguros e eficazes. Thompson define conflitos de interesse, da seguinte forma: “um conjunto de condições em que o julgamento profissional sobre um interesse primário (como o bem-estar de um paciente ou a validade de uma pesquisa) tende a ser indevidamente influenciado por um interesse secundário (como ganho financeiro)”. A inovação e o desenvolvimento tecnológico são uma prioridade no setor farmacêutico, existindo por parte da sociedade, uma pressão para que a indústria descubra, desenvolva e forneça medicamentos e produtos de saúde que permitam aos doentes viver com maior qualidade de vida. O objetivo final da indústria farmacêutica tem de passar assim por uma gestão do conflito, desenvolvendo produtos de saúde acessíveis ao mesmo tempo que consegue obter lucro que lhe permita investir em mais inovação e reembolsar os seus investidores. Um dos maiores desafios éticos da indústria farmacêutica acaba por ser este, conseguir servir em primeiro lugar o bem-estar do doente.⁶⁵

4.2.3. Monitorização do Medicamento

O Farmacêutico assume responsabilidades na eficácia, na segurança e na qualidade dos medicamentos e outras tecnologias de saúde, antes da sua introdução no mercado e, depois da sua comercialização, na monitorização, através da farmacovigilância.

Numa fase inicial, aquando da realização de ensaios clínicos, é fundamental que se garanta a dignidade de quem participa no estudo.^{62 68} A participação do doente no processo de decisão sobre a sua saúde, é hoje muito valorizada, portanto, é essencial a capacitação dos profissionais de saúde para a passagem de informação clara e transparente, de modo, a que o decisor possa avaliar o risco-benefício e assinar o consentimento informado de forma consciente e informada, para que, haja adesão e confiança ao longo do ensaio clínico.²³

Apesar da evolução científica e tecnológica, a informação de segurança e de eficácia dos medicamentos em fase pré-clínica continua a ser limitada e, por isso, tornou-se essencial, em função da proteção dos doentes e da saúde pública, a criação de um Sistema de Farmacovigilância, em Portugal, detido pelo Infarmed, que consiga recolher informação e trabalhar, a partir desta, para obter medicamentos mais eficazes e seguros. O farmacêutico

tem aqui um papel fundamental, pois sendo um profissional de saúde, tem por um lado a obrigação de notificar o Sistema Nacional de Farmacovigilância e por outro, a função de detetar e determinar a gravidade, além de estabelecer a imputação de causalidade das reações adversas.⁶¹

Conclusão e Perspetivas Futuras

Como conclusão geral podemos ver que ao longo dos séculos a farmácia e o farmacêutico foram respondendo a novos desafios e integrando novos campos de atuação na profissão. Hoje em dia, se temos por um lado uma farmácia adaptada à progressão técnico-científica, por outro vemos que a evolução desta se deu numa sequência lógica, a partir da conceção da sua história.²⁰ No campo da bioética farmacêutica vemos profissionais atentos ao impacto das novas tecnologias e medicamentos na sociedade e na profissão e a adaptação destes a novas políticas de saúde, a novas áreas do conhecimento e à utilização dos recursos de forma criteriosa em prol do bem-estar e da saúde da sua população.^{18 62}

Como já mencionado, a teoria bioética de Potter defende que a sobrevivência do ser humano, de forma decente e sustentável, depende do desenvolvimento de um sistema ético. Gorbachev, lembrando a Carta da Terra, diz-nos que pretende que a nossa geração seja lembrada “pelo despertar de uma nova reverência diante da vida, por um compromisso firme de alcançar a sustentabilidade, pela rápida luta pela justiça, pela paz e pela alegre celebração da vida.”⁹

O paradigma da sustentabilidade, que emerge no séc. XXI com uma centralidade cada vez maior e que abrange as áreas da economia, da justiça social, da saúde e da recuperação ambiental levou à formulação pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, dos oito objetivos para o desenvolvimento do milênio, a serem alcançados até 2015. Com base no progresso e nas lições aprendidas em 2015 a ONU voltou com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a Agenda de 2030. Dentre eles, muitos encontram-se ligados à saúde, diretamente os explanados no objetivo 3 “Saúde de Qualidade” e, indiretamente muitos dos outros objetivos. Como fomos podendo observar ao longo do trabalho, a ciência e a tecnologia são instrumentos importantes para o tratamento e prevenção das doenças, auxiliando a saúde, assim como para a promoção da paz e de uma vida digna e decente para todos. Numa vertente de debate ético na inovação tecnológica na área da saúde e para a sociedade, deve sempre considerar-se que a utilização das tecnologias da saúde deve reforçar a humanização e a dignidade da pessoa, como vem descrito na Lei nº 95/2019, Lei de Bases da Saúde.^{22 57 69}

