



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes

Relatórios de Estágio sob a orientação da Dra. Joaquina Sanganha e da Dra. Mariana Sousa Gil e Monografia intitulada “O serviço de Revisão do Uso dos Medicamentos e a adesão à terapêutica” sob a orientação da Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco, referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes

Relatórios de Estágio sob a orientação da Dra. Joaquina Sanganha e da Dra. Mariana Sousa Gil e Monografia intitulada “O serviço de Revisão do Uso dos Medicamentos e a adesão à terapêutica” sob a orientação da Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco, referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro 2023

Eu, Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2018288589, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “O serviço de Revisão do Uso dos Medicamentos e a adesão à terapêutica” 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, 4 de setembro de 2023.



(Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes)

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco, pelo enorme apoio prestado no decorrer desta etapa, por toda a confiança e dedicação. Será sempre uma referência e um exemplo a seguir.

À Dra. Joaquina Sanganha e restante equipa do CHL, pelo carinho com que me receberam e por todos os conhecimentos transmitidos.

À Dra. Mariana Gil e a toda equipa técnica da Farmácia Lis, pela amizade criada e por todo o apoio que me deram durante o estágio. Aprendi muito com cada um de vós.

Aos meus pais, pelo amor e apoio constante, por confiarem sempre nas minhas capacidades e me ensinarem a lutar pelos meus sonhos. Por me transmitirem o que é ser estudante de Coimbra e sentir este amor que não se explica.

À minha irmã, para sempre a menina dos meus olhos. Por confiares sempre em mim, por estares sempre lá para me amparar quando algo corria mal e para celebrares comigo quando alcançava mais um objetivo. Não teria conseguido sem ti!

Ao meu namorado, pelo amor, paciência e apoio incondicional. Foste sinónimo de casa em Coimbra, o meu porto seguro. Por confiares em mim, mesmo quando eu não acreditava e por teres vivenciado, a meu lado, todas as etapas e todo o amor que Coimbra nos ofereceu.

Aos meus avós, os meus principais admiradores, por se demonstrarem sempre orgulhos do meu percurso e por terem sido colo longe de casa. Obrigada do fundo do coração por todo o carinho.

Às minhas amigas de Coimbra, pelos 5 anos de amizade, por todos os momentos, emoções e ensinamentos. São o melhor que levo de Coimbra.

À Maria, a minha melhor escolha. Obrigada por toda ajuda, conselhos e por acreditares que sou sempre capaz.

À minha Gabi, por teres confiado em mim desde o primeiro dia. Por todo o carinho e por tornares Coimbra ainda mais bonita.

Ao NEF/AAC, a minha segunda casa, por todo o crescimento profissional e pessoal.

A Coimbra, pelos melhores anos da minha vida.

Voltarei sempre.

Índice

PARTE I - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Lista de Abreviaturas	7
Introdução	8
1. Serviço Farmacêutico do Centro Hospitalar de Leiria	9
2. Análise SWOT	10
2.1. Pontos Fortes.....	10
2.1.1. Integração na equipa e única estagiária no período de estágio	10
2.1.2. Organização e estrutura física do SF e utilização da Denominação Comum Internacional (DCI)	10
2.1.3. Cedência de material de apoio e trabalhos realizados.....	11
2.1.4. Planificação do estágio – passagem por todos os setores.....	11
2.1.5. Aquisição de conhecimentos.....	12
2.2. Pontos Fracos	12
2.2.1. Falta de investimento	12
2.2.2. Ausência do serviço de farmacocinética e farmácia clínica reativa.....	12
2.2.3. Duração do estágio e falta de autonomia.....	12
2.3. Oportunidades.....	13
2.3.1. Serviço Farmacêutico com muitas valências.....	13
2.3.2. Preparação de Citotóxicos e Não Estéreis	13
2.4. Ameaças	13
2.4.1. Falta de profissionais e materiais.....	13
2.4.2. Plano de estudos do MICF pouco desenvolvido na área de Farmácia Hospitalar.....	14
2.4.3. Desvalorização da classe	14
3. Conclusão.....	14
Referências Bibliográficas	16
Anexos	17
Anexo I – Organigrama do Centro Hospitalar de Leiria.....	17

PARTE II - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de Abreviaturas	19
Introdução	20
1. Farmácia Lis	21
2. Análise SWOT	22
2.1. Pontos Fortes.....	22
2.1.1. Plano de Estágio	22
2.1.2. Espírito de equipa	22
2.1.3. Confiança nos estagiários, autonomia e responsabilidade.....	23
2.1.4. Importância do <i>robot</i>	23
2.2. Pontos Fracos	23
2.2.1. Erros de <i>stock</i>	23
2.2.2. Medicamentos manipulados.....	24
2.2.3. Dificuldade em associar o nome comercial ao princípio ativo.....	24

2.3.	Oportunidades.....	25
2.3.1.	<i>Software</i>	25
2.3.2.	Formações complementares	25
2.4.	Ameaças	26
2.4.1.	Medicamentos esgotados.....	26
2.4.2.	Locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)	26
3.	Casos Práticos.....	27
4.	Conclusão.....	31
	Referências Bibliográficas	32

PARTE III - Monografia "O serviço de Revisão do Uso dos Medicamentos e a adesão à terapêutica"

	Resumo	34
	<i>Abstract</i>	35
	Lista de Abreviaturas	36
	Introdução	38
	Métodos.....	42
	População e instrumentos	43
	Plano de estudo.....	43
	Análise dos dados	44
	Resultados	44
	Caracterização da amostra.....	44
	Avaliação da adesão à terapêutica	46
	Discussão.....	48
	Conclusão.....	53
	Referências Bibliográficas	54
	Anexos	56
	Anexo I – Consentimento Informado.....	56
	Anexo II – Protocolo de Revisão do Uso de Medicamentos (Ficha clínica do utente).....	60
	Anexo III – Questionário BMQ (<i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i>).....	61
	Anexo IV – Questionário MAUQ (<i>Medication Adherence Universal Questionnaire</i>).....	62

PARTE I

Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Centro Hospitalar de Leiria – E.P.E.

Sob a orientação da Dra. Joaquina Sanganha



Lista de Abreviaturas

CA – Conselho de Administração

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DCI – Denominação Comum Internacional

EC – Ensaio Clínico

JCI – *Joint Commission International*

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

SF – Serviço Farmacêutico

SWOT – *Strengths, Weakness, Opportunities and Threats*

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

Introdução

A Farmácia Hospitalar é uma das áreas da prática farmacêutica mais desafiante, pois é uma área pouco abordada, que gera um grande número de dúvidas, sendo, no entanto, o trabalho do Farmacêutico Hospitalar imprescindível para a saúde e bem-estar do doente. Farmácia hospitalar corresponde a todas as atividades farmacêuticas realizadas em organismos hospitalares ou serviços relacionados (1) e os farmacêuticos hospitalares têm como objetivo garantir que todos os doentes recebem o medicamento certo, na dose, via de administração e tempo certos, otimizando os resultados em saúde pela utilização segura, eficaz, apropriada e custo-efetiva dos medicamentos (2).

Os Serviços Farmacêuticos têm ainda de executar a seleção e aquisição dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos farmacêuticos, assim como o seu aprovisionamento, armazenamento e distribuição, realizar atividades de Farmacovigilância, Farmácia Clínica e Farmacocinética e participar nas Comissões Técnicas, no Ensino e na Investigação.

O Estágio Curricular em Farmácia Hospitalar realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) permite aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso com o contexto real e adquirir novos conhecimentos e competências.

Ao longo deste relatório pretendo traçar um plano geral do trabalho dos Farmacêuticos do Serviço Farmacêutico (SF) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), assim como do circuito do medicamento, que tive a oportunidade de acompanhar no decorrer do estágio curricular, no período de 9 de janeiro a 6 de março de 2023.

O estágio curricular foi coordenado pela Doutora Joaquina Sanganha, que procurou uma estruturação eficaz do mesmo, tendo em conta a complexidade do SF e do próprio estágio. Para tal, recorri à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), método de planeamento estruturado, que permite identificar as forças, oportunidades, fatores internos ou externos favoráveis ou desfavoráveis para atingir um determinado objetivo (3), de modo a permitir, de forma simples, identificar as prioridades de atuação, os riscos a ter em consideração e os problemas a resolver, bem como as oportunidades e as vantagens a investir e a fortificar.

I. Serviço Farmacêutico do Centro Hospitalar de Leiria

O CHL é um Hospital acreditado pela *Joint Commission International (JCI)*, um organismo não-governamental norte-americano, sem fins lucrativos, que tem como objetivo melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados médicos na comunidade internacional.

No CHL o SF situa-se no piso 00, numa zona próxima da entrada e de fácil acesso. Este possui competências para dar resposta a questões técnicas, científicas, económicas, administrativas, assistenciais, sendo um departamento com autonomia, mas dependente do conselho de administração (CA) do hospital. A sua maior missão é assegurar a terapêutica medicamentosa às pessoas em contexto de doença, com critérios de qualidade, segurança, eficácia e eficiência, apoiados pela evidência científica, e contribuir no processo assistencial ao doente através da articulação entre os diversos departamentos técnicos, com integração das diversas equipas de cuidados de saúde. O SF assume a responsabilidade de todas as questões relacionadas com o medicamento e está articulado com outros serviços da estrutura do hospital (Anexo I).

A direção técnica do SF é assegurada pela Dra. Joaquina Sanganha, que exerce funções de coordenação e representação do serviço. Exercem também funções 10 farmacêuticos (Dra. Ana Filipa Fernandes, Dra. Áurea Bravo, Dr. Carlos Santos, Dra. Cátia Fernandes, Dra. Isabel Varela Dias, Dra. Márcia Lisboa, Dra. Marília Ganhão, Dra. Rita Marques, Dra. Sandra Almeida e Dra. Sara Portugal), 3 farmacêuticos residentes, 12 técnicos, 1 administrativa e 7 auxiliares.

Os SF do CHL funcionam de segunda-feira a sexta-feira, das 9h às 18h e fora deste horário existe sempre uma farmacêutica de prevenção (das 18h às 24h). Em relação ao atendimento em regime de ambulatório, este ocorre de segunda-feira a sexta-feira, das 10h30 às 12h30 e das 15h30 às 16h30 no Hospital de Leiria. No Hospital de Pombal e Alcobaça, este atendimento ocorre apenas às quintas-feiras das 11h às 13h e às terças-feiras das 14h30 às 16h30, respetivamente.

O SF está física e funcionalmente dividido em diferentes setores desde a Gestão, Aprovisionamento e Logística, Distribuição, Farmacotecnia, Farmacovigilância, Ensaio Clínicos e Comissões Técnicas.

No que diz respeito à gestão informática, no CHL utiliza-se a aplicação GHAF da empresa ST+I, um *software* especializado na área hospitalar, que permite a prescrição *online* e a distribuição por dose unitária.

2. Análise SWOT

2.1. Pontos Fortes

2.1.1. Integração na equipa e única estagiária no período de estágio

O meu estágio nos SF do CHL terminou com um balanço bastante positivo e deixou-me com vontade de um dia regressar. Desde o primeiro dia que me senti muito bem acolhida por toda a equipa, permitindo-me uma fácil adaptação e uma ótima integração no grupo.

A equipa farmacêutica demonstrou-se sempre muito prestável e preocupada com a minha aprendizagem enquanto estagiária, o que permitiu ultrapassar todas as minhas dificuldades ao longo do estágio e permitiu, também, estabelecer boas relações interpessoais com toda a equipa.

O facto de ser a única estagiária no meu período de estágio também foi um ponto bastante positivo, uma vez que me possibilitou passar por todas as áreas e acompanhar todas as tarefas dos farmacêuticos em cada serviço, havendo uma enorme rotatividade de serviços e doentes.

2.1.2. Organização e estrutura física do SF e utilização da Denominação Comum Internacional (DCI)

Outro ponto forte dos SF é a sua estrutura física, pois encontram-se bem organizados, permitindo uma ótima distribuição dos medicamentos e um melhor funcionamento dos SF.

A distribuição é, deste modo, um dos maiores pontos fortes dos SF do CHL, pois está muito bem organizada, permitindo aceder aos medicamentos de forma simples, rápida e segura, garantindo uma administração rápida e correta da medicação necessária aos doentes. Foi, para mim, uma mais-valia acompanhar e observar o trabalho dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT) na área de distribuição, pois permitiu-me entender melhor como tudo se processa. Tive, também, a oportunidade de conhecer o armazenamento periférico do serviço de medicina, ficando com uma maior perceção do funcionamento do serviço e do trabalho importante desempenhado pelo farmacêutico hospitalar na organização da medicação.

O facto de se trabalhar em DCI é algo que também considero vantajoso, pois é a denominação que utilizamos ao longo do curso, facilitando a familiaridade com os medicamentos.

2.1.3. Cedência de material de apoio e trabalhos realizados

Tive a oportunidade de aceder a documentação variada, tais como os vários procedimentos do CHL, normas e legislações e de realizar alguns trabalhos propostos por algumas farmacêuticas do serviço, o que se revelou bastante útil para consolidação de conhecimentos.

2.1.4. Planificação do estágio – passagem por todos os setores

A organização do estágio curricular permitiu-me a passagem por todos os setores do SF, podendo, desta forma, vivenciar a atividade desenvolvida em cada uma delas:

- Gestão, logística e aprovisionamento, onde pude acompanhar o processo de aquisição de medicamentos, principalmente o atendimento para cedência de medicamentos sujeitos a legislação restrita (estupefacientes e psicotrópicos e derivados do plasma humano).

- Distribuição, setor que visa cumprir o plano terapêutico prescrito e validado, com a dispensa do medicamento certo, ao doente certo, na quantidade certa, garantindo a segurança, eficiência, qualidade e o uso racional do medicamento.

