



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**ENTRE O FARMACÊUTICO E O UTENTE:  
A LEITURA DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS**

Trabalho submetido por

**Marta Sofia Antunes Lopes**

para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

**Outubro de 2015**

## **Dedicatória**

Dedico esta dissertação às pessoas mais importante da minha vida, os meus pais, Fernando Lopes e M<sup>a</sup> da Natividade Lopes, por serem uns pais extraordinários que sempre me apoiaram e me aconselharam, por terem feito sacrifícios para poderem investir tanto dinheiro em todo o meu percurso académico e também por toda a compreensão e paciência que demonstraram quando eu estava mais desmotivada. Alguns momentos foram bastante duros, não foram fáceis estes anos e foram muitas as vezes em que eu pus em causa a minha continuidade neste curso. Obrigada por acreditarem em mim. Obrigada por me darem a força que muitas vezes me faltava e por mais difícil que o caminho fosse, vocês estavam sempre lá para me ajudar a dar mais um pequeno passo neste longo percurso.

Um obrigado especial a ti, minha querida Mãe. Sei que Deus te chamou mais cedo para junto dele e por isso já não estás junto de mim. Sei que sofreste quando eu sofria, mas sempre conseguiste ter as palavras certas para mim e buscavas sempre dar-me ânimo, compreensão e palavras sábias que me ajudavam nos momentos difíceis. Agora és mais uma estrela que brilha no céu e onde quer que estejas, continuas a olhar por mim como sempre fizeste. Obrigada minha estrelinha, por tudo.

## Resumo

A dispensa de medicamentos é uma actividade farmacêutica que não se pode restringir apenas à entrega do medicamento ao utente. A informação prestada pelo farmacêutico na altura da dispensa, é determinante para a adesão à terapêutica por parte do utente. O facto de um medicamento ser ou não eficaz e seguro deixa de ser relevante se este não for administrado correctamente. O utente tem o direito de ser informado o mais correctamente possível, dentro do seu entendimento, sobre qualquer aspecto clínico que esteja sujeito, por isso é necessário um desenvolvimento por parte dos profissionais de saúde das suas capacidades interpessoais. Os processos de comunicação em saúde têm importância central na relação entre os profissionais de saúde e os utentes. É na comunicação entre eles que assenta a sua relação. Os conhecimentos teóricos são essenciais sim, mas de pouco servem se a postura, a forma como comunicamos, não for a mais correcta para com os utentes. Desta forma, o farmacêutico, como comunicador que é, deverá ter conhecimentos e competências de comunicação que lhe permitam interagir da melhor forma com outros profissionais de saúde e com o público, dando o seu contributo para a educação em saúde.

Ouçá, com intenção de perceber... Em vez de ouvir, com intenção de responder.

**Palavras – chave:** Farmacêutico, utente, relação farmacêutico-utente, comunicação em saúde, dispensa de medicamentos

**Abstract**

The dispensation of medicines is a pharmaceutical activity that you can't restrict only to the delivery of medicine to the wearer. The information provided by the pharmacist at the time of layoff, is crucial to therapeutic membership on the part of the wearer. The fact that a medicine is effective and safe is no longer relevant if the latter is not administered correctly. The user has the right to be informed as correctly as possible within his understanding, about any clinical aspect that is subject, so you need a development on the part of health professionals of their interpersonal skills. The processes of communication in health have central importance in the relationship between health professionals and users. It's in the communication between them that their relationship is based. The theoretical knowledge is essential, but of little use if the posture, the way we communicate, it is not the right one to users. In this way, the pharmacist, as a communicator, must have knowledge and communication skills in order to interact optimally with other health professionals and the public, giving his contribution to health education.

Listen, with the intent to understand... Instead of hearing, with intention to respond.

**Keywords:** Pharmacist, wearer, pharmacist-wearer relationship, health communication, dispensing medicine

**Índice Geral**

1. Introdução .....	8
2. Normas Relativas à Prescrição e Dispensa de Medicamentos .....	9
2.1. Normas Relativas à Prescrição de Medicamentos .....	9
2.2. Dispensa de Medicamentos em Farmácia Comunitária .....	14
3. Comunicação em Saúde .....	20
3.1. Comunicação verbal e não-verbal .....	20
3.2. Barreiras à comunicação .....	21
3.3. Comunicação em saúde .....	22
3.4. Perfis Psicossociais .....	25
4. Relação Farmacêutico - Utente .....	28
4.1. O Farmacêutico .....	28
4.2. Interação Farmacêutico – Utente – Medicamento .....	29
4.3. Papel do farmacêutico na dispensa de medicamentos .....	31
4.4. Aconselhamento Farmacêutico .....	39
5. Leitura das receitas médicas: Interações Medicamentosas .....	42
5.1. O que são Interações Medicamentosas? .....	42
5.2. Classificação das interações medicamentosas .....	43
5.3. Potenciais interações medicamentosas .....	45
5.4. Interpretação e intervenção .....	50
6. Farmacovigilância .....	51
6.1. O Farmacêutico e a Farmacovigilância .....	51
6.2. Reações Adversas a Medicamentos .....	51
6.3. Notificações Espontâneas de RAM .....	53
7. Indicação Farmacêutica .....	55
7.1. Conceito de Indicação Farmacêutica .....	55
7.2. Indicação farmacêutica e utentes .....	55
7.3. Medidas para promover uma automedicação responsável .....	58
8. Conclusão .....	59
9. Referência Bibliográficas .....	61