Referências Bibliográficas

1. NOVAES, M. *et al.* – **Ética Y Farmácia. Una Perspectiva Latinoamericana.** 1ª Ed. , 2009. ISSN 0717-5906.
2. VALVERDE, J. L.; NADE, P. – **Estudios de ética farmacêutica.** Madrid: Doce Calles S.L. 1999.
3. HECK, J. N. *et al.* – **Bioética: contexto histórico, desafios e responsabilidade.** *Ethica.* 4 (2005) 123–139.
4. PESSINI, L. – **Bioética: das origens à prospecção de alguns desafios contemporâneos.** (2005) 305–324.
5. NOGUEIRA, J. *et al.* – Homem, a ciência e a bioética. **Millenium Journal of Education Technologies and Health.** (2004) 19–26.
6. CHAU, M. – **Introdução.** In: CHAU, M. *Convite à Filosofia.* 11ª Ed. São Paulo: Atica 1999. p. 4–17.
7. CAMPOS, M.; GREIK, M.; VALE, T. – Historia da Etica. **CienteFicoll.** 1, (2002)11.
8. AMORIM, K. – Research ethics in the Brazilian CEP-CONEP system: Necessary reflections. **Ciencia e Saude Coletiva.** 24:3 (2019), 1033–1040. doi: 10.1590/1413-81232018243.35292016
9. PESSINI, L. – As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética,** 21:1 (2013), 09–19. doi: 10.1590/s1983-80422013000100002
10. RUIZ-PÉREZ, Gregorio – La Terapia Genética: Observaciones Para Una Perspectiva Ética. **Scripta Theologica.** 25:1 (1988) 237–252.
11. BONISSON, N. – O grande conflito : a mudança de paradigma na moderna relação jurídica médico-paciente. **Revista Brasileira de Bioética,** 16:1 (2020), 1–18.
12. BEAUCHAMP, T. ; CHILDRESS, J. – **Principles of Biomedical Ethics.** 8ª Ed, 2019. doi: 10.1016/S0733-8627(05)70060-2

13. BAPTISTA, I. – **Ética, Deontologia e Avaliação do Desempenho Docente**. Coleção cadernos do CCAP. 3, 2011. [Acedido a 24 de julho de 2022]. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11641/1/Ética%2C deontologia e avaliação do desempenho docente.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11641/1/Ética%2C%20deontologia%20e%20avaliação%20do%20desempenho%20docente.pdf)
14. CARAPETO, C. – **Ética e Deontologia - Manual de Formação**. 1ª Ed. Lisboa: OET, 2012. ISBN 978-972-99919-1 -2
15. RIEDER, P.; PEREIRA, A. ; PITA, J. – **História ecológico-institucional do corpo**. 1ª Ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. ISBN 978-989-8074-14-0.
16. MARCOS, T. – **Qual é a utilidade dos códigos deontológicos?** Visão. 2018 [Acedido a 27 de julho] Disponível em: <https://visao.sapo.pt/opiniao/ponto-de-vista/silencio-da-fraude/2018-02-22-qual-e-a-utilidade-dos-codigos-deontologicos/>
17. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Apresentação** [Acedido a 27 de julho de 2022] Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/a-ordem-dos-farmaceuticos/apresentacao/>
18. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Código Deontológico**. Diário da República, 2.A série - No . 244. (2021) Reg. 1015-2021
19. CABRAL, C. ; PITA, J. – **Sinopse da História da Farmácia . Cronologia**. Coimbra: CEIS20, 2015, ISBN 978-972-8627-62-1, p.1–21.
20. PITA, J. R. – **História da Farmácia**. Coimbra: Minerva, 1998, ISBN 972-8318-39-1, p. 264
21. PITA, J. R. – Épocas da farmácia em Portugal e na Europa: sinopse histórica. **Revista CEPIHS**, 3 (2013) 245–267.
22. LORENZETTI, J. *et al* – Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: Uma reflexão necessária. **Texto e Contexto Enfermagem**, 21:2 (2012) 432–439. doi: 10.1590/S0104-07072012000200023
23. NOGUEIRA, F. – Aspectos éticos da inovação em saúde em Portugal. **Rev. Bioét.**, 24:1 (2016) 83–90. doi: 10.1590/1983-80422016241109