- Farmacotecnia, em primeiro lugar com a preparação de Citotóxicos, onde acompanhei a preparação e manipulação dos mesmos, aprofundando os meus conhecimentos relativos a protocolos de quimioterapia. Em segundo lugar, com a preparação de alguns Não Estéreis, onde tive a oportunidade de participar na preparação de bochechos de nistatina, para doentes oncológicos e em serviços paliativos, soluções de azul de bromotimol, para o serviço de obstetrícia e suspensões orais de prednisolona, para a pediatria, permitindo-me consolidar os conhecimentos de Farmácia Galénica.

- Dispensa de medicamentos de ambulatório, na qual senti uma proximidade enorme entre o doente e o farmacêutico, permitindo acompanhar de perto e de uma forma mais privada cada doente, perceber as suas dúvidas, as suas terapêuticas e o papel do farmacêutico hospitalar na ajuda da gestão da terapêutica. Outorgou-me, ainda, o contacto com os mais diversos fármacos dispensados neste serviço, assim como patologias raras.

- Ensaio clínico (EC), onde o farmacêutico hospitalar deve assegurar que o medicamento a ser estudado é manuseado e armazenado de forma correta e garantir que o medicamento é administrado somente a doentes incluídos no ensaio. Por isso, no CHL, faz-se o registo de todas as atividades do EC, ou seja, a entrada, saída e devolução dos medicamentos, a medicação devolvida que não é dispensada, os medicamentos dispensados, as respetivas datas de dispensa, os prazos de validade, as reações adversas que podem ocorrer durante o estudo e as temperaturas de armazenamento da medicação.

2.1.5. Aquisição de conhecimentos

Ao passar pelos variados setores, aprofundei os conhecimentos teóricos e práticos de Farmácia Hospitalar. Para além disso, a capacidade de solucionar problemas, o espírito crítico, o sentido de responsabilidade e a capacidade de comunicação com o doente e com outros profissionais, são algumas das competências que adquiri durante o estágio e que levarei para a minha futura vida profissional.

2.2. Pontos Fracos

2.2.1. Falta de investimento

No CHL faz-se sentir o pouco investimento em recursos humanos, económicos e materiais, razão pela qual certas áreas estão pouco desenvolvidas, como por exemplo, as visitas aos vários serviços por parte dos farmacêuticos, que assumem importantes responsabilidades sobre eles. A produção de preparações farmacêuticas ficou aquém das minhas expectativas, pois são preparados poucos manipulados no CHL, pela mesma razão anteriormente referida.

2.2.2. Ausência do serviço de farmacocinética e farmácia clínica reativa

Nos SF do CHL não existe serviço de farmacocinética, área de atuação onde o farmacêutico se pode afirmar, pois acredito que o futuro do medicamento e da área farmacêutica vai estar cada vez mais dependente da monitorização da terapêutica, assente nas concentrações de fármacos e metabolitos no organismo humano. A farmácia clínica no CHL é apenas reativa, o que, do meu ponto de vista, é um grande ponto fraco. Apesar de haver uma boa colaboração entre os farmacêuticos e os restantes profissionais de saúde da instituição, não senti que o serviço de farmácia clínica estivesse muito presente. Penso ser essencial a prestação dos serviços farmacêuticos centrados no doente, para além de apenas o serviço de dispensa de medicamentos e considero ser possível articular os diversos serviços, como a monitorização do estado de saúde, a revisão da medicação, o acompanhamento farmacoterapêutico, entre outros, com as outras estruturas prestadoras de cuidados de saúde e com os restantes profissionais de saúde, com vista à prestação de melhores cuidados à pessoa em contexto de doença.

2.2.3. Duração do estágio e falta de autonomia

O estágio em Farmácia Hospitalar teve uma duração de 280 horas, o que equivale a cerca de 2 meses. Apesar de ter conseguido passar por todos os setores no decorrer do estágio, senti que dois meses não são suficientes para assimilar todo o funcionamento do SF integrado

no hospital, nem para me adaptar na totalidade à complexidade e funções desses mesmos setores. Para além disto, também considero uma grande desvantagem a falta de autonomia que temos enquanto estagiários no hospital, uma vez que tive a possibilidade de participar em todo o circuito, mas muito com base na observação.

2.3. Oportunidades

2.3.1. Serviço Farmacêutico com muitas valências

O SF tem de acompanhar as necessidades do CHL, em que cada setor tem funções e objetivos específicos. Estes setores juntos contribuem para o cumprimento do Circuito do Medicamento e para a correta e racional utilização do mesmo. A existência de Comissões Técnicas é, também, crucial para a organização e segurança do hospital. Estando em permanente desenvolvimento, correspondem a oportunidades para a implementação de novas normas necessárias à melhoria da dinâmica hospitalar.

2.3.2. Preparação de Citotóxicos e Não Estéreis

A preparação de quimioterapia e preparações não estéreis tem a capacidade para se expandir no SF do CHL e desenvolver ainda mais, uma vez que esta área tem ótimas instalações, bons equipamentos e profissionais competentes para que tal aconteça.

2.4. Ameaças

2.4.1. Falta de profissionais e materiais

A falta de financiamento prejudica as possibilidades de desenvolvimento e crescimento dos SF, tanto em termos de recrutamento de profissionais e obtenção de recursos materiais, como ao longo de todo o processo de Investigação e Desenvolvimento. Aquando da minha passagem pelos diversos setores, apercebi-me da falta de profissionais, principalmente farmacêuticos. Este facto traduz-se na incapacidade de cumprir todos os objetivos que os SF primaram em tempos, como por exemplo, as visitas farmacêuticas aos diversos serviços do hospital. Esta situação pode, ainda, levar ao incremento de erros de medicação, pondo em risco a segurança e saúde dos doentes.

2.4.2. Plano de estudos do MICF pouco desenvolvido na área de Farmácia Hospitalar

Inegavelmente, o MICF tem um plano de estudos muito abrangente, que se diferencia pelas múltiplas ferramentas e conhecimento que fornece nas mais variadas áreas de atuação farmacêutica. A Unidade Curricular de Farmácia Hospitalar, lecionada no último ano do curso, deu-nos conhecimentos basilares para as noções básicas desta área, no entanto, os temas abordados na cadeira foram escassos e muito baseados em Hospitais de maiores dimensões, como o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), tendo sido a adaptação ao meio hospitalar mais atribulada do que o expectável, já que eram abordados alguns temas e conceitos pouco abordados na nossa formação. Desta forma, considero essencial uma maior abordagem na área da oncologia e das terapêuticas instituídas na mesma, bem como medicamentos biológicos e medicamentos de uso exclusivo hospitalar.

2.4.3. Desvalorização da classe

No decorrer do estágio, foi possível entender a importância do farmacêutico hospitalar enquanto profissional de saúde crucial para o contínuo e correto funcionamento do hospital e para a prestação de cuidados de saúde com qualidade. Contudo, apercebi-me da falta de conhecimento e valorização do papel do mesmo na sociedade. Desta forma, considero que os farmacêuticos hospitalares se devem impor quanto ao seu papel crucial na saúde da comunidade e que os estudantes do MICF devem ser mais bem instruídos quanto a esta temática, de forma a contrariar esta desvalorização da classe.

3. Conclusão

Iniciei este estágio sem conhecer a realidade do Farmacêutico Hospitalar. Realizar este estágio foi uma grande mais-valia neste sentido, pois tive a oportunidade de acompanhar o dia-a-dia destes profissionais de saúde, percebendo que desempenham tarefas de grande responsabilidade e importância, tendo sempre como foco principal a pessoa no contexto de doença e os seus cuidados.

Foram dois meses muito enriquecedores, que me permitiram confirmar a importância do farmacêutico no contexto de saúde, a versatilidade das tarefas que realiza e a responsabilidade que desempenha enquanto especialista do medicamento sobre todo o circuito da medicação utilizada no hospital.

O estágio curricular no CHL possibilitou aprofundar conhecimentos obtidos no MICF e relacioná-los com a prática no mundo real, assim como, obter novos conhecimentos e valências. Apesar de ter sido um estágio completamente observacional, a motivação constante pela obtenção de novos conhecimentos por parte de toda a equipa, incentivou-me a ultrapassar os desafios diários e incutiu-me um modo de trabalho mais determinado e com mais rigor.

No hospital há um maior contacto com patologias mais diversificadas relativamente ao contexto em farmácia comunitária, o que faz com que o farmacêutico hospitalar tenha de estar em constante atualização científica, tanto em relação a novos fármacos, como a novas legislações, valorizando-o em termos profissional e pessoal. A realização deste estágio permitiu-me evoluir tanto a nível profissional como pessoal, conhecer uma nova realidade e uma área pela qual fiquei verdadeiramente encantada.

Concluindo, o farmacêutico hospitalar deve reafirmar-se na comunidade, demonstrando as demais capacidades que possui na equipa multidisciplinar que integra no uso seguro, correto e racional do medicamento.

Referências Bibliográficas

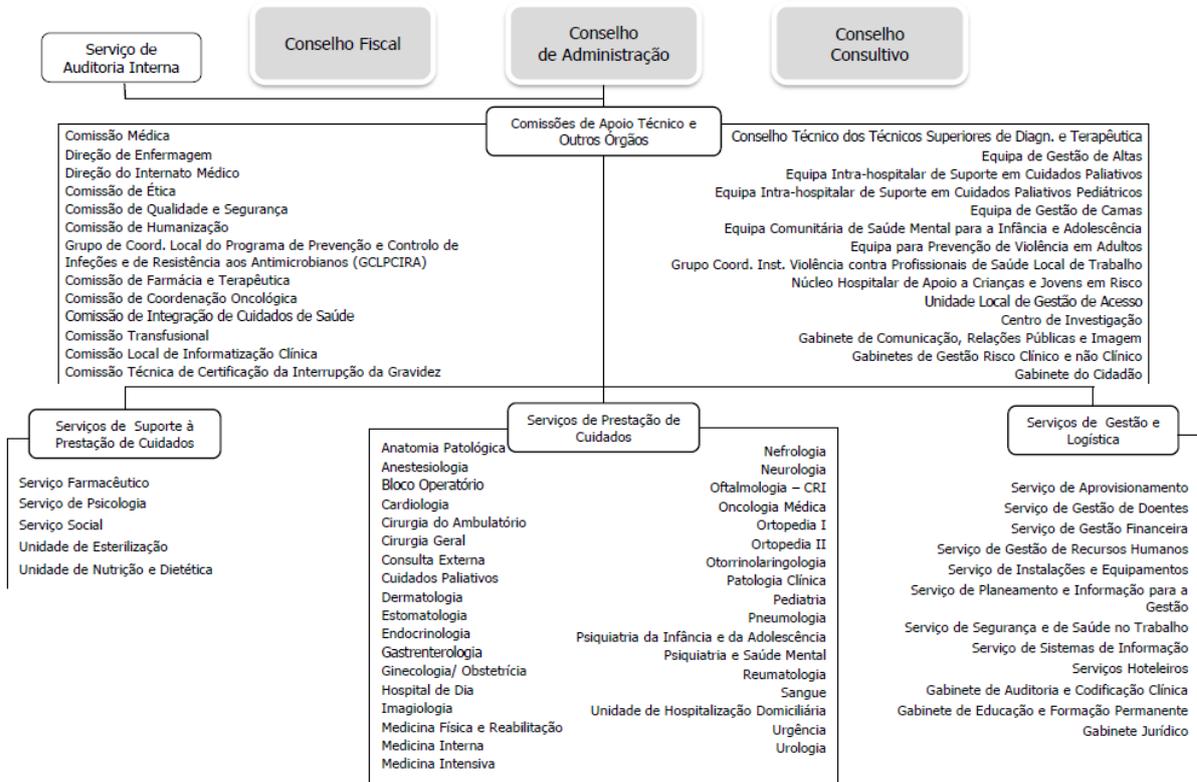
1. INFARMED - GABINETE JURÍDICO E CONTENCIOSO. Decreto-Lei n.º 44204, de 2 de Fevereiro de 1962. Legislação Farmacéutica Compilada [Consultado 20 abr 2023]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf
2. CONSELHO EXECUTIVO DA FARMÁCIA HOSPITALAR. Manual de Farmácia Hospitalar [Consultado 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c>
3. Wehrich H. The TOWS matrix - A tool for situational analysis. Long Range Plann. 1982 Apr 1;15(2):54-66.

Anexos

Anexo I – Organigrama do Centro Hospitalar de Leiria



ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



31 de agosto de 2022

PARTE II

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia Lis

Sob a orientação da Dra. Mariana Sousa Gil



Lista de Abreviaturas

CoQ10 – Coenzima Q10

DCI – Denominação Comum Internacional

FL – Farmácia Lis

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

ITU – Infecção do Trato Urinário

MAPA – Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

PIM – Preparação Individualizada da Medicação

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PVP – Preço de Venda ao Público

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

Introdução

O farmacêutico comunitário é, cada vez mais, o profissional de saúde que mais próximo se encontra da população, tendo um papel preponderante na promoção da saúde e bem-estar da população, principalmente na área em que é mais especializado: o medicamento (1). Para além de especialista do medicamento, o farmacêutico é, também, um agente de saúde pública, promotor do bem-estar do cidadão e da comunidade em geral (2). Tem a responsabilidade de garantir que os utentes recebem o medicamento certo, na dose certa, dando as devidas orientações acerca do seu uso, posologias e possíveis efeitos adversos, assegurando a qualidade, segurança e eficácia aquando do ato da dispensa do medicamento.

De acordo com o Artigo 2º da Portaria n.º 1429/2007, do Decreto-Lei n.º 307/2007, podem ser prestados diversos serviços numa farmácia comunitária, como a administração de medicamentos e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), realização de testes rápidos de rastreio, Campanhas de Informação, entre outros, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde à comunidade (3).

O Estágio Curricular em Farmácia Comunitária, inserido no plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), concede aos estudantes a oportunidade de aplicar e aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, contribuindo, ainda, para a aquisição de novas competências que serão essenciais para o exercício da atividade farmacêutica.