### **Índice de figuras**

Figura 1. – Esquema de prescrição por DCI .....	16
Figura 2. – Esquema de prescrição por nome do medicamento ou titular de AIM ..	17
Figura 3. – Evolução do número de farmacêuticos em exercício .....	29
Figura 4. – Processo de dispensa com a finalidade de prevenir, detectar e identificar problemas relacionados com a farmacoterapia .....	38
Figura 5. – Processo de indicação farmacêutica .....	57

### **Índice de tabelas**

Tabela 1. – Benefícios do aconselhamento ao utente .....	40
Tabela 2. – Potenciais interações medicamentosas e consequências clínicas .....	46
Tabela 3. – Interações medicamentosas entre fármacos x fármacos do tipo grave ..	47
Tabela 4. – Interações medicamentosas entre fármacos x fármacos do tipo moderada .....	48
Tabela 5. – Interações medicamentosas entre fármacos x fármacos do tipo leve .....	49

**Lista de abreviaturas**

DCI – Denominação Comum Internacional

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

SNS – Serviço Nacional de Saúde

CNPRP – Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais

CNPEM – Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos

RE – Receita Especial

RAM – Reações adversas a Medicamentos

OMS – Organização Mundial de Saúde

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

FI – Folheto Informativo

RCM – Resumo de Características do Medicamento

## **1. Introdução**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 50% dos pacientes não utilizam correctamente os medicamentos e os problemas que podem ocorrer não são causados pelo produto em si, mas pela forma como são prescritos, dispensados e/ou usados pelos doentes (Galato, Just, Galato & Da Silva, 2006). De facto, os utentes têm de fixar informações muitas vezes escutadas e entendidas de forma incorrecta, o que dá origem a dados pouco fiáveis sobre como usar o medicamento. Para além disso, os pacientes podem esquecer metade da informação obtida cinco minutos após uma consulta.

Erros nas etapas finais do uso dos medicamentos, levam a importantes problemas na saúde dos pacientes, com relevantes repercussões económicas e sociais (Galato et al., 2006).

Outro aspecto a ser considerado é relativo à qualidade de informações fornecidas aos pacientes sobre os medicamentos que utiliza. A informação adequada sobre a doença e os seus sintomas característicos, a necessidade e a disponibilidade de transmitir o conhecimento apropriado sobre os medicamentos ao paciente no tratamento farmacológico, contribuem para a melhora dos resultados obtidos e para a redução das taxas de erros de medicação. O papel de educadores sobre medicamentos cabe principalmente aos profissionais de saúde, que devem dispor de tempo e habilidade para exercer esta importante actividade, que é o aconselhamento do paciente (Galato e tal., 2006).

O acto de comunicar é a arte de reduzir o mais possível as diferenças entre os significados pensados pelo emissor e os significados percebidos pelo receptor da mensagem. Só haverá uma autêntica comunicação quando se estabelece uma relação empática entre quem informa e quem é informado (Dias, 1999).

Valorizar o papel do farmacêutico como potencial agente de educação para a saúde através da comunicação é uma necessidade social.

## **2. Normas Relativas à Prescrição e Dispensa de Medicamentos**

### **2.1. Normas Relativas à Prescrição de Medicamentos**

A legislação relativa à prescrição de medicamentos foi alterada para promover a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e através de sistemas electrónicos. De acordo com o INFARMED I.P., (2013) estas alterações visam centrar a prescrição na escolha farmacológica, o que permitirá promover a utilização racional dos medicamentos. Além disso, têm como objectivo aumentar a segurança no processo de prescrição e dispensa, de modo a facilitar a comunicação entre profissionais de saúde de diferentes instituições e agilizar os processos. Adicionalmente, pretende-se dotar o prescriptor de instrumentos de suporte à decisão clínica, evitando erros na dispensa e agilizando o processo de prescrição e de conferência de receituário.

Compete ao INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. - fornecer a base de dados que contém a informação relativa a todos os medicamentos que têm autorização de introdução no mercado (AIM) em Portugal. Essa base de dados é actualizada diariamente, mas para que a informação se mantenha fidedigna, as entidades devem realizar, pelo menos, uma actualização mensal (INFARMED I.P., 2013).

A prescrição de medicamentos, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos (tabelas I e II do Decreto Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro) tem de ser feita no modelo de receita médica aprovado pelo Despacho n.º 15700/2012, de 30 de Novembro, na sua redacção actual.

As receitas electrónicas podem ser renováveis, contendo até 3 vias, devendo ser impressa a indicação da respectiva via (“1.ª via”, “2.ª via” e “3.ª via”). Apenas podem ser prescritos em receita renovável, os medicamentos que se destinem a tratamentos de longa duração (os medicamentos que constem da tabela 2 da Portaria n.º 1471/2004, de 21 de Dezembro, na sua actual redacção - Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de Outubro) e os produtos destinados ao autocontrolo da Diabetes *Mellitus* (INFARMED I.P., 2013).

## Receita electrónica

Para o farmacêutico aceitar a receita electrónica e dispensar os medicamentos nela contidos, este necessita de verificar a existência dos seguintes elementos (INFARMED I.P., 2013):

### 1. Número da receita

Verificar a existência de numeração, constituída por 19 dígitos com o seguinte formato:

X	XX	XXX	XXXX	XXXXXXXX	X	X
Região de Saúde (ARS)	Tipo Receita	Sistema Produtor	Centro Emissor / Entidade Utilizadora	Sequência	Nº Via	Check digit

Região de Saúde em que se integra o local da prestação de cuidados (ARS)	1 - Região Norte
	2 - Região Centro
	3 - Região de Lisboa e Vale do Tejo
	4 - Região do Alentejo
	5 - Região do Algarve
	6 - Região Autónoma dos Açores
	7 - Região Autónoma da Madeira

Tipo de receita	1 - Receita médica não renovável
	2 - Receita médica renovável

Número da via	0 - Receita não renovável
	2 - Primeira via da receita renovável
	3 - Segunda via da receita renovável
	4 - Terceira via da receita renovável

No número da receita electrónica, gerado centralmente pelo sistema central de prescrições, o sistema produtor assume o valor 100 e tem o seguinte formato:

X	XX	100	XXXXXXXXXXXX	X	X
Sistema central			Seqüência nacional		

2. Identificação do médico prescriptor

Verificar os dados do médico prescriptor.