24. SIMÕES, J. – **Ética e Cuidados de Saúde Primários - Um Estudo Descritivo em Centros de Saúde**. Aveiro:Universidade de Aveiro-Tese de Doutoramento, 2015.
25. PITA, J. R.; BELL, V.; PEREIRA, A. L. – **Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession**. *Acta Medicorum Polonorum*, 4 (2014) 29–52.
26. RIBEIRO, H. – **Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos**. *Saúde e Sociedade*, 13:1 (2004) 70–80. doi: 10.1590/s0104-12902004000100008
27. INFARMED – **Ensaio Clínico**. [Acedido a 27 de julho de 2022] Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/ensaios-clinicos>
28. BESSA, M. R. R. – A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo de caso: a atuação do CNECV. **Dissertação de Mestrado Em Direito - Ciências Jurídico-Políticas**. (2013) 60.
29. TRIBUNAL INTERNACIONAL de NUREMBERG – **Código de Nuremberg**. (1947)
30. HANLEY, B. P.; BAINS, W.; CHURCH, G. – Review of Scientific Self-Experimentation: Ethics History, Regulation, Scenarios, and Views among Ethics Committees and Prominent Scientists. *Rejuvenation Research*. ISSN 15578577. 22:1, (2019) 31–42. doi: 10.1089/rej.2018.2059
31. SALGADO, A. V. (2018). – Ensaio Clínico: História e Atualidade. **Gazeta Médica**. ISSN 2183-8135. 3 (2018)132–133. doi: 10.29315/gm.v3i3.107
32. BHATT, A. – **Evolution of Clinical Research: A History Before and Beyond James Lind**. *Perspectives in Clinical Research*, 1:1 (2010). 6–10.
33. MORO, A.; INVERNIZZI, N. - A tragédia da talidomida: A luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. **Historia, Ciências, Saude - Manguinhos**, 24:3 (2017). 603–622. doi: 10.1590/s0104-59702017000300004.
34. BARATA, R. S. *et al.* - Problemas morais e/ou éticos em comitês de ética em pesquisa. **Revista Bioética**. ISSN 1983-8034. 30:1 (2022) 139–148. doi: 10.1590/1983-

80422022301514pt.

35. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. WMA Declaration of Helsinki – **Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects**. (1964).
36. OFFICE OF THE SECRETARY ETHICAL PRINCIPLES AND GUIDELINES FOR THE PROTECTION OF HUMAN – **The Belmont Report**. (1979).
37. ARAGÃO, A. (2007). – Dimensões Europeias do Princípio da Precaução. **Revista Da Faculdade de Direito Da Universidade Do Porto**. (2007). 245-fim.
38. UNESCO – **Declaração sobre as Responsabilidades das Gerações Presentes em Relação às Gerações Futuras**. (1997).
39. CNECV – **Quem Somos**. 2021.[Acedido a 30 de julho de 2022] Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/quem-somos>
40. COMITÊ DE REDAÇÃO DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS – **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948.
41. JOAQUIM, T. – **Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana**. Lisboa. (1999).
42. PAÇO, S. – Estatuto do Embrião Humano: Uma Visão Humanista. **Gazeta Médica**, 3:4 (2016) 162–167.
43. QUARINI, C. – History of Contraception. **Women´s Health Medicine**, 2:5 (2005) 28–30. doi: 10.1383/wohm.2005.2.5.28
44. LOYOLA, M. A. – **Cinquenta anos de anticoncepção hormonal : a mulher e a pílula**. (2010)
45. DGS. – **Pílula do Dia Seguinte**. **SNS24**. (2019). [Acedido a 2 de agosto de 2022] Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-sexual-e-reprodutiva/pilula-do-dia-seguinte/#sec-0>
46. Matsuoka, J. S. – **Contraceptivo de emergência , sua funcionalidade e a atenção farmacêutica na garantia de sua eficácia**. 2:3 (2019) 154–162.
47. DGS. – **Interrupção Voluntária da Gravidez**. **SNS24**. (2021). [Acedido a 2 de

agosto de 2022] Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/interruptao-voluntaria-da-gravidez/#sec-2>