O presente Estágio Curricular decorreu entre os dias 8 de março e 7 de julho de 2023, na Farmácia Lis (FL), em Leiria, sob a orientação da Dra. Mariana Sousa Gil, Farmacêutica Substituta da FL. Conteí, ainda, com a ajuda do Diretor Técnico, Dr. António Rodrigues Antunes, e restante equipa técnica da FL, que foram basilares para o correto desenvolvimento do meu estágio e para prosperar os meus conhecimentos.

Escolhi a FL para a realização do meu estágio, não só devido à sua localização estratégica e consequente diversidade de utentes, como também pelo reconhecimento do bom aconselhamento prestado pela equipa técnica enquanto utente da mesma.

Elaborado sob a forma de uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), este relatório pretende demonstrar a experiência obtida por mim no decorrer do Estágio Curricular em Farmácia Comunitária na FL, identificando as forças, oportunidades,

fatores internos ou externos, favoráveis ou desfavoráveis para atingir um determinado objetivo (4).

São ainda relatados cinco casos práticos reais com que me deparei no decorrer desta etapa na FL.

I. Farmácia Lis

A FL situa-se numa zona residencial muito movimentada, com muitos supermercados, cafés e pontos de venda, o que permite um grande fluxo de utentes, havendo um contacto acrescido com cenários diferenciados. É uma farmácia de grandes dimensões composta por uma zona de atendimento ao público com 6 balcões, 1 gabinete de atendimento, armazém, gabinetes de direção técnica e contabilidade, zona de receção de encomendas e trabalho *back-office*, laboratório, zona de refeições e instalações sanitárias.

Apresenta uma vasta gama de produtos homeopáticos, fitoterápicos, dermocosméticos, ortopédicos, de higiene oral, puericultura, veterinária e suplementos alimentares.

A FL possui um horário de funcionamento bastante alargado, decorrendo o mesmo entre as 9h e as 24h todos os dias, incluindo fins-de-semana e feriados. Disponibiliza aos seus utentes um conjunto de variados serviços passíveis de serem prestados em Farmácia Comunitária, tais como: avaliação de parâmetros bioquímicos, como sejam glicémia, pressão arterial e colesterol total, efetuada em gabinete próprio, administração de vacinas e medicamentos injetáveis, realização de Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA), consultas de nutrição clínica e podologia e serviço de Preparação Individualizada da Medicação (PIM).

Apresenta o serviço de entregas ao domicílio através de um estafeta interno (distrito de Leiria) ou via *Alliance Healthcare* (país inteiro), assegurando que os medicamentos e os produtos de saúde chegam aos utentes que necessitam deles.

Disponibiliza, ainda, o serviço de realização de testes à COVID-19.

Tendo uma equipa multidisciplinar, a FL tem a capacidade de garantir a prevenção de doenças e o uso racional de medicamentos, melhorando a qualidade de vida dos utentes e da população em geral.

2. Análise SWOT

2.1. Pontos Fortes

2.1.1. Plano de Estágio

O Estágio Curricular em Farmácia Comunitária na FL teve um planeamento por etapas para que o crescimento do estagiário fosse gradual. Numa primeira fase, estive mais em contacto com o trabalho de *backoffice*, onde realizei tarefas como receção de encomendas, aprovisionamento, controlo das entradas e saídas dos medicamentos considerados psicotrópicos, bem como o armazenamento de produtos, entre outros. As competências adquiridas nesta fase são fundamentais para que a fase de atendimento decorra com maior destreza, uma vez que relacionamos os princípios ativos com as marcas dos medicamentos, permitindo-nos uma maior familiarização com os mesmos e com os restantes produtos, relembramos o funcionamento do programa SIFARMA® e conhecemos os locais de armazenamento de todos os produtos da farmácia. Posteriormente, tive a oportunidade de auxiliar no processo de PIM, o que me permitiu não só aprimorar os meus conhecimentos acerca de patologias e terapêutica associada, como também relembrar a importância que o auxílio na gestão de regimes terapêuticos complexos tem junto dos utentes.

Finda a primeira fase do plano de estágio, passei para a segunda fase: o atendimento ao público no balcão. Primeiramente, realizei atendimentos sob a supervisão de um dos colaboradores da farmácia, nos quais me foram explicadas todas as funções que o programa SIFARMA® oferece. Por fim, foi-me dada autonomia para realizar atendimentos sozinha, adquirindo uma maior independência nas tarefas que fui realizando.

Considero, deste modo, que o planeamento do estágio foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional, pois fui contactando com as tarefas da FL de forma gradual, dando-me maior confiança para as fases seguintes, principalmente o atendimento.

2.1.2. Espírito de equipa

Um dos pontos fortes que mais saliento no decorrer do meu estágio na FL é, sem dúvida, a equipa técnica, caracterizada por uma grande amizade, respeito mútuo, motivação e entreajuda. Trata-se de uma equipa muito completa e experiente, que me ajudou a superar cada desafio, a ser mais confiante e autónoma e a prestar um serviço de excelência em todos os atendimentos. Existe uma ótima comunicação, permitindo a deteção de falhas e correção das mesmas, de forma fácil e respeitosa e o trabalho em equipa é visível, permitindo um fluxo de trabalho eficiente. Toda a equipa foi um enorme apoio nesta fase do meu percurso

académico, compartilhando conhecimentos com empatia e permitindo-me evoluir enquanto futura profissional de saúde e enquanto pessoa.

Na FL testemunhei uma ótima equipa de trabalho, assente na entreaajuda e apoio mútuo, na boa comunicação e aprendizagem contínua.

2.1.3. Confiança nos estagiários, autonomia e responsabilidade

A equipa da FL deposita muita confiança nos estagiários, incentivando a realização de tarefas com total autonomia e apoio por parte da mesma, exponenciando o maior desenvolvimento profissional dos estagiários. Foram-me atribuídas responsabilidades que me desafiaram e me fizeram crescer enquanto profissional, com maior confiança nas minhas capacidades. Foi-me permitido executar, por exemplo, Rastreios Cardiovasculares à população, realizar individualmente o serviço da PIM, o que demonstrou a confiança que a equipa tem no meu trabalho.

Desta forma, foi mais fácil ultrapassar os desafios inerentes ao estágio em Farmácia Comunitária, enquanto adquiria autonomia e responsabilidade, bandeiras imprescindíveis para o trabalho de um futuro farmacêutico.

2.1.4. Importância do robot

A FL possui um *robot* que permite rentabilizar o tempo de atendimento. Este permite o armazenamento de uma grande quantidade de medicamentos, estando ligado ao sistema SIFARMA®.

Um elemento da FL dá entrada dos medicamentos no *robot* e a saída dos mesmos é feita de acordo com a sua validade, ou seja, segundo a regra do “*first in, first out*”.

É uma tecnologia que traz muitas vantagens, como, por exemplo, permite rentabilizar o espaço da farmácia, faz um controlo rigoroso das validades dos medicamentos e evita que se cometam erros aquando do atendimento, quer seja ao nível de dosagens, quer seja pela troca do próprio medicamento. Assim, maximiza-se o sucesso da dispensa dos medicamentos, com o medicamento certo, na dosagem certa, sendo um ponto bastante forte do meu estágio.

2.2. Pontos Fracos

2.2.1. Erros de stock

Na FL todos os produtos para dispensa constam no *stock* (número de embalagens disponíveis na farmácia) que pode ser consultado através do SIFARMA®.

Não obstante, por vezes, o *stock* real não coincidia com o *stock* constante no SIFARMA[®], o que provocou alguns constrangimentos, principalmente aquando dos atendimentos, uma vez que dava a existência de determinado produto quando na realidade não existia na farmácia.

De forma a minimizar estas falhas, são realizados inventários periódicos com correção de *stocks*, com a colaboração da equipa técnica.

2.2.2. Medicamentos manipulados

A manipulação de medicamentos corresponde a um conjunto de procedimentos de carácter técnico que levam à elaboração de uma forma farmacêutica e sua embalagem, com o devido controlo. Destina-se à preparação assética de formulações de medicamentos noutras formas farmacêuticas ou dosagens ou composição, não comercializadas, ou que necessitam de diluição, prescritas de acordo com as necessidades terapêuticas e características individuais do doente.

A preparação de medicamentos manipulados foi um dos pontos fracos no decorrer do meu estágio, uma vez que é um procedimento que não acontece frequentemente na FL. Embora muitas farmácias não realizem manipulação ou realizem em pequena escala (caso da FL), esta é uma área que está em crescimento, pois, cada vez mais se valoriza os medicamentos individualizados.

2.2.3. Dificuldade em associar o nome comercial ao princípio ativo

Foi instituída, em junho de 2012, a prescrição médica e dispensa de medicamentos por Denominação Comum Internacional (DCI), isto é, segundo a substância ativa. Deste modo, o utente pode escolher se quer adquirir o medicamento de marca ou o medicamento genérico, cumprindo a prescrição do médico (5).

Numa fase inicial do estágio senti alguma dificuldade na associação dos princípios ativos aos nomes comerciais, pois, durante o MICF, a nossa formação foca-se principalmente na substância ativa. Acabou por se tornar um constrangimento, uma vez que a maioria dos utentes conhece os medicamentos através do seu nome comercial e, quando me questionavam se tinham determinado medicamento na receita, eu não era capaz de dar uma resposta imediata. No entanto, esta dificuldade foi ultrapassada através do contacto repetido com os medicamentos, quer aquando da sua receção, quer aquando da sua cedência.

2.3. Oportunidades

2.3.1. Software

O SIFARMA[®], *software* desenvolvido pela Glintt, é o programa utilizado na FL. É dividido em 3 módulos: Sifarma Atendimento, Sifarma Encomendas e Sifarma Clínico, permitindo, deste modo, não só realizar um atendimento mais simples e espontâneo, como também realizar encomendas (instantâneas e diárias), rececioná-las, analisar os históricos de compras e vendas e controlar os *stocks*. Este programa informático possui, ainda, uma componente científica muito alargada, onde cada produto tem associadas as suas informações essenciais, tais como, indicações terapêuticas, posologia, doses, contraindicações, interações medicamentosas, etc. Desta forma, é possível, durante os atendimentos, consultar e relembrar diversas informações e alertar os utentes acerca dos detalhes essenciais do produto que estava a dispensar. Como referido anteriormente, numa fase inicial do estágio tinha alguma dificuldade em associar os nomes comerciais aos princípios ativos dos medicamentos, sendo esta ferramenta uma ajuda crucial. Acredito que esta ferramenta foi uma mais-valia para o meu futuro enquanto farmacêutica.

2.3.2. Formações complementares

De acordo com o Artigo 12 do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, o farmacêutico deve manter-se em constante atualização de conhecimentos, de modo a melhorar continuamente a sua atividade perante a população (2). A FL prima, diariamente, pela sua atualização, realizando formações complementares para que toda a equipa técnica possa relembrar conhecimentos e estar a par das últimas novidades dentro da nossa área. No decorrer do estágio, vários delegados comerciais deslocaram-se à farmácia com o objetivo de promover a sua marca e/ou produto. Assim, tive a oportunidade de assistir a várias formações que permitiram conhecer os detalhes de cada produto apresentado, isto é, indicações, posologia e como fazer o aconselhamento do mesmo.

Desta forma, estas Formações Complementares demonstraram-se bastante úteis durante os atendimentos, uma vez que passei a conhecer os produtos das marcas na sua totalidade, ficando mais fácil recomendar o produto certo para o objetivo do utente.

2.4. Ameaças

2.4.1. Medicamentos esgotados

No decorrer do estágio, deparei-me com vários medicamentos que, por variadas razões, se encontravam esgotados no mercado. Um medicamento pode estar temporariamente esgotado devido, por exemplo, a uma rutura.

Perante esta situação, pode-se tentar atuar de várias formas: quando existente, sugerir a troca por outro medicamento do mesmo grupo homogéneo, ou pedir ao utente para recorrer ao médico para que este prescreva uma alternativa, ou, caso o utente assim desejar, avisá-lo quando recebermos novamente o produto. Este fator tornou-se, de facto, um desafio, pois, muitas vezes, os utentes não entendiam que a situação não estava sob o nosso controlo e ficavam bastante receosos com a possibilidade de não ter a sua medicação disponível.

Contactei, neste período, com sucessivas ruturas de medicamentos, como por exemplo, Cloxam[®], Inderal[®], Ovestin[®], Ozempic e Trulicity[®], para os quais, na maioria, não existia alternativa disponível no mercado e a sua toma não podia ser interrompida.

Posto isto, a rutura frequente no fornecimento de alguns medicamentos é uma situação que, para além de criar descontentamento no utente, pode colocar em risco a saúde do mesmo.

2.4.2. Locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

Os locais associados a grandes superfícies comerciais ou lojas *online* conseguem ter MNSRM e outros produtos, como suplementos alimentares, higiene oral, produtos de cosmética, entre outros, a preços menores por terem a capacidade de fazer compras em volumes superiores, beneficiando de maiores descontos e, conseqüentemente, preços de venda ao público (PVP's) mais competitivos que as farmácias.

Desta forma, tornou-se uma ameaça direta para a farmácia, uma vez que, nalgumas situações, quando apresentava o preço de um MNSRM ou outro produto, os utentes não o levavam, informando-me que encontravam mais barato noutros sítios. Este facto é não só uma ameaça económica para a farmácia, como também para a saúde do utente, pois, nesses locais não existe, muitas vezes, aconselhamento por parte de um farmacêutico e, por isso, os utentes correm o risco de adquirir produtos que apresentam reações adversas ou contraindicações sem receberem as devidas informações necessárias.

3. Casos Práticos

De seguida estão apresentados 5 casos práticos com os quais me deparei em contexto de atendimento, nos quais tive de aplicar os meus conhecimentos teóricos à prática, evidenciando o impacto do farmacêutico nos utentes e na comunidade em geral.