3. Dados do utente

Dados do utente	Nome e número de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
	Número de beneficiário da entidade financeira responsável, sempre que aplicável
	Regime especial de comparticipação de medicamentos, representado pelas letras “R” e “O”, se aplicável: - A letra “R” aplica-se aos utentes pensionistas abrangidos pelo regime especial de comparticipação - A letra “O” aplica-se aos utentes abrangidos por outro regime especial de comparticipação identificado por menção ao respectivo diploma legal

4. Identificação do medicamento

➤ Prescrição por DCI

Prescrição por DCI	Denominação Comum Internacional (DCI) ou nome da substância activa
	Dosagem (Dos)
	Forma Farmacêutica (FF)
	Dimensão da embalagem (Dim)
	DCI + Dos + FF + n°. unidades – Código Nacional para a Prescrição Electrónica de Medicamentos

(CNPEM) representado em dígitos e código de barras
--

➤ Prescrição por marca

Nos casos em que é permitida a prescrição por nome comercial do medicamento ou do titular, a identificação do medicamento deve conter ainda:

Prescrição por marca	Nome comercial do medicamento ou respectivo titular da AIM
	Nº. de registo do medicamento representado em dígitos e código de barras

5. Número de embalagens

- ✓ Podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos (que não tenham a mesma substância activa, dosagem, forma farmacêutica ou agrupamento de forma farmacêutica), num total de 4 embalagens por receita. No máximo, duas embalagens por medicamento.
- ✓ No caso dos medicamentos prescritos que se apresentam sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento.

6. Data da prescrição

- ✓ Receita normal – válida pelo prazo de 30 dias seguidos, contados a partir da data da sua emissão.
- ✓ Receita renovável – cada via tem uma validade de seis meses, contados a partir da data de emissão.

7. Assinatura do médico prescriptor

A assinatura manuscrita do médico prescriptor é obrigatória.

**Receita manual**

Para que o farmacêutico possa aceitar a receita manual e dispensar os medicamentos nela contidos, necessita verificar a existência dos seguintes elementos (INFARMED I.P., 2013):

1. Identificação do médico prescritor e local de prescrição

Verificar a existência dos dados do médico prescritor, incluindo a respectiva vinheta.

Se a prescrição se destinar a um doente pensionista abrangido pelo regime especial, a vinheta deverá ser de cor verde de identificação da unidade de saúde do SNS. Nos consultórios e/ou médicos particulares, o local deverá estar igualmente identificado, através de carimbo ou inscrição manual

2. Excepção

A farmácia deve verificar se, no canto superior direito da receita, está assinalada a excepção legal:

Excepções	Falência informática
	Inadaptação do prescritor
	Prescrição no domicílio
	Médico prescreve até 40 receitas/mês

3. Data da prescrição

- ✓ A receita manual é válida pelo prazo de 30 dias seguintes, contados a partir da data da sua emissão.

4. Especificidades da receita manual

- ✓ A receita não pode conter rasuras ou caligrafias diferentes; a utilização de canetas diferentes ou a prescrição a lápis são motivos para que as receitas não sejam comparticipadas.
- ✓ Não é permitida mais do que uma via da receita manual, ou seja, a receita renovável não pode ser emitida por via manual.

## **2.2. Dispensa de medicamentos em Farmácia Comunitária**

De acordo com o INFARMED I.P., (2013), o farmacêutico deverá ter em atenção os seguintes pontos durante o processo de dispensa de medicamentos em farmácia comunitária:

### **Informação ao utente**

- ✓ No ato da dispensa, o farmacêutico tem que informar o utente da existência de medicamentos com mesma substância activa, dosagem, forma farmacêutica e tamanhos de embalagens equivalentes ao prescrito (medicamentos genéricos similares), comparticipados pelo SNS, e qual o mais barato.
- ✓ Caso não existam genéricos, o farmacêutico tem que informar o utente sobre o medicamento comercializado mais barato, similar ao prescrito.

### **Dispensa de medicamentos prescritos por DCI**

- Quando existe grupo homogéneo
  - ✓ O farmacêutico tem que dispensar o medicamento que cumpra a prescrição médica e, caso aplicável, o mais barato dos 3 medicamentos de cada grupo homogéneo de entre os 5 com preço mais baixo que as farmácias têm que ter no mínimo em stock, excepto nos casos em que o utente exerça o seu direito de opção.
  - ✓ O utente pode optar por qualquer medicamento com o mesmo CNPEM, independentemente do seu preço. Para tal tem que assinar a receita, no local próprio.
  
- Quando não existe grupo homogéneo
  - ✓ O farmacêutico tem que dispensar o medicamento que cumpra a prescrição médica e o mais barato para o utente, similar ao prescrito, excepto nos casos em que o utente exerça o seu direito de opção.
  - ✓ O utente pode optar por qualquer medicamento com o mesmo CNPEM, independentemente do seu preço. Para tal tem que assinar a receita, no local próprio.

### Dispensa de medicamentos prescritos por nome comercial ou do titular

- ✓ Perante a prescrição de um medicamento de marca sem similar ou sem genérico participado, o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita.
  