48. GI. – **Aborto nos EUA: entenda o que era a decisão que garantia o direito, como foi derrubada e como fica acesso de agora em diante.** (2022). [Acedido a 2 de agosto de 2022] Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2022/06/24/aborto-nos-eua-entenda-o-que-era-a-decisao-que-garantia-direito-ao-procedimento-e-como-foi-derrubada.ghtml>

49. OISETH, S. ; JONES, L. ; MAZA, E. – **Questões Éticas Reprodutivas. Lecturio. 2022.** [Acedido a 2 de agosto de 2022] Disponível em: https://www.lecturio.com/pt/concepts/questoes-eticas-reprodutivas/#lecturio-toc__Aborto

50. FASOULIOTIS, S. J., SCHENKER, J. G. (2000). – Ethics and assisted reproduction. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 90:2, (2000) 171–180. doi: 10.1016/S0301-2115(00)00271-2

51. OMS – **Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción.** (2014).

52. NEVES, P. – **Sentidos da vulnerabilidade : característica , condição , princípio. Revista Brasileira de Bioética.** 2 (2006) 157–172.

53. MIRANDA, P. *et al.* – Contraception for Adolescents : Knowledge and Practices in Portugal. **Acta Médica Portuguesa.** 32 (2019) 505–513.

54. TOWNSEND, J. *et al.* – **Contraceptive technologies for global health : ethically getting to safe , effective and acceptable options for women and men.** (2020) 299–303. doi: 10.1007/s13346-020-00726-3.

55. SCHRAMM, F. R.; Escosteguy, C. C. – Bioethics and health care technology assessment. **Cad. Saúde Pública**, (2000) 951-961.

56. VALVERDE, J. L. – Editorial: Ethical challenges in the pharmaceutical industry. **Pharmaceuticals Policy and Law.** ISSN 13892827. 14:2–4 (2012) 123–127. doi: 10.3233/PPL-120349.

57. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – **Lei n.o 95/2019 de 4 de setembro**. Diário da República n.o 169/2019, Série I de 2019-09-04. 2019) 55–66.
58. EMA. – Agência Europeia do Medicamento. **União Europeia**. [Consultado a 4 de agosto de 2022] Disponível em: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/ema_pt
59. INFARMED – **Apresentação** [Consultado a 27 de julho de 2022] Disponível em : <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/apresentacao>.
60. MARTINS, J., RODRIGUES, J., ANTUNES, M., FERRADOR, F., RAMOS, I., RAMOS, R., CASTRO ALVES, E. – **Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde para Portugal (SiNATS) - Criar o Futuro**. (2014).
61. INFARMED, GABINETE JURÍDICO E CONTENCIOSO – **Decreto-Lei n.o 176/2006, 30 de agosto**.
62. EPF – Contributo da farmácia para a Saúde dos Cidadãos Livro Branco do EPF e apelo à acção. **Fórum Europeu Dos Farmacêuticos**. (2015).
63. DIÁRIO DA REPÚBLICA – Lei n.o 131/2015
64. APIFARMA – Actividade Social. [Acedido a 7 de agosto] Disponível em: <https://www.apifarma.pt/actividade/areas-de-intervencao/social/>
65. Haque, O. S. *et al.* – The Ethics of Pharmaceutical Industry Influence in Medicine. **UNESCO**.
66. WORLD COMMISSION ON THE ETHICS OF SCIENTIFIC KNOWLEDGE AND TECHNOLOGY – Declaração conjunta das comissões de ética da UNESCO para garantir igualdade de acesso a todas as vacinas e tratamentos terapêuticos desenvolvidos para enfrentar a COVID-19: declaração conjunta do Comitê Internacional de Bioética (IBC) da UNESCO e da Comi. Em **International Bioethics Committee**.
67. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, Ciência E Cultura. – **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**.
68. CORRIGAN, P. – Pharmacogenetics, ethical issues: review of the Nuffield Council on

Bioethics Report. **J Med Ethics**. 31 (2005) 144–148. doi: 10.1136/jme.2004.007229.

69. NAÇÕES UNIDAS – **Objectivos de Desenvolvimento Sustentável**. (2015). [Acedido a 15 de agosto de 2022] Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>