Caso Prático I

S.F., um senhor com 78 anos, deslocou-se à farmácia para adquirir a sua medicação habitual. Durante o atendimento queixou-se que estava obstipado.

Questionei se apresentava alguns sintomas a acompanhar a obstipação, como dor abdominal, náuseas ou vômitos, ao que o utente me respondeu que tinha apenas dor abdominal ligeira. Seguidamente, questionei há quanto tempo apresentava os sintomas e se já estava a tomar algum laxante e o utente informou-me que, na última semana, tinha ido menos vezes que o habitual à casa de banho e que as fezes se encontravam mais duras. Relativamente à toma de laxantes, não estava a tomar nenhum. Disse-me, ainda, que apresentava alguma dificuldade na deglutição. Depois de analisar a medicação habitual do utente inferi que o mesmo era apenas hipertenso.

Referi que o utente deveria, desde logo, adotar medidas não farmacológicas, como a modificação da dieta, com aumento da ingestão diária de fibras e aumento da ingestão de líquidos, de forma a auxiliar a regular o trânsito intestinal, realização de caminhadas como prática de exercício físico e reeducação do intestino (mesma hora, sem pressa e após refeição).

Para além disso, aconselhei o uso de um laxante osmótico, explicando que este aumentaria a absorção de água no intestino com o aumento da fluidez das fezes, facilitando, assim, a sua passagem pelo reto. Dei a conhecer ao utente os laxantes osmóticos disponíveis na farmácia e o doente optou pelo Duphalac[®] xarope, cuja substância ativa é a Lactulose.

Deste modo, indiquei a toma de 30 mL por dia, podendo a toma ser dividida em 15 mL durante o pequeno-almoço e 15 mL durante do almoço, diluídos ou não num copo de água. Expliquei que, em fase de manutenção, ou seja, quando o trânsito intestinal estivesse regulado durante alguns dias, poderia passar a tomar 15 mL por dia e, posteriormente, alternar de 2 em 2 dias ou de 3 em 3 dias (6).

Alertei o utente para a possível flatulência e dores abdominais provocadas pela fermentação da lactulose em ácido láctico, pelas bactérias do tubo digestivo, informando que o mesmo poderia reduzir a dose caso presenciasse estes sintomas. Aconselhei a ingestão de uma boa

quantidade de líquidos, uma vez que o uso prolongado deste laxante pode provocar desidratação, devendo o utente beber entre 1,5 e 2 litros de líquidos por dia (6).

Por último, expliquei que o efeito deste laxante não seria imediato, podendo demorar até 1 a 2 dias a iniciar o seu efeito, mas que seria o mais adequado e seguro para o utente, pois não provocava habituação com a toma prolongada.

Caso Prático 2

A.C., um senhor de 32 anos, deslocou-se à farmácia de forma apressada e aflita, queixando-se de diarreia e dor abdominal. Pede um Imodium® para que possa ir trabalhar. Questionei acerca da medicação habitual, ao que me respondeu que não tinha. Numa primeira instância, a toma do Imodium® seria desaconselhada, no entanto abordei o utente no sentido de entender se este apresentava febre, náuseas ou vômitos e sangue ou pus nas fezes, ao que o utente respondeu negativamente.

Assim, optei por lhe dispensar o Imodium Rapid 2 mg comprimido orodispersível®. A substância ativa é a Loperamida, indicada no tratamento sintomático de diarreias agudas e crónicas, que atua reduzindo os movimentos peristálticos propulsivos, aumentando o tempo do trânsito intestinal. Aumenta o tónus do esfíncter anal, reduzindo a incontinência e a sensação de urgência. Indiquei a posologia adequada, ou seja, 2 comprimidos de imediato e, de seguida, 1 comprimido após cada dejeção, num máximo de 8 comprimidos por dia. Alertei que se trata de um comprimido orodispersível, devendo colocar-se na língua até dissolver, sendo, de seguida, deglutido com a saliva (7).

Em doentes com diarreia pode ocorrer depleção de fluídos e eletrólitos. Posto isto, aconselhei manter uma boa ingestão de líquidos e a toma de Dioralyte®, pó para solução oral, na forma de saquetas, composto por Glucose, Cloreto de Sódio, Cloreto de Potássio e Citrato Dissódico, que aumentam a absorção de água e eletrólitos e previnem a desidratação na diarreia. Posteriormente, indiquei o modo de toma, ou seja, 1 ou 2 saquetas dissolvidas em água após cada dejeção, tendo em conta a gravidade da situação (8).

Por fim, aconselhei a toma de Atyflor®, constituído por probióticos e prebióticos que ajudam a restabelecer o equilíbrio da flora intestinal. Informei o utente que deveria ingerir 1 saqueta por dia dissolvida em água, durante ou após uma refeição.

Aconselhei o senhor a consultar um médico caso os sintomas persistissem passadas 48 horas.

Caso Prático 3

Uma utente do sexo feminino, com cerca de 35 anos, deslocou-se à farmácia e solicitou algo que auxiliasse a evitar o agravamento de uma infeção urinária. Questionei acerca dos sintomas ao que a utente refere que começou com dor e ardor ao urinar, aumento da frequência urinária e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga no dia anterior e que desenvolve com alguma frequência infeções do trato urinário (ITU).

Sugeri que a mesma realizasse um UriTest[®], que é um teste à urina de forma a confirmar a presença de uma ITU. Expliquei-lhe que, como, em princípio, a infeção não estava muito avançada, poderia aconselhar-lhe um medicamento à base de plantas para o alívio dos sintomas e para colmatar a elevada recorrência das infeções. Assim, indiquei Cis-Control[®] Stop, que tem na sua constituição Arando Vermelho, que apresenta propriedades antibacterianas e inibe a aderência bacteriana ao epitélio da uretra. Informe-i acerca do modo de toma, isto é, 1 saqueta de ativos vegetais de manhã misturada com 1 *stick* de fermentos lácteos, dissolvidos em 200 mL de água, repetindo o processo à noite. Ademais, aconselhei a toma diária de vitamina C, uma vez que esta, ao acidificar a urina, inibe o crescimento bacteriano, além de reforçar o sistema imunitário, diminuindo a probabilidade de reinfeções e recomendei, também, a ingestão de muita água para auxiliar na expulsão da bactéria.

Para além disso, recomendei várias medidas não farmacológicas, como higiene genital e perianal adequada, evitar roupa sintética ou muito apertada, ingestão adequada de água para aumentar a diurese e evitar longos períodos sem urinar. Como a utente apresentava ITU's frequentes acautelei para a micção após relações sexuais e para o uso de preservativo.

Finalizando, referi para, caso não passasse ou houvesse agravamento dos sintomas, procurar ajuda médica.

Caso Prático 4

Um utente do sexo masculino, com cerca de 40 anos, dirigiu-se à farmácia e solicitou um xarope para a tosse que tem há 2 dias.

Numa primeira fase, questionei qual o tipo de tosse ao que o utente afirmou ser tosse seca e irritativa, que não o deixava dormir, mas que, por vezes, tinha alguma expectoração. Aferi se tinha algum problema de saúde, mais concretamente diabetes, hipertensão arterial ou alguma patologia respiratória, verificando que era apenas hipertenso. Posto isto, procurei saber se o utente tomava um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e, como não era o

caso, descartei a hipótese de esta tosse ser um efeito adverso deste tipo de medicamentos. Questionei, ainda, sobre a existência de mais sintomas, como dor de garganta, dor ao deglutir, febre ou congestão nasal, tudo negado pelo utente.

Assim, para o alívio da tosse indiquei o Bronchodual® em solução oral, composto por 0,83 g de extrato líquido de raiz de alteia e 0,12 g de extrato seco de tomilho, indicado tanto para a tosse seca como produtiva. Aconselhei a toma de 15 mL, 3 a 4 vezes por dia, efetuando a última toma antes de dormir (9).

Recomendei, também, a toma de comprimidos efervescentes de vitamina C 1000 mg para o reforço do sistema imunitário, sob a posologia de uma única toma diária.

Como medidas não farmacológicas, recomendei a ingestão de muita água para hidratação e manutenção do ambiente hidratado, com um nível de humidade entre 60 e 80%.

Ressalvei para que o mesmo fosse ao médico caso não se verificasse um alívio dos sintomas.

Caso Prático 5

Uma utente do sexo feminino, com aproximadamente 60 anos, dirigiu-se à farmácia para adquirir a sua medicação habitual e, durante o atendimento, solicitou uma avaliação dos níveis de colesterol total. Apesar da avaliação deste parâmetro, quando medido individualmente, não ser totalmente fidedigno, poderá dar uma ideia acerca do controlo da doença.

Os valores de colesterol total da utente estavam muito acima dos valores de referência (290 mg/dL). Perante esta situação tentei averiguar a medicação habitual da utente, ao que verifiquei que o médico lhe prescreve, de forma regular, Atorvastatina 20 mg. Questionei se tomava este medicamento como prescrito pelo médico e a utente informou-me que já não o tomava há cerca de 3 meses, porque desenvolvera muitas dores musculares após iniciar a toma do mesmo. A Atorvastatina é um princípio ativo pertencente ao grupo farmacológico das estatinas, logo inibe seletiva e competitivamente a HMG-CoA, tendo como efeito secundário comum a miopatia.

Em primeira instância, recomendei que a utente retomasse a toma de Atorvastatina 20 mg como prescrito pelo médico, juntamente com um estilo de vida saudável, ou seja, alimentação equilibrada e prática frequente de exercício físico, até regressar ao médico, de modo a manter controlada a sua patologia.

Como se tratava de uma utente habitual, com facilidade em deslocar-se à FL, pedi-lhe que regressasse passadas algumas horas para que eu pudesse consultar alguma bibliografia, de modo a arranjar algo que a ajudasse nas dores musculares.

Durante a pesquisa verifiquei que as estatinas diminuem a coenzima Q10 (CoQ10). Esta coenzima é necessária para o funcionamento mitocondrial, onde converte proteínas, hidratos de carbono e lípidos em energia, sendo, conseqüentemente, indispensável à produção de energia celular. Posto isto, a perda de CoQ10, com disfunção mitocondrial, pode provocar dores musculares (10). Assim, aconselhei, ainda, a toma do suplemento alimentar BioAtivo® Q10 Forte 100 mg, para melhoria da miopatia. Indiquei que deveria tomar 1 cápsula diariamente à refeição. Contudo, realcei a importância de relatar estas dores musculares ao médico para que ele pudesse fazer os ajustes que considerasse adequados.

4. Conclusão

O estágio em Farmácia Comunitária na FL foi muito desafiante, mas foi, acima de tudo, uma experiência muito enriquecedora e gratificante. Não se tratou apenas de aplicar à prática os conhecimentos teóricos obtidos no decorrer da minha formação, mas também vivenciar de perto a importância do Farmacêutico Comunitário na comunidade, enquanto profissional de saúde mais próximo da mesma.

A possibilidade de contactar com diferentes utentes com necessidades diferentes, permitiu-me entender a enorme responsabilidade que o Farmacêutico Comunitário tem sobre os ombros e desenvolver capacidades inegáveis de comunicação, realçando o discurso simples, eficaz e empático para com o utente.

Apercebi-me que a farmácia vai muito além de um local de cedência de medicamentos e de produtos de saúde e bem-estar. Trata-se de uma equipa com um objetivo em comum: auxiliar a população na resolução de problemas de saúde, em que o bem-estar do utente é o pilar do trabalho do farmacêutico, garantindo a qualidade, eficácia e segurança de todo o processo de uso de medicamentos e produtos de saúde.

A confiança depositada em mim por toda a equipa foi crucial para o meu crescimento e desenvolvimento, quer pessoal, quer profissional, assim como todo o auxílio prestado.

Em suma, termino o estágio curricular em Farmácia Comunitária com a sensação de dever cumprido, preparada para o meu futuro profissional enquanto farmacêutica, com novas competências e conhecimentos, tendo como mote a promoção da saúde pública e o uso racional do medicamento.

Referências Bibliográficas

1. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. A Farmácia Comunitária - Farmácia Comunitária - Áreas Profissionais - Ordem dos Farmacêuticos [Consultado a 4 jul 2023]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
2. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. Código deontológico da Ordem dos Farmacêuticos [Consultado a 4 jul 2023]. Disponível em: https://ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/0014300159_469595878620679aa0a805.pdf
3. INFARMED - GABINETE JURÍDICO E CONTENCIOSO 23-A3. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro [Consultado a 4 jul 2023]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1067254/023-A3_Port_1429_2007.pdf
4. Weihrich H. The TOWS matrix - A tool for situational analysis. Long Range Plann. 1982 Apr 1;15(2):54-66.
5. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Lei n.º 11/2012, de 8 de março [Consultado a 10 jul 2023]. Disponível em: <https://files.dre.pt/Is/2012/03/04900/0097800979.pdf>
6. INFARMED. Resumo das Características do Medicamento - Duphalac® [Consultado a 22 jun 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
7. INFARMED. Resumo das Características do Medicamento - Imodium Rapid® [Consultado a 24 jun 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
8. INFARMED. Resumo das Características do Medicamento - Dioralyte® [Consultado a 24 jun 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
9. INFARMED. Resumo das Características do Medicamento - Bronchodual® [Consultado a 25 jun 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
10. E. Raizner A. Coenzyme Q10. METHODIST DEBAKEY CARDIOVASC J. 2019.