- ✓ Existência de justificação técnica do prescriptor

Alínea a) Medicamentos com margem terapêutica estreita	Alínea b) Reacção adversa prévia	Alínea c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias
<p>“Excepção a) do n.º 3 do art. 6.º - medicamentos com margem terapêutica estreita”</p> <p>Esta justificação apenas é permitida para os medicamentos identificados na lista definida pelo Infarmed.</p>	<p>“Excepção b) do n.º 3 do art. 6.º - reacção adversa prévia”</p>	<p>“Excepção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”</p>
<p>Perante esta prescrição, o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita.</p>	<p>Perante esta prescrição, o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita.</p>	<p>O utente pode optar por medicamentos similares ao prescrito, desde que sejam de preço inferior. Para tal, o utente tem de assinar a receita, no local próprio para o efeito.</p>

### Outras prescrições por nome do medicamento/titular

Caso a prescrição feita por nome do medicamento/titular não se enquadre nas situações anteriormente mencionadas, ou na ausência da respectiva justificação, a dispensa deve ser efectuada como se de uma prescrição por DCI se tratasse.

Caso a prescrição inclua medicamentos com margem terapêutica estreita, a farmácia deve ponderar a necessidade de confirmar com o médico a possibilidade de substituição; se o médico não permitir, esse facto deve ser explicado ao utente e este deve assinar o verso da receita (direito de opção).

### Esquema dos vários casos de dispensa

#### ➤ Prescrição por DCI

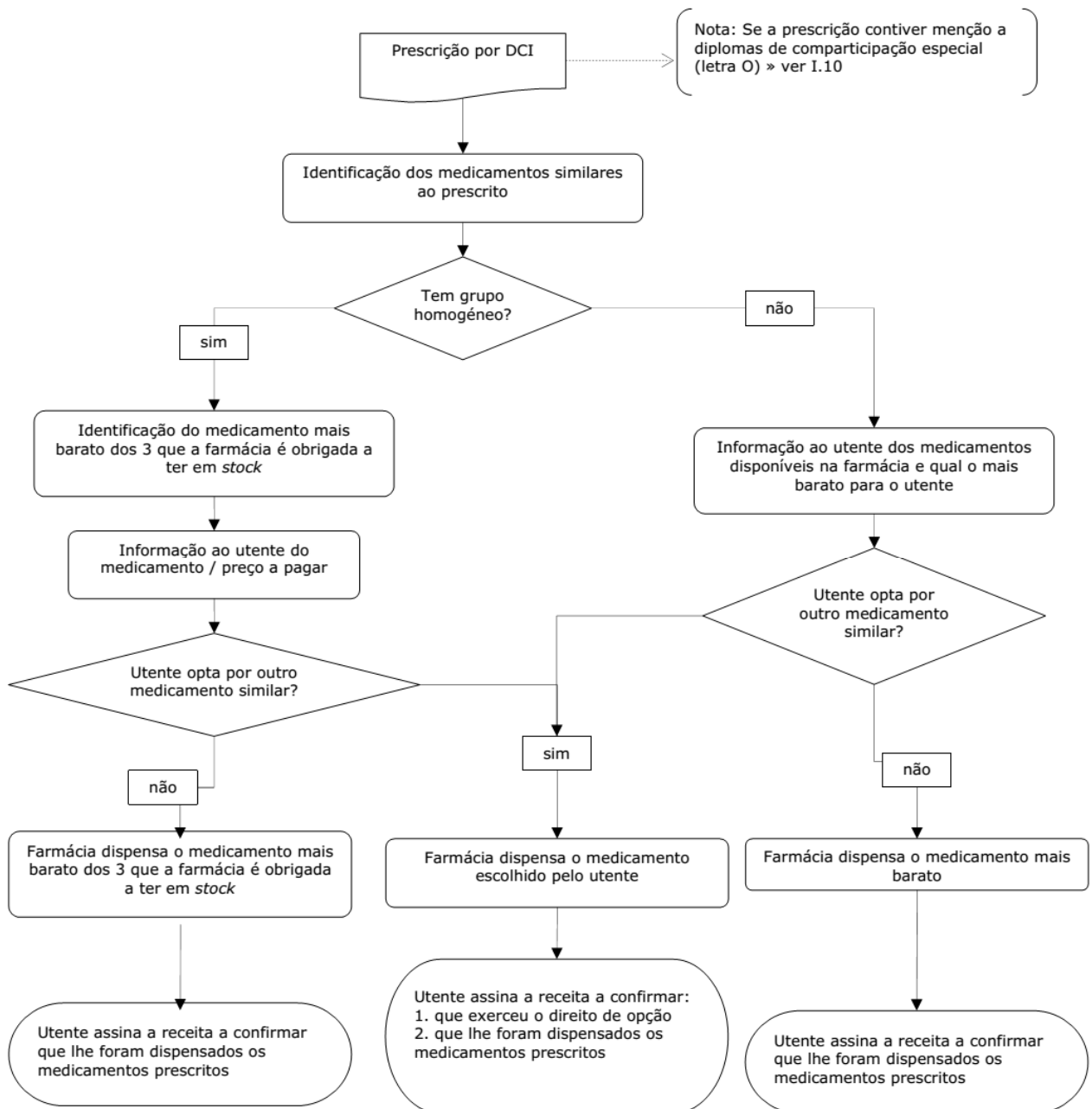


Figura 1. Esquema de prescrição por DCI (INFARMED I.P., 2013)

➤ Prescrição por nome do medicamento ou do titular de AIM

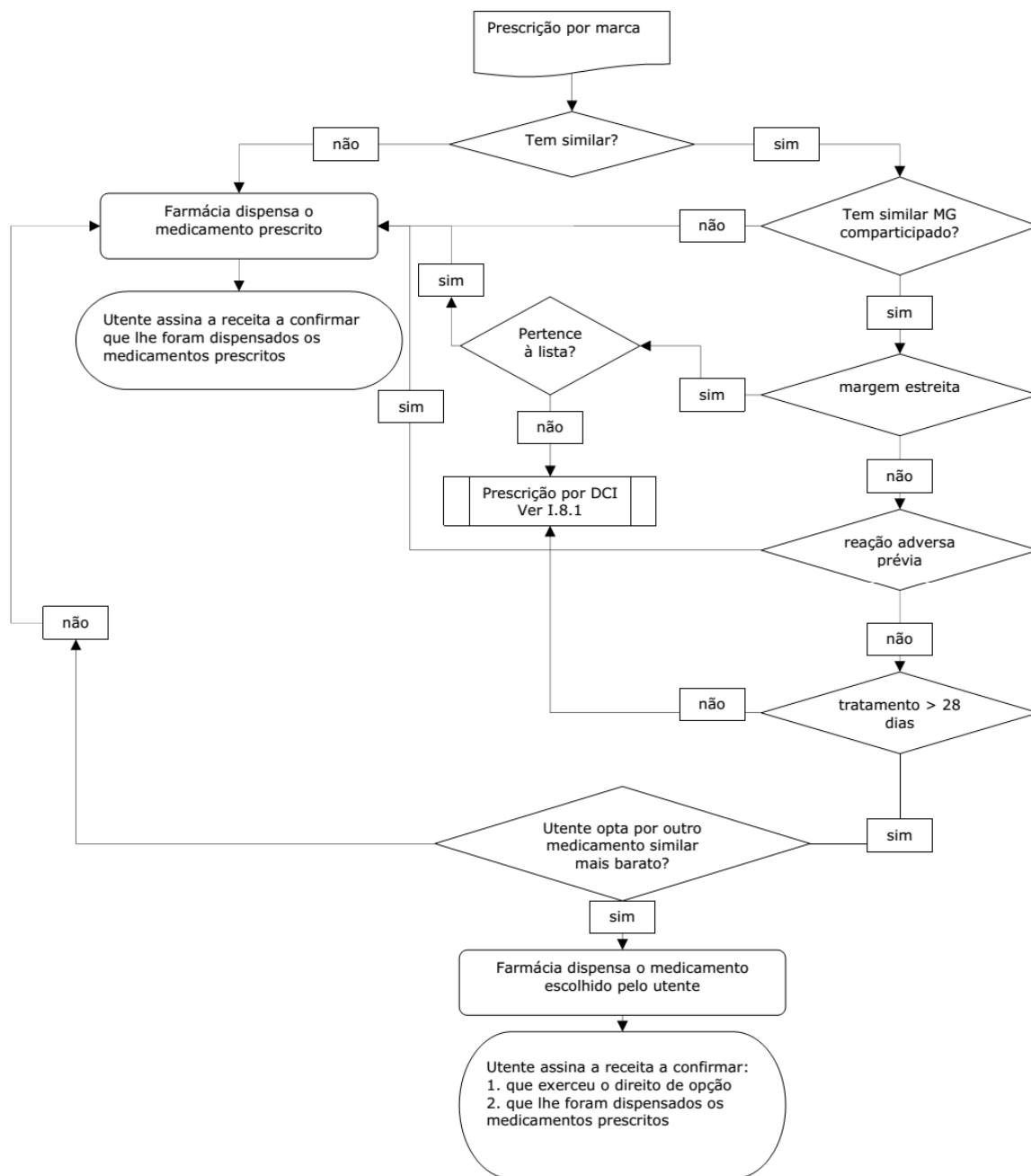


Figura 2. Esquema de prescrição por nome do medicamento ou titular de AIM (INFARMED I.P., 2013)

### Casos particulares de dispensa

<b>Situações em que o utente não queira os medicamentos prescritos</b>	Se o utente não quiser algum dos medicamentos prescritos, o farmacêutico deve, na presença do utente, riscar o produto em causa na receita
	O farmacêutico também pode dispensar um nº. inferior de embalagens relativamente às presentes na receita
<b>Receita não específica a dimensão</b>	Apenas pode ocorrer em receitas manuais
	O farmacêutico tem de fornecer a embalagem comparticipada de menor dimensão disponível no mercado

### Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

As receitas médicas de medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica (compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro) não podem conter outros medicamentos.

- ✓ Estes medicamentos têm que ser prescritos nas receitas electrónicas identificadas com “RE” – receita especial.
- ✓ A prescrição destes medicamentos segue as mesmas regras que os restantes, nomeadamente no que respeita ao número de embalagens por receita

#### ➤ Identificação do adquirente

O farmacêutico deve anotar no verso da receita a seguinte informação do adquirente:

Identificação do adquirente	Nome do adquirente
	N.º. e data do BI ou da Carta de Condução ou n.º. do Cartão do Cidadão
	N.º. do passaporte no caso de cidadãos estrangeiros
	Data da dispensa
	Assinatura legível do farmacêutico

- ✓ Na ausência dos documentos mencionados, o farmacêutico pode aceitar outros documentos com fotografia mas, nestes casos, deve solicitar a assinatura do adquirente; no caso do adquirente não saber assinar, o farmacêutico consigna essa menção.
- ✓ Se a receita se destinar a um menor, a pessoa que diz ter o menor a seu cargo ou estar incumbida da sua educação ou vigilância tem que assinar a cópia da receita que permanece na farmácia; no caso do adquirente não saber assinar, o farmacêutico consigna essa menção.