PARTE III

Monografia

"O serviço de Revisão do Uso dos Medicamentos e a adesão à
terapêutica"

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Margarida Castel-Branco

Resumo

Introdução: Os farmacêuticos, enquanto especialistas do medicamento, têm um conhecimento único, assumindo um papel crucial na promoção do uso correto e racional destes, através da educação e aconselhamento em saúde, particularmente em casos de polimedicação e não adesão à terapêutica. O serviço MUR pretende melhorar o conhecimento do utente, a adesão e o uso dos medicamentos, auxiliando os utentes na gestão da sua medicação. **Objetivo:** Otimizar o processo de uso dos medicamentos através de uma consulta de revisão do uso dos medicamentos numa farmácia comunitária, tendo em vista a obtenção de melhores resultados em saúde e a avaliação da adesão à terapêutica. **Métodos:** Desenvolvimento e execução de um estudo MUR, em 5 farmácias comunitárias da zona centro de Portugal. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com mais de 18 anos, autónomos na gestão da sua medicação e que preenchessem pelo menos um dos seguintes requisitos – uso de, pelo menos, um dispositivo médico; polimedicação (5 ou mais medicamentos); indícios de não adesão à terapêutica; dificuldade na gestão da terapêutica. Tendo como base o saco dos medicamentos trazido pelo utente, foi realizada uma entrevista semiestruturada, onde foram recolhidos dados sociodemográficos e foi seguido um protocolo de revisão do uso de medicamentos. Foram também aplicados dois questionários, o BMQ relativo às crenças que o utente tem na medicação e o MAUQ para avaliação da adesão à terapêutica. Foi depois estabelecido o plano de ação mais adequado a cada participante. O estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-037/2023). **Resultados:** Numa amostra de 189 participantes, a idade média foi de $70,6 \pm 12,1$ anos (média \pm desvio-padrão), sendo que 72,5% tinham idade superior a 65 anos. Dos participantes, 64,6% eram do sexo feminino e, em média, cada utente tomava 7,9 medicamentos, sendo que 96,3% eram polimedicados. A consulta teve duração média de 29 ± 10 minutos. No questionário BMQ obtiveram-se os seguintes scores: $22,2 \pm 3,2$ na subescala ‘Necessidades’, $16,4 \pm 5,1$ na subescala ‘Preocupações’ e $5,9 \pm 6,2$ no diferencial ‘necessidade-preocupação’. No MAUQ obteve-se um score total médio de $80,1 \pm 12,9$. **Conclusão:** Uma boa adesão à terapêutica é crucial para o sucesso do tratamento instituído, visto que uma má adesão pode levar à redução dos efeitos clínicos desejados da medicação, aumentando a instituição de tratamentos desnecessários, principalmente quando se trata de doenças crónicas. É, assim, importante avaliar de forma rotineira a adesão dos doentes, identificando as razões predominantes para a não adesão à terapêutica, de modo a promover o uso correto e racional dos medicamentos, auxiliando na gestão do uso dos mesmos e melhorando os resultados em saúde.

Palavras-chave: adesão à terapêutica; farmácia comunitária; questionários; revisão do uso dos medicamentos.

Abstract

Introduction: Pharmacists, as medicine specialists, have unique knowledge, assuming a crucial role in promoting their correct and rational use, through education and health advice, particularly in cases of polypharmacy and non-adherence to therapy. The MUR service aims to improve user knowledge, adherence and use of medication, helping users to manage their medication. **Objective:** Optimize the medication use process through an appointment to review the use of medication in a community pharmacy, in a view of obtaining better health outcomes and assessing adherence to therapy. **Methods:** Development and execution of a MUR study, in 5 community pharmacies in central Portugal. Inclusion criteria were: individuals over 18 years of age, autonomous in managing their medication and fulfilling at least one of the following requirements – use of at least one medical device; polypharmacy (5 or more medicines); signs of non-adherence to therapy; difficulty in managing the therapy. Based on the medication bag brought by the user, a semi-structured interview was carried out, in which sociodemographic data were collected and a protocol for reviewing the use of the medicines was followed. Two questions were also applied, the BMQ regarding the medication related beliefs and the MAUQ to assess adherence to therapy. The most appropriate action plan for each participant was then established. The study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra (CE-037/2023). **Results:** In a sample of 189 participants, the mean age was 70.6 ± 12.1 years (mean \pm standard deviation), with 72.5% aged over 65 years. Of the participants, 64.6% were female and, on average, each user took 7.9 medicines, with 96.3% being polymedicated. The appointment lasted 29 ± 10 minutes. In the BMQ questionnaire, the following scores were obtained: 22.2 ± 3.2 in the subscale 'Needs', 16.4 ± 5.1 in the subscale 'Concerns' and 5.9 ± 6.2 in the differential 'need-concern'. In the MAUQ, an average total score of 80.1 ± 12.9 was obtained. **Conclusion:** Good adherence to therapy is crucial for the success of the treatment instituted, since poor adherence can lead to a reduction in the clinical effects of the medication, increasing the institution of unnecessary treatments, especially when dealing with chronic diseases. It is therefore important to routinely assess patients' adherence, identifying the predominant reasons for non-adherence to therapy, to promote the correct and rational use of medicines, helping to manage their use and improving health outcomes.

Keywords: adherence to therapy; community pharmacy; questionnaires; medicines use review.

Lista de Abreviaturas

BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire*

FIP – *International Pharmaceutical Federation*

MAUQ – *Medication Adherence Universal Questionnaire*

MUR – *Medicines Use Review (Revisão do Uso dos Medicamentos)*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PIM – *Preparação Individualizada da Medicação*

Índice de Figuras

Figura 1 – Número e percentagem de medicamentos por grupos farmacoterapêuticos.....	45
Figura 2 – Média do diferencial 'necessidade-preocupação' em função da idade.	46
Figura 3 – Média do score total do MAUQ em função da idade.	47
Figura 4 – Média do diferencial 'necessidade-preocupação' por sexo.	47
Figura 5 – Média do score total do MAUQ por sexo.	47
Figura 6 – Média do diferencial 'necessidade-preocupação' em função do número de medicamentos por utente.....	48
Figura 7 – Média do score total do MAUQ em função do número de medicamentos por utente.	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número e percentagem de medicamentos por grupos farmacoterapêuticos.....	45
--	----

Introdução

Apesar de todas as vantagens associadas à toma de medicamentos, estes podem, também, afetar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e, em última instância, perturbar sistemas de saúde se forem tomados ou administrados de forma incorreta, ou se o seu uso não for devidamente monitorizado (Sousa Pinto *et al.*, 2022).

Os farmacêuticos, enquanto especialistas do medicamento, têm um conhecimento único, assumindo um papel crucial na promoção do uso correto e racional destes, através da educação e aconselhamento em saúde. Particularmente em casos de polimedicação e não adesão à terapêutica, são os profissionais mais adequados, em equipas multidisciplinares, para intervir nos erros da medicação em todos os ambientes de assistência em saúde.

O medicamento é, sem dúvida, um bem precioso, mas é necessário que os doentes aprendam a utilizá-lo. São diversas as variáveis que podem levar a que o doente não consiga retirar o máximo benefício do uso dos medicamentos, desde a não correta utilização do medicamento, até à complexa realidade da politerapia e, conseqüentemente, à possibilidade de ocorrerem interações medicamentosas com relevância clínica. Só usando bem os medicamentos é que as pessoas podem ficar tratadas, com as suas doenças clinicamente controladas (Castel-Branco *et al.*, 2013).

Os resultados clínicos negativos podem ser consequência dos medicamentos tomados ou da falta deles, que se revelam pelo não alcançar dos objetivos terapêuticos, sejam estes a cura da doença, a eliminação ou redução dos sintomas, o retardar da progressão ou a prevenção da mesma. De entre os resultados clínicos negativos, destacam-se a inefetividade por tratamento ou dosagem insuficientes, o desenvolvimento de tolerância, a resistência ao tratamento e a insegurança. Estes resultados clínicos negativos surgem de processos clínicos incorretos, sejam eles as interações medicamentosas, a não adesão à terapêutica, as falhas técnico científicas ou a falta de acompanhamento do doente (Castel-Branco *et al.*, 2013).

A adesão à terapêutica é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde” (OMS, 2003). Isto reflete a imprescindibilidade em haver uma concordância entre aquilo que o doente faz e aquilo que o profissional de saúde aconselha, existindo, atualmente, uma preferência pelo termo “concordância terapêutica” em detrimento de “obediência terapêutica”.

Mais tarde surge o termo adesão, proposto como alternativo ao termo concordância, pois sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação entre o profissional de saúde e o doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento (Dias *et al.*, 2011).

Segundo a OMS, existem 5 dimensões no contexto da adesão, que podem levar à falta desta, por não haver a compra dos medicamentos, não haver cumprimento do regime posológico correto e/ou por acabar o medicamento antes do fim do regime terapêutico não comprando mais: (a) fatores relacionados com o sistema de saúde, (b) fatores económicos e sociais, (c) fatores relacionados com a condição/doença, (d) fatores relacionados com a pessoa no contexto de doença e (e) fatores relacionados com a terapêutica (OMS, 2003).

No que diz respeito aos fatores relacionados com o sistema de saúde, podem-se destacar a falta de investimento na educação do doente devido ao tempo reduzido de consulta, a possível falta de formação dos profissionais de saúde na área da adesão à terapêutica e a relação entre doente e profissional de saúde, na qual deve existir transmissão de informação de forma clara, com linguagem apropriada ao nível de literacia e ao estado cognitivo de cada doente, respeitando sempre as expectativas e preocupações dos doentes (Cabral & Silva, 2010).

Relativamente aos fatores económicos e sociais realça-se a faixa etária. Se o problema da não adesão é recorrente em qualquer faixa etária, com o avançar dos anos esta tende a piorar. Os idosos estão, por isso, em maior risco, principalmente porque a maior parte apresenta multipatologia e/ou patologias crónicas, o que implica vários regimes terapêuticos e/ou longo prazo de tratamento. Além disso, a diminuição de algumas faculdades, tais como o estado cognitivo, a memória e a capacidade de comunicação, a eventual presença de alterações psiquiátricas, a falta de mobilidade ou outras incapacidades que podem restringir o acesso e o manuseamento dos fármacos são também suscetíveis de comprometer a correta aplicação dos tratamentos (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). O grau de literacia em saúde, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem compreender barreiras significativas. O *status* económico, pela possível dificuldade em comprar os medicamentos, a falta de suporte familiar, o isolamento social do doente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde também impactam a adesão à terapêutica (OMS, 2003).

No que concerne os fatores relacionados com a condição/doença, podem-se destacar a cronicidade das patologias, a ausência de sintomatologia ou condições assintomáticas moderadas, uma ou mais doenças concomitantes, a duração da doença e a qualidade de vida

proporcionada, tanto pela existência da doença, como pelo tratamento instituído (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001).

Em relação à pessoa em contexto de doença, os fatores cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento, a falta ou diminuição de motivação, a desconfiança relativamente à obtenção de resultados positivos, a ansiedade e as crenças inerentes às tomas de fármacos, o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependência, a percepção e aceitação da doença e a compreensão da medicação afetam a adesão (Osterberg & Blaschke, 2005).

Destacando a dimensão da terapêutica, compreende-se que quanto maior a complexidade/duração do regime e as mudanças nos regimes terapêuticos, menor será a adesão do doente. Relativamente à complexidade do regime terapêutico, esta abrange múltiplas características do regime prescrito, incluindo o número de diferentes medicamentos no esquema, o número de unidades de dosagem por dose, o número total de doses por dia e os cuidados na administração dos medicamentos (Melchior *et al.*, 2007).

Posto isto, o nível de instrução dos doentes e o conhecimento que têm sobre a doença, bem como as suas atitudes e crenças pessoais a respeito da efetividade dos tratamentos, têm sido amplamente reconhecidos como preditores consistentes do nível de adesão (OMS, 2003). A OMS reconheceu a não adesão às terapêuticas de longo prazo como um “problema mundial de magnitude impressionante”, afetando 50% da população nos países desenvolvidos (OMS, 2003).

Existem duas classificações de não adesão à terapêutica. Primeiramente, esta pode ser classificada de acordo com o momento em que ocorre, isto é, pode ser primária quando o doente não adquire os medicamentos, seja por fatores socioeconómicos ou crenças, entre outros, ou pode ser secundária, quando o doente adquire os medicamentos, mas não age conforme tinha acordado com o profissional de saúde. Seguidamente, pode ser classificada como voluntária, quando o doente escolhe livremente não seguir o que acordou com o profissional de saúde, devido a crenças motivacionais ou preferências que constituem barreiras percetivas, ou como involuntária, quando a não adesão não é intencional, devido a falta de recursos ou capacidades que constituem barreiras práticas (por exemplo, por esquecimento) (Horne, 2006).

No que respeita à não adesão voluntária relativamente a uma medicação, de modo geral é causada por crenças em que as preocupações superam as necessidades, ou seja, ou o doente não está convencido da necessidade da medicação, ou está preocupado com os efeitos adversos dos medicamentos, sendo, por isso, imprescindível que o doente compreenda a

utilidade e a importância da terapêutica instituída. As principais preocupações dos doentes relativas à medicação são os efeitos secundários, o efeito a longo prazo, a dependência, a interrupção da toma e outras particulares da condição (Horne, 2006).

Deste modo, esta pode ser avaliada recorrendo ao Questionário BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*), criado com o objetivo de avaliar a natureza das crenças, a distribuição dessas crenças entre diferentes populações e as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão e foi validado para português entre uma amostra de doentes asmáticos, diabéticos, renais, cardíacos, psiquiátricos e doentes gerais (Salgado *et al.*, 2013).