### **3. Comunicação em Saúde**

#### **3.1. Comunicação verbal e não-verbal**

A comunicação é um processo de interação onde compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções podendo influenciar o comportamento das pessoas que irão reagir a partir das suas crenças, valores, história de vida e cultura (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000).

Esta é uma área de investigação e de estudos muito complexa que é processada através de dois modos: o verbal e o não-verbal.

De acordo com Birck e Keske (2008), no processo da comunicação verbal, o indivíduo, de um modo geral, está consciente da sua fala, já no caso da comunicação não-verbal, por ser silenciosa e transparente, é muitas vezes usada de forma involuntária.

O corpo fala, expressa-se, transmite mensagens, não apenas através de palavras, mas através das expressões faciais (olhos, lábios), gestos com as mãos, postura física, ritmo do corpo (caminhar, correr), passando informações muitas vezes importantes sobre si, sem serem utilizadas palavras (linguagem verbal). Os gestos fazem parte dos recursos de comunicação, pois expressam emoções e, podem também contradizer as palavras (Birck & Keske, 2008). Segundo Ferrara, citado por Birck e Keske (2008), os seres humanos comunicam também pela escolha das cores das roupas que usam, pelo meio de transportes que adoptam, revelando aspectos da sua cultura, das suas experiências e das suas expectativas perante os outros.

Sendo a cultura um dos principais pontos de referência na expressão corporal e na linguagem não-verbal, o corpo é uma reprodução da sociedade, operando por processo de transmissão de estruturas culturais (Birck & Keske, 2008).

O comportamento não-verbal tende a ser espontâneo e frequentemente vai para além da nossa consciência. A sua aprendizagem, envolve aspectos culturais universalmente aceites, como expressões faciais que representam as emoções básicas do ser humano.

Regra geral, é atribuída uma maior relevância à comunicação verbal expressa pela linguagem falada ou escrita (Silva et al., 2000). Segundo o mesmo autor, este considera

que a capacidade de ouvir e compreender o outro não inclui apenas a fala, mas também as manifestações corporais como, elementos preciosos no processo da comunicação.

O estudo da linguagem corporal, assume um papel importante na descodificação das mensagens recebidas durante as interacções interpessoais. Cada cultura tem um reportório gestual próprio e não há gestos ou movimentos corporais que possam ser considerados como símbolos universais.

No caso de esclarecimentos prestados a utentes numa farmácia, o estudo da linguagem verbal e não-verbal é importante. No que respeita à comunicação oral, o farmacêutico deve sempre ter o cuidado de fazer uma prévia análise do utente, para posteriormente adaptar o seu discurso para um melhor entendimento e para que todos os esclarecimentos prestados possam ser correctamente compreendidos.

### **3.2. Barreiras à comunicação**

Segundo Maia, (2007), a comunicação é o factor essencial para o desenvolvimento interpessoal e a mais básica de todas as necessidades, depois da sobrevivência fisiológica.

Ao comunicarem, as pessoas criam e trocam ideias, respondendo a mensagens e estímulos. A informação, diz respeito ao significado atribuído a essas mesmas mensagens recebidas. A comunicação, é uma informação transmitida a alguém, sendo também compartilhada e compreendida por esse alguém. Comunicar significa tornar comum, a uma ou a mais pessoas, essa determinada informação (Maia, 2007).

A comunicação, é um intercâmbio de informação entre um emissor e um receptor. O emissor tem como objectivo não só transmitir uma mensagem, mas também, influenciar a conduta e o comportamento do receptor. O receptor, recebe o que lhe convém, interpreta essa mensagem, distorcendo-a, julgando preconceituosamente o emissor ou a mensagem, não pedindo esclarecimentos de dúvidas implicadas na mensagem (Maia, 2007). Se a mensagem é incompreendida, é porque ocorrem barreiras à comunicação. Essas barreiras podem estar no emissor ou no receptor, no canal utilizado ou até na própria mensagem (Maia, 2007). Quando ocorrem obstáculos à fonte, o emissor pode codificar o significado de uma mensagem que não consegue transmitir

de forma clara. Isso pode ocorrer porque cada pessoa atribui um significado diferente às palavras usadas.

Algumas deficiências nas pessoas podem também ser responsáveis pela falha no entendimento da mensagem, como: deficiência auditiva, deficiência visual, desconfiança em excesso, nervosismo, ignorância, insegurança, derrotismo (Maia, 2007).

De acordo com o mesmo autor, é importante o emissor ter em consideração o ambiente, o nível cultural e o grau de atenção dos receptores. Conseguir identificar essas diferenças, criando uma atmosfera de reciprocidade, é uma barreira fundamental que o emissor tem que derrubar.

O farmacêutico, entidade emissora e possuidora da informação, deve então, ser tão claro quanto possível, para que, o seu receptor o compreenda da melhor forma possível.

### **3.3. Comunicação em Saúde**

“A comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a saúde.” (Teixeira, 2004)

Esta tem por objectivo, a promoção e educação em saúde, à prevenção das doenças e de riscos, à sugestão de mudanças comportamentais e à informação sobre as doenças e sobre a saúde, entre outros (Teixeira, 2004).

A comunicação humana é processada através de dois níveis, o verbal e o não-verbal. A comunicação verbal exterioriza o ser social e é expressa pela linguagem falada ou mesmo escrita. A comunicação não-verbal exterioriza o psicológico, sendo a sua principal função a demonstração dos sentimentos (Silva et al., 2000). Estas duas formas de comunicação humana complementam-se, tornando-a muito mais rica, compreensível e acessível. O conhecimento científico e a habilidade técnica do farmacêutico são importantes, mas são de pouca relevância se este não apresentar um bom relacionamento interpessoal, empatia e assertividade para com o utente. A empatia é de

grande importância no atendimento ao utente, podendo desta depender o sucesso do tratamento do utente, pois a mesma tem efeito terapêutico.

A empatia pode ser demonstrada de forma verbal e não-verbal. O farmacêutico deve possuir um bom nível de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento, para que ocorra a empatia como processo terapêutico. É fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o farmacêutico preste um cuidado personalizado, respeitando a cultura, crenças e valores do doente. A simpatia diz respeito ao primeiro contacto, primeiro olhar e primeiro sorriso para com o utente (Carraro & Radiunz, 1996).

Comunicar é algo a que todos nós estamos intimamente ligados e que nem nos damos conta da sua utilização nas suas múltiplas formas. Numa farmácia comunitária, a comunicação assume uma grande importância e pode ser um factor de enorme influência para melhorar o atendimento ao utente. Comunicar é pois fazer passar uma mensagem compreensível a terceiros seguindo os 10 passos da comunicação, para melhor atender o utente (Aguilar, 2004):

1. Efectuar uma recepção afável de forma a aumentar o grau de satisfação, e consequentemente o à vontade do utente na farmácia.
2. Personalizar o doente, tratando-o nomeadamente pelo nome e com prefixo adequado, sempre que possível.
3. Saber sempre a quem se destina a medicação solicitada, na prescrição ou espontaneamente, pelo utente, pois em muitas situações os medicamentos que vão ser adquiridos não são para o apresentante.
4. Desdramatizar, sempre que possível, a situação de enfermidade que afecta o doente, procurando não utilizar frases como “tem que fazer um esforço...”, nem frases que expressem uma negatividade marcada do tipo “não pode..., não faça”.
5. Utilizar poucos termos técnicos, já que estes prejudicam substancialmente a compreensão, e mesmo a motivação do utente para iniciar a terapêutica.
6. Procurar estabelecer acordos, nem que isso implique entrar numa negociação, de forma a obter um compromisso quanto à adesão à terapêutica. Uma grande parte do insucesso terapêutico (mais de 30%) está associada a esta causa.
7. Explicar, o melhor possível, a posologia e a duração do tratamento, bem como eventuais efeitos secundários que possam surgir e manifestar, sempre, disponibilidade total para o esclarecimento de dúvidas que, após o início do

tratamento, podem subsistir no utente, e que são muito frequentes após a leitura mais atenta do folheto informativo, que habitualmente sucede já em casa, após a visita à farmácia. Não deixar o utente sair com dúvidas.

8. Não praticar, nem permitir, intimidades excessivas, mesmo que sejam utentes já muito conhecidos. Na farmácia, um profissional faz falta pela sua competência técnica, embora com uma vertente de humanismo sempre presente e não somente para ser simpático ou afável.
9. Procurar evitar a utilização de diminutivos, como por exemplo, “tratamentozinho...” ou “xaropezinho”, sendo que estes podem ser carinhosos mas só se utilizados com conta, peso e medida, bem como, não abusar de determinadas expressões abreviadas de linguagem, principalmente o banalizado OK.
10. Em caso de dúvidas na interpretação de uma prescrição, procurar sempre o esclarecimento com o seu utente, pois este tem, em muitas circunstâncias, uma ideia precisa da medicação que lhe foi instituída, mas se não tiver a certeza, ou se notar uma indefinição por parte do utente, contactar sempre a ajuda de colegas ou caso necessário, contactar o médico na presença do utente.

O farmacêutico adopta um papel essencial como comunicador, na relação farmacêutico-utente, de modo a promover a saúde pública. “O farmacêutico é um agente de saúde, cumprindo-lhe executar todas as tarefas que ao medicamento concernem, todas as que respeitam às análises clínicas ou análises de outra natureza de idêntico modo susceptíveis de contribuir para a salvaguarda da saúde pública e todas as acções de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde” (*Ordem dos Farmacêuticos*, 1998).

Assim, a acção do farmacêutico como profissional de saúde e o papel que este desempenha na promoção do uso racional de medicamentos, depende do seu conhecimento científico e das suas competências em ensinar, respeitando o utente e tornando-o activo nesse processo (Vinholes, Alano & Galato, 2009). Deste modo, o objectivo de toda a relação farmacêutico-utente deve consistir na formação pedagógica do utente. Deve estabelecer-se um diálogo, onde são colocadas diversas questões e criando uma relação de confiança, que permitirá deixar o utente à vontade para expor qualquer dúvida que possa surgir (Pereira, 2009).

Toda esta relação envolve formas de comunicação mais ou menos complexas, cujo objectivo principal é que o utente entenda a linguagem utilizada pelo farmacêutico de uma forma clara e assim criar-se uma maior pré-disposição para o cumprimento integral da terapêutica prescrita.

“Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental.” (Teixeira, 2004)

As principais dificuldades comunicacionais entre os profissionais de saúde e os utentes verificam-se na transmissão de informação, nas atitudes dos profissionais de saúde e dos utentes em relação à comunicação, na comunicação afectiva dos profissionais de saúde e ainda na literacia da saúde dos utentes. Segundo Teixeira (2004), a informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, baseada na evidência e personalizada. A informação deve ser fornecida consoante as necessidades de informação do utente, adaptada ao seu nível cultural e ao seu estilo cognitivo. Esta personalização da informação permite economizar tempo, aumentar a satisfação dos utentes e facilitar a sua intenção de virem a adoptar os comportamentos propostos (Teixeira, 2004).

A qualidade da comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde pode influenciar os resultados da terapêutica farmacêutica. Haverá uma maior consciencialização dos riscos, uma motivação para a mudança comportamental e uma maior adesão à terapêutica, aumentando assim o bem-estar psicológico e a qualidade de vida do utente.