A versão final do BMQ é composta por duas secções: a secção geral (BMQ-Geral), que avalia crenças gerais sobre medicamentos como um todo e a secção específica (BMQ-Specific), que explora as crenças relacionados apenas com a terapêutica prescrita para uma ou mais doenças em particular (Horne *et al.*, 1999). Esta última secção corresponde a um questionário de onze itens que compreende duas subescalas: uma escala de ‘Necessidades’ de cinco itens para avaliar crenças sobre a necessidade da medicação prescrita e uma escala de ‘Preocupações’ de seis itens para avaliar as crenças sobre o perigo de dependência e toxicidade a longo prazo e os efeitos adversos da medicação (Horne *et al.*, 1999). Cada item é pontuado numa escala de *Likert* de cinco pontos (1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= não tenho a certeza, 4= concordo e 5= concordo totalmente) e os scores totais para as subescalas referidas variam de 5 a 25 e de 6 a 30, respetivamente. Quanto maior a pontuação, maior a crença do doente no conceito representado pela subescala. Também pode ser calculado subtraindo as pontuações da subescala ‘Preocupações’ das pontuações da subescala ‘Necessidades’, de forma que pontuações diferenciais mais altas indicam maior perceção da necessidade da toma dos medicamentos, representando, assim, menor probabilidade de não adesão voluntária (Clifford *et al.*, 2008).

O MAUQ (*Medication Adherence Universal Questionnaire*) é um instrumento que permite avaliar a adesão à terapêutica. Foi criado não apenas para avaliar o comportamento geral da adesão, mas também para ponderar comparativamente quatro componentes de crenças que pode levar à não adesão: atitudes em relação aos cuidados de saúde e medicamentos, falta de disciplina, aversão à medicação e enfrentamento ativo com problemas de saúde (Cabral *et al.*, 2023).

O controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde, logo qualquer intervenção que tenha como objetivo melhorá-la constitui um auxílio para a melhoria

da saúde da população. Com isto em vista, têm sido desenvolvidos novos métodos de promoção da adesão à terapêutica. A Revisão do Uso dos Medicamentos (MUR – *Medicines Use Review*), com gênese no Reino Unido, foi definida pela *International Pharmaceutical Federation* (FIP) como a “revisão dos medicamentos que são usados por um utente, de forma a determinar a eficiência, potenciais riscos e possíveis interações medicamentosas, através de uma conversa confidencial, em gabinete isolado, entre o farmacêutico e o utente (Sousa Pinto *et al.*, 2022). Este serviço tem sido particularmente relevante junto de doentes polimedicados, especialmente tratados para condições crónicas, bem como para aqueles com problemas de adesão à terapêutica identificados.

O objetivo subjacente do serviço MUR é melhorar o conhecimento do utente, a adesão e o uso dos medicamentos, estabelecendo o uso real, a compreensão e a experiência de tomar os medicamentos, identificando, discutindo e resolvendo o uso incorreto destes e identificando possíveis efeitos secundários que podem afetar a adesão. Ocorre necessariamente junto do utente na farmácia comunitária, em local privado, onde o farmacêutico possa conversar abertamente com o utente e em volumes normais sem serem ouvidos por qualquer outra pessoa. Nesta consulta, o farmacêutico vai instruir o utente acerca da forma que os medicamentos devem ser usados, vai identificar se o utente sabe como usar os seus medicamentos e se os usa conforme o que lhe foi prescrito, vai explicar as condições para as quais cada medicamento é usado e vai assinalar efeitos colaterais que podem ser sentidos com a toma da medicação (Health and Social Care Board, 2014).

Desta forma, apesar de, na sua origem, o MUR não permitir avaliar diretamente a adesão, é uma mais valia aplicar os questionários neste tipo de estudo, pois permite ajudar os doentes nesta questão, identificando possíveis crenças relativas ao uso de certos medicamentos, com vista a alcançar melhores resultados em saúde.

Métodos

O presente estudo de investigação insere-se num projeto mais abrangente designado por “Serviço de revisão do uso de medicamentos em farmácia comunitária”. Este projeto foi desenvolvido com o objetivo de otimizar o processo de uso dos medicamentos através de uma consulta de revisão do uso dos medicamentos numa farmácia comunitária, tendo em vista a obtenção de melhores resultados em saúde.

Este estudo envolveu um total de 5 farmácias comunitárias da zona centro de Portugal: Farmácia Saúde (Figueira da Foz), Farmácia Viva (Vagos), Farmácia Monte Formoso (Coimbra), Farmácia Borges (Semide) e Farmácia Lis (Leiria), entre os meses de abril e junho de 2023.

O estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-037/2023) e todos os utentes que aceitaram participar no estudo assinaram o consentimento informado (Anexo I).

População e instrumentos

Foram incluídos no estudo indivíduos com mais de 18 anos, autónomos na gestão da sua medicação e que, dirigindo-se a uma das farmácias incluídas no estudo, no ato de dispensa, preenchessem pelo menos um dos seguintes requisitos:

- Uso de, pelo menos, um dispositivo médico (por exemplo: inalador; caneta de insulina);
- Polimedicação (5 ou mais medicamentos);
- Indícios de não adesão à terapêutica;
- Dificuldade na gestão da terapêutica.

Plano de estudo

Assim, numa ida à farmácia, os utentes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo pelo investigador de cada farmácia. Para os utentes que aceitaram participar, foi marcado um dia e hora específicos nos quais deviam comparecer na farmácia, trazendo num saco todos os medicamentos (prescritos e não prescritos), suplementos alimentares e produtos naturais que estivessem a tomar.

Foi, então, realizada uma entrevista semiestruturada, onde foram recolhidos dados sociodemográficos e foi seguido um protocolo de revisão do uso de medicamentos (Anexo II). Nestas entrevistas o farmacêutico procurou saber se os utentes apresentavam alguma dificuldade na gestão da sua medicação, que esquemas posológicos cumpriam, se sabiam a função de cada um dos medicamentos tomados e se apresentavam alguma preocupação/efeitos secundários com a toma da terapêutica.

Foram também aplicados dois questionários: um sobre as crenças que o utente tem na medicação (BMQ – Anexo III) e outro sobre a adesão à terapêutica (MAUQ – Anexo IV).

Depois de efetuada a recolha dos dados, o farmacêutico planeou o mais adequado a cada participante: transmitir informação crucial sobre a sua medicação, ensinar a usar corretamente os dispositivos médicos, esclarecer quaisquer dúvidas apresentadas pelo utente, organizar um horário sucinto e bem esquematizado relativo à toma de toda a medicação, direcionar para o serviço de Preparação Individualizada da Medicação (PIM), referenciar para outros serviços farmacêuticos clínicos ou diretamente para o médico de família quando justificável.

Análise dos dados

Os dados foram analisados estatisticamente através do Microsoft Excel®.

Resultados

Caracterização da amostra

No presente estudo participaram um total de 189 utentes das 5 farmácias comunitárias, sendo a distribuição por sexo de 122 mulheres (64,6%) e 67 homens (35,4%). As idades variaram entre os 20 e os 92 anos, sendo a idade média de $70,6 \pm 12,1$ anos (média \pm desvio-padrão). Dos 189 participantes, 137 (72,5%) tinham idade superior a 65 anos.

A consulta teve uma duração média de 29 ± 10 minutos (média \pm desvio-padrão) com cada utente.

Em média, cada utente tomava 7,9 medicamentos, sendo que 182 participantes (96,3%) tomavam 5 ou mais medicamentos.

No total foram analisados 1502 medicamentos, sendo 101 destes tomados apenas quando necessário.

Relativamente à distribuição dos medicamentos por grupos farmacoterapêuticos, os resultados revelam que os medicamentos que atuam no aparelho cardiovascular são aqueles que se encontram em maior número, seguidos pelos que atuam no sistema nervoso central (Tabela I).

Tabela I – Número e percentagem de medicamentos por grupos farmacoterapêuticos.

Grupo Farmacoterapêutico	N.º	%
Medicamentos anti-infecciosos	9	0,6
Sistema Nervoso Central	407	27,1
Aparelho cardiovascular	452	30,1
Sangue	97	6,5
Aparelho respiratório	49	3,3
Aparelho digestivo	106	7,1
Aparelho geniturinário	34	2,3
Hormonas e medicamentos usados em doenças endócrinas	178	11,9
Aparelho locomotor	56	3,7
Medicação antialérgica	15	1,0
Nutrição	27	1,8
Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas	1	0,1
Medicamentos usados em afeções cutâneas	9	0,6
Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas	13	0,9
Medicamentos usados em afeções oculares	19	1,3
Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores	4	0,3
Vacinas e Imunoglobulinas	1	0,1
Suplementos alimentares	25	1,7

No que diz respeito às formas farmacêuticas, verifica-se que as mais usadas são as de administração oral, seguidas, em menor número, pelas inalatórias e injetáveis (Figura 1).

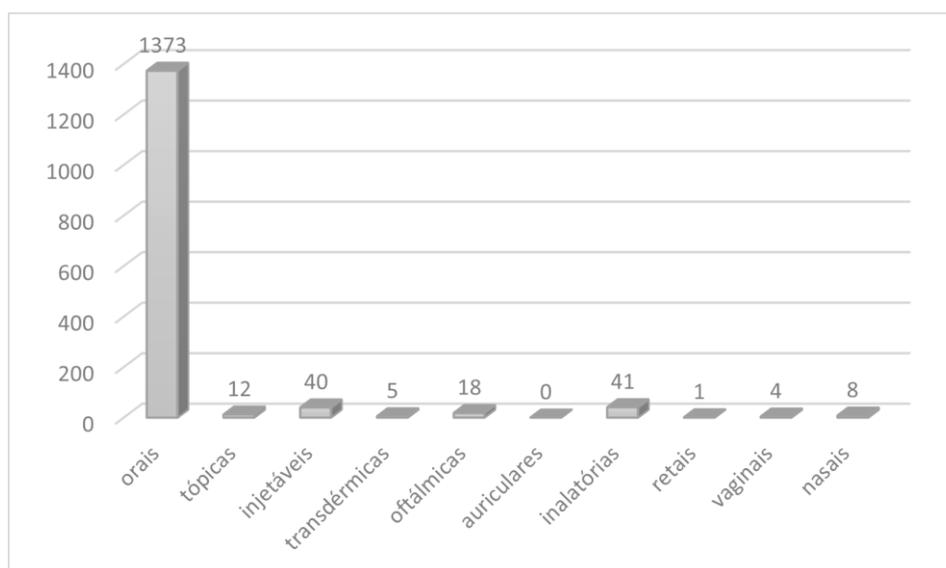


Figura 1 – Número e percentagem de medicamentos por grupos farmacoterapêuticos.

Avaliação da adesão à terapêutica

No que diz respeito ao questionário BMQ, a pontuação média obtida na subescala 'Necessidades' foi de $22,2 \pm 3,2$ e na subescala 'Preocupações' foi de $16,4 \pm 5,1$ (média \pm desvio-padrão). Através destas pontuações diferenciadas, consoante a subescala em questão, é possível obter-se um valor para a diferença 'necessidade-preocupação'. Neste caso obteve-se um valor médio deste diferencial de $5,9 \pm 6,2$.

Relativamente às pontuações obtidas no questionário MAUQ, obteve-se um score total médio de $80,1 \pm 12,9$ (média \pm desvio-padrão), numa pontuação máxima possível de 112 pontos.

Tendo em consideração as 4 dimensões deste questionário, obtiveram-se os seguintes scores médios, num máximo possível de 28 pontos por dimensão:

- Dimensão 1 (atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde) – $25,4 \pm 3,0$;
- Dimensão 2 (falta de disciplina) – $21,0 \pm 5,8$;
- Dimensão 3 (aversão à medicação) – $13,2 \pm 6,1$;
- Dimensão 4 (*coping*) – $20,5 \pm 4,5$.

Fatores influenciadores da adesão à terapêutica

- Idade e adesão

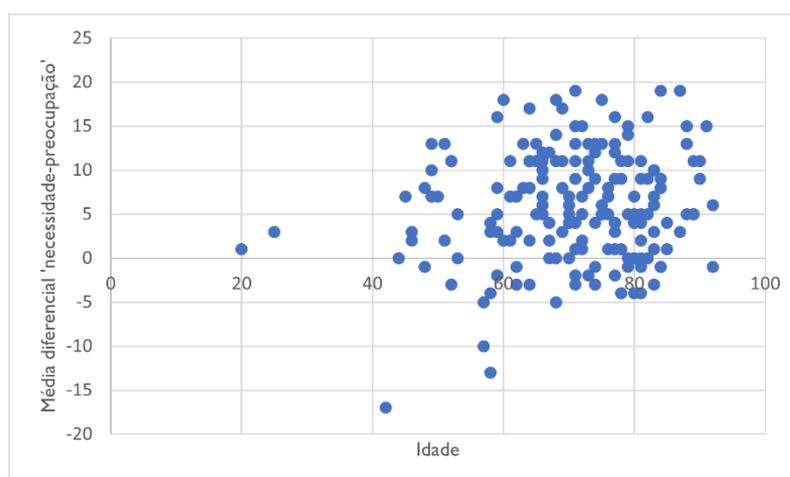


Figura 2 – Média do diferencial 'necessidade-preocupação' em função da idade.

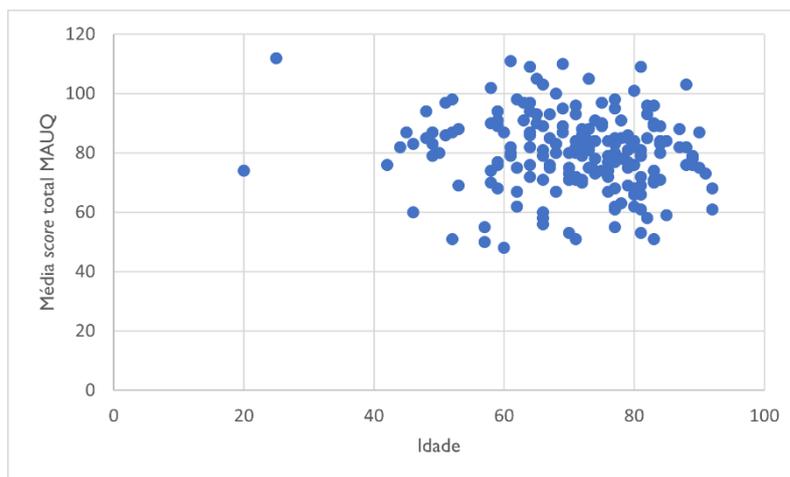


Figura 3 – Média do score total do MAUQ em função da idade.

- Sexo e adesão

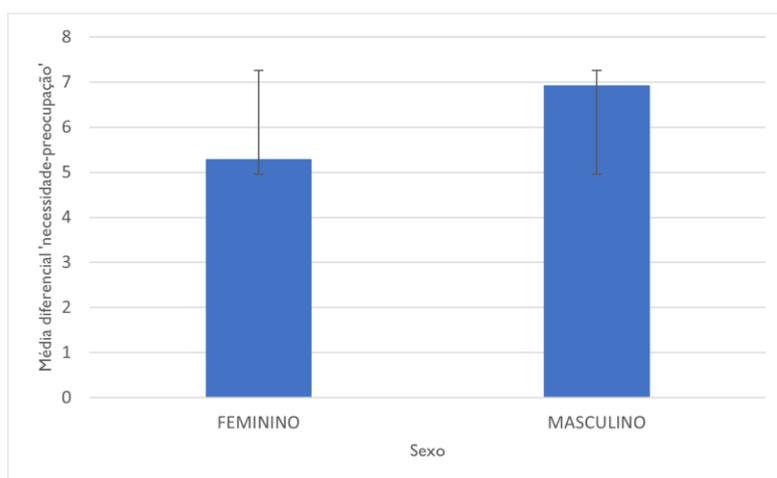


Figura 4 – Média do diferencial 'necessidade-preocupação' por sexo.

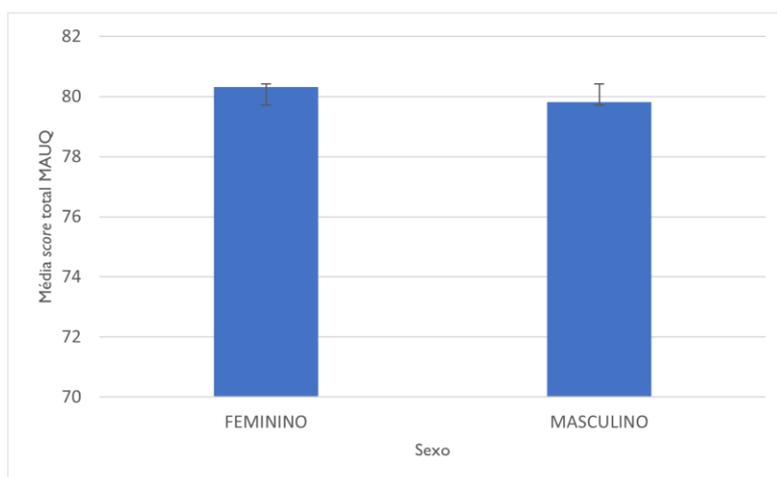


Figura 5 – Média do score total do MAUQ por sexo.

- Número de medicamentos e adesão

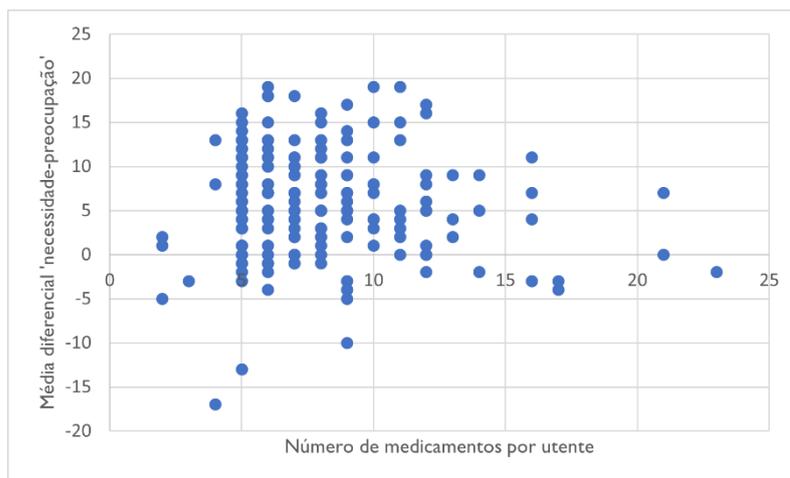


Figura 6 – Média do diferencial 'necessidade-preocupação' em função do número de medicamentos por utente.

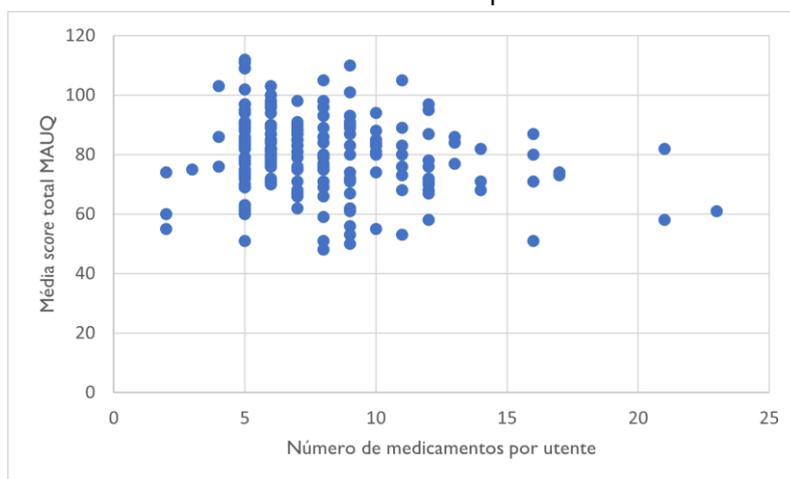


Figura 7 – Média do score total do MAUQ em função do número de medicamentos por utente.

Discussão

O presente estudo, realizado em cinco farmácias comunitárias, pretendeu promover o uso racional do medicamento e otimizar todo o processo de uso do mesmo.

A adesão à terapêutica é um dos pilares para o sucesso do tratamento, sendo, por isso, um dos principais enfoques numa consulta MUR. Como referido anteriormente, é influenciada por diversos fatores, tratando-se de um conceito complexo e multifatorial. A não adesão deve-se, muitas vezes, à existência de crenças negativas referentes ao uso de medicamentos, sendo importante que se esteja consciente que os primeiros passos para que as terapêuticas sejam efetivas é, de facto, garantir que os utentes tomam os seus medicamentos (Mertens *et al.*, 2018).

Como referido anteriormente, o questionário BMQ foi criado com o objetivo de avaliar a natureza das crenças, a distribuição dessas crenças entre diferentes populações e as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão. Sabe-se que quanto maior for o resultado obtido para a subescala ‘Necessidades’, que pode variar entre 5 e 25 pontos, maior será o entendimento que o doente tem de necessitar dos medicamentos prescritos, o que leva, na teoria, a uma maior adesão à terapêutica; por outro lado, quanto maior for a pontuação obtida para a subescala ‘Preocupações’, que pode variar entre 6 e 30 pontos, maior será o receio do doente relativo à terapêutica instituída, tendo um efeito negativo na adesão. Logo, quanto maior for o valor obtido na diferença ‘necessidade-preocupação’, maior a probabilidade de o doente ser aderente à terapêutica. Nos resultados obtidos na amostra em questão verifica-se que as necessidades prevalecem em relação às preocupações dos utentes, estando a pontuação da subescala ‘Necessidades’ próxima do máximo possível. Apenas 28 dos 189 utentes (14,8%) revelaram que as suas preocupações se sobrepõem às necessidades, com resultados negativos no diferencial.

No questionário MAUQ, o score médio total da medição da adesão foi de $80,1 \pm 12,9$ (máximo 112 pontos). No estudo de Lee e colaboradores (2013) referente ao estudo de perfis de adesão, verificou-se que os doentes que tomavam anti-hipertensores há mais anos eram mais aderentes à terapêutica. No presente estudo, apenas 101 medicamentos são tomados em regime de SOS e 884 medicamentos fazem parte dos regimes terapêuticos dos utentes há mais de 5 anos. Desta forma, este score elevado deve-se, possivelmente, ao facto de os participantes do presente estudo conviverem com as suas doenças há vários anos, detendo um maior conhecimento acerca das mesmas, bem como da medicação instituída.

Os participantes demonstraram ter atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde, com um score médio de $25,4 \pm 3,0$ (máximo 28 pontos), bem como um score médio de apenas $13,2 \pm 6,1$ (na mesma pontuação máxima possível) na dimensão da aversão sentida pelos utentes à medicação.

Na dimensão I, relativa às atitudes positivas em relação aos medicamentos e cuidados de saúde, verifica-se que, tal como o observado no questionário BMQ, a maior parte dos participantes apresenta crenças positivas em relação à medicação, uma vez que 92,6% dos participantes responderam positivamente (respostas 5,6 e 7 na escala *Likert*) à questão 3 (“Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias”), 95,8% responderam positivamente à questão 5 (“Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha doença está sob controlo”), 92,1% participantes acreditam que “As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens” (questão 7) e 97,4% deram resposta positiva ao item 35 (“Penso

que contribuo para uma melhoria da minha doença quando tomo os medicamentos todos os dias”). As questões referidas permitem, também, avaliar a sintomatologia dos participantes. Os doentes também podem ter um padrão errático de adesão, no qual o uso de medicamentos se alterna entre totalmente aderente (geralmente quando sintomático) e subutilização ou não utilização total (quando assintomático) (OMS, 2003). A concordância praticamente total dos utentes demonstra que os mesmos são mais aderentes à terapêutica porque se sentem melhor com ela.

Como referido anteriormente, a não adesão à terapêutica pode ser classificada como voluntária, quando o doente escolhe livremente não seguir o que acordou com o profissional de saúde, devido a crenças motivacionais ou preferências que constituem barreiras percetivas, ou como involuntária, quando a não adesão não é intencional (por exemplo, por esquecimento), devido a falta de recursos ou capacidades que constituem barreiras práticas. Na dimensão 2, alusiva à falta de disciplina, o score médio obtido foi mais alto do que o pretendido, tendo em conta o valor elevado obtido na dimensão anterior, isto é, este valor alto, indicativo de falta de disciplina, contradiz, em parte, a elevada adesão verificada na dimensão 1. Avaliando as questões 23, 24 e 26 do presente questionário, relativas ao esquecimento como ponto preponderante na adesão, verifica-se que este tem maior impacto nos idosos, que correspondem a 72,5% da amostra, influenciando negativamente o score obtido nesta dimensão. Desta forma, pode-se inferir que o valor obtido pode estar relacionado com o esquecimento dos utentes, seja por ainda terem uma vida muito ativa, ou por tomarem um grande número de medicamentos.

Relativamente à dimensão 3, que remete a aversão à medicação, o valor obtido foi relativamente baixo, no entanto 60,8% dos utentes referiram que “querem tomar menos medicamentos quando a doença está sob controlo na consulta médica” (resposta positiva à questão 9), o que prova a necessidade da educação dos utentes por parte do profissional de saúde, para que haja uma manutenção dos seus comportamentos relacionados com a terapêutica.

A dimensão 4 traduz as atitudes proativas dos utentes em relação aos problemas de saúde. O valor médio obtido revela que os participantes valorizam as medidas não farmacológicas no que diz respeito ao cuidado da sua saúde. Por exemplo nas questões 21 (“Faço uma alimentação saudável para cuidar da minha saúde”) e 22 (“Evito comportamentos que podem prejudicar a minha saúde (ex. tabaco, álcool)”) 79,9% e 87,8% dos utentes, respetivamente, responderam positivamente. Verifica-se, assim, a valorização das medidas não farmacológicas, principalmente os cuidados alimentares. No entanto, apenas 47,1% dos utentes afirmaram ter

o “cuidado de fazer exercício físico suficiente para cuidar da sua saúde” (questão 20), sendo importante os profissionais de saúde encorajarem e exporem o impacto negativo que o descuido neste âmbito tem na saúde da população. Além disso, 51,3% dos participantes demonstraram não procurar informação sobre a sua doença e a sua resolução (questão 39).

Segundo alguns autores, a idade é um dos fatores que pode levar à não adesão involuntária, por serem, muitas vezes, doentes polimedicados com regimes terapêuticos complexos ou mesmo devido à diminuição de algumas faculdades, já referidas anteriormente (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). No entanto, o estudo de Morrison e colaboradores (2015) demonstrou que a adesão à terapêutica com anti-hipertensores aumenta com a idade, sendo a faixa etária dos 70-80 anos a que apresenta maior taxa média de adesão.

O presente estudo sugere a existência de uma relação entre a idade e a adesão à terapêutica, com ligeira tendência para que o aumento da idade leve a uma maior adesão. No questionário BMQ obtiveram-se os seguintes *scores* médios para os utentes com idade superior a 65 anos: $22,7 \pm 2,5$ na subescala ‘Necessidades’, $16,2 \pm 5,0$ na subescala ‘Preocupações’ e $6,5 \pm 5,7$ no diferencial ‘necessidade-preocupação’; para os restantes utentes as pontuações médias obtidas foram $21,1 \pm 4,4$ para as ‘Necessidades’, $16,8 \pm 5,4$ para as ‘Preocupações’ e $4,3 \pm 7,2$ para o diferencial. Posto isto, observa-se que os idosos são os que apresentam o maior valor no diferencial, sugerindo haver uma tendência para que estes sejam mais aderentes e das crenças terem um efeito positivo na adesão destes à terapêutica instituída.

No entanto, no questionário MAUQ o *score* médio total da medição da adesão nos idosos foi de $79,4 \pm 12,2$ e nos restantes foi de $82,2 \pm 14,6$, sugerindo que os idosos têm, teoricamente, uma maior tendência para serem menos aderentes à terapêutica. Isto pode dever-se à maior diferença encontrada nas dimensões 2 e 4 (disciplina e *coping*, respetivamente) que demonstram que os idosos são menos disciplinados na toma da medicação e têm menos atitudes proativas em relação aos problemas de saúde em relação aos mais jovens. Por exemplo, as questões 23, 24 e 26 (“Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus medicamentos”, “Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação” e “Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação”), permitem avaliar o esquecimento enquanto elemento preponderante na adesão. De entre os utentes com idade superior a 65 anos (137), 50,4% dos mesmos responderam entre 5 e 7 na escala de respostas (5= concordo ligeiramente; 6= concordo moderadamente e 7= concordo totalmente) na primeira questão mencionada, 13,9% na segunda e 8,8% na questão 26. Enquanto, de entre as restantes idades, apenas 40,4%,

23,1% e 15,4% responderam entre estes valores nas mesmas questões. Estes resultados vão ao encontro da menor disciplina verificada nos idosos, impactando na sua adesão. Assim, sugere-se que o aumento da idade leva a mais não adesão involuntária.

O estudo de Fernandes e colaboradores (2017) demonstra que à medida que a idade média dos doentes aumenta, maior é a sua dificuldade em abrir e fechar as embalagens dos medicamentos, podendo diminuir a adesão dos utentes. Na presente análise, na questão 36 (“Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação”) apenas 43 utentes assumiram ter dificuldade em cumprir o esquema diário terapêutico, sendo a idade superior a 65 anos em 36 destes 43.

No que concerne à influência do sexo na adesão, o estudo de Pereira e colaboradores (2013) verificou que as mulheres tinham uma tendência para a presença de crenças mais negativas, havendo uma necessidade de maior intervenção, a este nível, para o sexo feminino. A partir dos resultados obtidos no estudo atual verifica-se que as mulheres têm crenças de ‘Preocupações’ mais elevadas do que os homens, o que leva a que tenham um diferencial ‘necessidade-preocupação’ menor, ou seja, uma menor adesão (score de 5,3 nas mulheres para 7,1 nos homens). Contudo, no questionário MAUQ a pontuação global obtida foi muito próxima entre os sexos. O sexo feminino necessita, assim, de uma abordagem mais prudente no que respeita à terapêutica instituída, de forma a tentar contrariar a tendência para crenças mais negativas.

No estudo de Hashmi e colaboradores (2007) os utentes com maior adesão à terapêutica anti-hipertensora foram os que tomavam mais do que um medicamento, provavelmente por terem mais disciplina. Muitos profissionais de saúde acreditam que a quantidade de comprimidos influencia fortemente a adesão, contudo o efeito da carga de medicamentos está intimamente associada ao estadio da doença, isto é, indivíduos sintomáticos percebem um maior risco de complicações de não adesão à medicação, do que utentes assintomáticos (OMS, 2003). Na amostra em estudo, os scores obtidos nos questionários são maiores com o aumento do número de medicamentos, alcançando um máximo nos 10 medicamentos; no entanto, a partir deste número a adesão volta a diminuir.

O farmacêutico tem, assim, um papel imprescindível na promoção da adesão à terapêutica, procedendo à tomada de diferentes decisões, no final da consulta MUR, consoante as diferentes necessidades dos utentes. Através destas consultas, pode haver encaminhamento dos utentes para diferentes serviços, tendo em conta as informações recolhidas nas mesmas. Cada utente recebeu informação distinta sobre os medicamentos instituídos, auxílio na gestão

da terapêutica e educação para a saúde. No caso dos esquecimentos e erros associados à falta de capacidade de gerir a sua medicação, os utentes foram encaminhados para o serviço de preparação individualizada da medicação (PIM) e no caso das crenças negativas, o farmacêutico incidiu na educação e aconselhamento em saúde.

Conclusão

O problema da não adesão tem sido muito discutido, mas tem sido relativamente negligenciado na prestação de serviços de cuidados de saúde primários. É necessário um maior compromisso, com uma abordagem multidisciplinar, para progredir nesta área, exigindo uma ação coordenada de profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelo planeamento de cuidados de saúde e responsáveis políticos.

Uma boa adesão à terapêutica é crucial para o sucesso do tratamento instituído, visto que uma má adesão pode levar à redução dos efeitos clínicos da medicação, aumentando a instituição de tratamentos desnecessários, principalmente quando se trata de doenças crónicas.

Desta forma, é importante avaliar regularmente a adesão dos doentes e identificar as razões predominantes para a não adesão à terapêutica, de modo que os profissionais de saúde possam traçar estratégias de intervenção individualizadas, atempadamente, com o objetivo de otimizar os *outcomes* dos regimes terapêuticos instituídos.

Apesar de, na sua origem, o MUR não permitir avaliar diretamente a adesão, é uma mais valia aplicar os questionários neste tipo de estudo, pois permite ajudar os doentes nesta questão, identificando possíveis crenças relativas ao uso de certos medicamentos, com vista a alcançar melhores resultados em saúde. Neste sentido, seria fundamental implementar o serviço MUR nas farmácias comunitárias, promovendo o uso correto e racional dos medicamentos, auxiliando na gestão do uso dos mesmos e melhorando os resultados em saúde na comunidade em geral.

Referências Bibliográficas

- Cabral, A. C., Lavrador, M., Castel-Branco, M., Figueiredo, I. V., & Fernandez-Llimos, F. (2023). Development and validation of a Medication Adherence Universal Questionnaire: the MAUQ. *International Journal of Clinical Pharmacy*. <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01612-x>.
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). ATITUDES E COMPORTAMENTOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA PERANTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS A ADESÃO À TERAPÊUTICA EM PORTUGAL.
- Castel-Branco MM, Caramona MM, Fernandez-Llimos F, & Figueiredo IV. (2013). Necessidades reais de implementação de novos serviços farmacêuticos centrados no doente Implementation needs for new pharmaceutical services focus on the patient. In *Acta Farmacêutica Portuguesa* (Vol. 2, Issue 1).
- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.004>.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da. In *Literatura. Millenium* (Vol. 40).
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. In *Journal of Clinical Epidemiology* (Vol. 54).
- Fernandes, J. I. N. V. M. (2017). *Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos medicados*. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36140/1/MICF_Joana_Isabel_Fernandes.pdf
- Hashmi, S. K., Afridi, M. B., Abbas, K., Sajwani, R. A., Saleheen, D., Frossard, P. M., Ishaq, M., Ambreen, A., & Ahmad, U. (2007). Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. *PLoS ONE*, 2(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000280>.
- Health and Social Care Board. (2014). *Community Pharmacy Medicines Use Review (MUR) Service Guidance for Conducting MURs*. http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/Guidance_for_conducting_MURs.pdf
- Horne, R. (2006). Compliance, adherence, and concordance: Implications for asthma treatment. *Chest*, 130(1 SUPPL.), 65S-72S. https://doi.org/10.1378/chest.130.1_suppl.65S.

- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health, 14*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>.
- Lee, G. K. Y., Wang, H. H. X., Liu, K. Q. L., Cheung, Y., Morisky, D. E., & Wong, M. C. S. (2013). Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS ONE, 8*(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>.
- Melchior, A. C., Correr, C. J., & Fernández-Llimos, F. (n.d.). *Artigo Original Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index Translation and Validation into Portuguese Language of the Medication Regimen Complexity Index*.
- Mertens, B. J., Kwint, H. F., van Marum, R. J., & Bouvy, M. L. (2018). Are multidose drug dispensing systems initiated for the appropriate patients? *European Journal of Clinical Pharmacology, 74*(9), 1159–1164. <https://doi.org/10.1007/s00228-018-2478-5>.
- Morrison, V. L., Holmes, E. A. F., Parveen, S., Plumpton, C. O., Clyne, W., De Geest, S., Dobbels, F., Vrijens, B., Kardas, P., & Hughes, D. A. (2015). Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: A multinational, cross-sectional survey. *Value in Health, 18*(2), 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.12.013>.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. In *n engl j med* (Vol. 353). www.nejm.org.
- Pereira, M. da G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2013). *Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2* (Vol. 29, Issue 2).
- Salgado, T., Marques, A., Geraldes, L., Benrimoj, S., Horne, R., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Adaptação transcultural do Beliefs about Medicines Questionnaire para o português. *Sao Paulo Medical Journal, 131*(2), 88–94. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802013000100018>.
- Sousa Pinto, G., Godsgift Iwendi, & Matthew Hung. (2022). *Medication review and medicines use review A toolkit for pharmacists 2022 Colophon*. www.fip.org.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

 INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética	Página 1 de 4

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

SERVIÇO DE REVISÃO DO USO DOS MEDICAMENTOS NUMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

PROMOTOR:

Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

INVESTIGADOR COORDENADOR/ORIENTADOR:

Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano (FFUC)

CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:

Farmácia Lis

INVESTIGADOR:

Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes (estagiária) / Dra. Ana Patrícia Carvalho (supervisora)

MORADA:

Rua Rego D'Água, Lt 29/30, 2415-766 Leiria

CONTACTO TELEFÓNICO:

244 882 609

NOME DO PARTICIPANTE:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque pode necessitar de ajuda na gestão da sua medicação, uma vez que usa um dispositivo médico, é polimedicado, parece não estar a aderir bem à terapêutica ou manifesta dificuldade na gestão da terapêutica.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na Farmácia Lis em colaboração com a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e tem por objetivo otimizar o processo de uso dos medicamentos com vista à obtenção de melhores resultados em saúde. Trata-se de um estudo de intervenção que procurará ajudá-lo numa melhor utilização dos seus medicamentos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

O participante deverá comparecer na consulta de revisão do uso dos medicamentos, no dia e hora agendados, trazendo consigo um saco com todos os medicamentos que estiver a tomar (prescritos, não prescritos, suplementos alimentares, produtos naturais).

A partir dessa informação, será realizada uma entrevista semiestruturada ao participante onde se pretenderá saber como é que este está a lidar com a sua terapêutica. Serão também administrados dois questionários: um sobre as crenças que o participante tem na medicação e outro sobre a adesão à terapêutica.

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 2 de 4

Com base nos dados recolhidos, será criado um plano de ação adaptado à pessoa em causa. Esse plano poderá passar por dar informação ao participante sobre a sua medicação, pelo esclarecimento de dúvidas, pelo ensino do uso correto de dispositivos médicos, pela elaboração de um horário relativo à gestão de toda a medicação, pela preparação individualizada da medicação ou mesmo pela referência ao médico assistente quando tal se justificar. Em suma, deverá executar-se um plano de ação que optimize o processo de uso dos medicamentos.

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

3.1 Responsável pelos dados

Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano (FFUC)

3.2 Recolha de dados

Direta (ao próprio), durante a entrevista presencial.

3.3 Categorias de dados

Dados identificativos e dados relacionados com a medicação apresentada.

3.4 Tratamento de dados

Os dados pessoais recolhidos no início da consulta de revisão do uso dos medicamentos serão armazenados num dossier próprio e de uso exclusivo ao armazenamento de dados pessoais recolhidos para o estudo. Posteriormente, serão digitalizados e guardados em suporte informático.

3.5 Medidas de proteção adotadas

O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo.

3.6 Prazo de conservação dos dados

Até publicação dos resultados do estudo (máximo 3 anos).

3.7 Informação em caso de publicação

Será garantida a confidencialidade da identidade dos participantes no caso do estudo ser publicado.

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

A INTERVENÇÃO NÃO TRARÁ QUALQUER RISCO PARA O PARTICIPANTE.
ESTIMA-SE QUE, NO TOTAL, O PARTICIPANTE ESTEJA CERCA DE 30 MINUTOS COM O INVESTIGADOR.

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

- O participante pode colocar questões e esclarecer dúvidas sobre os seus medicamentos;
- O participante recebe informação sobre os seus medicamentos e o seu uso correto;
- O participante é auxiliado na gestão da sua medicação;
- São identificados e resolvidos quaisquer problemas que afetem o uso correto dos medicamentos.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

O participante dispensa a celebração de contrato de seguro que cubra a sua deslocação à farmácia para realização do estudo.

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões,

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 3 de 4

sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10. DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Não se aplica.

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Não se aplica.

13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	a) Maria Margarida Castel-Branco b) Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes
Morada	a) Faculdade de Farmácia / Azinhaga de Santa Comba / 3000-548 Coimbra. b) Farmácia Lis - Rua Rego D'Água, Lt 29/30, 2415-766 Leiria
Telefone	a) 965 335 368 b) 244 882 609
Email	a) mmcb@ci.uc.pt b) anaraquelf00@gmail.com

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC
Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

 121190 UNIVERSIDADE DE COIMBRA	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 4 de 4

NÃO ASSINE O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

SERVIÇO DE REVISÃO DO USO DOS MEDICAMENTOS NUMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Nome do Participante:
BI / CC: Contactos:
Nome do Investigador: Ana Raquel da Costa Carvalho Fernandes

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer;
- e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

<i>Farmácia Lis</i>	Assinaturas
Data:	Participante:
	Investigador (*):

(*) confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Anexo III – Questionário BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*)

BMQ - Questionário acerca das crenças específicas sobre o medicamento						
	Opinião sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	discordo completamente	discordo	não tenho a certeza	concordo	concordo completamente
N2	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	2	3	4	5
C4	Estes medicamentos perturbam a minha vida	1	2	3	4	5
N1	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	1	2	3	4	5
C2	Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	2	3	4	5
N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	1	2	3	4	5
C6	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	2	3	4	5
N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
C5	Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	2	3	4	5
N5	Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
C1	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	1	2	3	4	5
C3	Estes medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5

Anexo IV – Questionário MAUQ (*Medication Adherence Universal Questionnaire*)

Questionário MAUQ

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
		1	2	3	4	5	6	7
3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha doença está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha doença está sob controlo na consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado de fazer exercício suficiente para cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
21	Faço uma alimentação saudável para cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
22	Evito comportamentos que podem prejudicar a minha saúde (ex. tabaco, álcool)	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria da minha doença quando tomo os medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7