### **3.4. Perfis Psicossociais**

Os perfis psicossociais dos doentes têm origem na relação médico-paciente. Ao nível desta interacção, o doente é remetido para um papel passivo, não se admitindo a sua participação, dado que o seu saber é profano, desvalorizado pela organização de saúde (Dias, 1999). Com efeito, segundo Coe, para obter a informação que procura e que não se consegue obter através dos médicos, o doente recorre muitas vezes a outros profissionais de saúde, nomeadamente os farmacêuticos, como sendo mais acessíveis e menos ameaçadores para doentes mais tímidos (Dias, 1999).

Na farmácia comunitária podem-se identificar vários tipos de perfis psicossociais, sendo que todos se enquadram numa das categorias ou de “doente informado” ou de “doente desinformado”:

- “Actor dissimulado”

Recorre a mecanismos astuciosos para conseguir um controlo subtil sobre a recolha da informação que necessita (Dias, 1997)

- “Doente inquisidor”

Categoria assumida após assumir a categoria de “actor dissimulado” como última estratégia para desvendar a informação de que necessita (Dias, 1997)

- “Bom doente”

Estratégia que permite validar, através de várias opiniões, as múltiplas informações que lhe foram prestadas (Dias, 1997)

- “Doente adivinho”

Examinam minuciosamente o seu diagnóstico e prognóstico, através das terapêuticas que lhe são prescritas, bem como pelas trajectórias que percorre numa instituição hospitalar (Dias, 1997)

- “Doente detective”

Este doente ao longo da sua trajectória vai recolhendo detalhadamente todas as informações junto dos agentes institucionais desenvolvendo estratégias de modo a descobrir toda a informação (Dias, 1999)

- “Actor estratégico”

É aquele que desenvolve mecanismos de pesquisa de informação sobre a sua doença, seja através de outros doentes na mesma situação pelo recurso às vias informais, assumindo um carácter ilegítimo e clandestino aos olhos dos profissionais de saúde pois possuem informação alarmista e nociva para os doentes (Dias, 1999)

- Doente profissional

Ao longo do tempo fica a conhecer e a controlar melhor a sua doença e ganha a especialização entendida como um *corpus de savoir-faire* na manipulação de situações idênticas. Este tipo de doentes, também desempenha o papel de agentes de ensino no ato de informar, recorrendo a um saber profano e a um discurso, apesar de não erudito, se torna inteligível na categoria de “mensageiros secundários” da informação prestada (Dias, 1999)

- Doente informador benigno

Caracteriza doentes com um tempo de sobrevida consideravelmente longo e são fundamentais, pois simbolizam e credibilizam o espectro de cura da doença (Dias, 1999)

- Doente informador maligno

São os portadores de informações alarmistas, podendo comprometer o sucesso dos recursos biomédicos (Dias, 1999)

Um utente não possui apenas um perfil, mas sim uma fusão de vários.

O doente informado assume uma atitude activa, devido às estratégias aplicadas de modo a recolher toda a informação possível. Recorre a uma diversidade de informadores privilegiados, institucionalmente certificados ou mesmo através de outros doentes na mesma situação. São doentes que ao procurarem informar-se sobre as várias terapêuticas para o seu problema, acabam por ter uma maior adesão a estas (Dias, 1999).

Em contrapartida, o doente desinformado, adopta uma atitude passiva afastando todo o seu protagonismo para o profissional de saúde. Acaba por se afastar de qualquer processo de decisão informada e partilhada. Não ousam fazer perguntas sobre a sua situação clínica nem procuram qualquer tipo de informação sobre a terapêutica para o seu estado. Este tipo de doente, desinteressado, representa os utentes com baixa adesão à terapêutica (Dias, 1999).

O doente ideal é então aquele que é interessado pelo seu estado clínico, que colabore com os profissionais de saúde, mantendo uma relação cordial que permita a ambos desempenhar o seu papel o melhor possível e que procura saber informações junto dos profissionais de saúde, devendo estar informado sobre as várias terapêuticas possíveis e qual a mais adequada ao seu caso, bem como, os efeitos adversos associados.

## 4. Relação Farmacêutico - Utente

### 4.1. O Farmacêutico

O farmacêutico é “um profissional de saúde, portador de carteira profissional emitida pela Ordem dos Farmacêuticos” (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2006).

Mas mais precisamente e de acordo com o *Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, um farmacêutico é um “agente de saúde, cumprindo-lhe executar todas as tarefas que ao medicamento concernem, todas as que respeitam às análises clínicas ou análises de outra natureza de idêntico modo susceptíveis de contribuir para a salvaguarda da saúde pública e todas as acções de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde” (*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, 2001).

Segundo as *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária*, o farmacêutico é “um profissional de saúde de formação avançada na manipulação de medicamentos, no processo de uso dos medicamentos e na avaliação dos seus efeitos” (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009).

As formações universitária, pós-universitária e a prática profissional quotidiana permitem uma maior experiência e conhecimento do farmacêutico para assegurar uma melhor qualidade de vida ao utente (*Ordem dos Farmacêuticos. História da Farmácia em Portugal*). A sua formação complementar e contínua irá reforçar e melhorar o seu aconselhamento perante os utentes, fazendo com que haja um uso racional dos medicamentos (Silva, 2007).

O papel farmacêutico é fundamental, pois tem a capacidade de sensibilizar o utente para estilos de vida saudáveis, consegue detectar de forma precoce problemas de saúde graves e, como já foi referido, consegue sensibilizar para o uso racional dos medicamentos. Como é o último profissional de saúde em contacto com o doente antes da toma da medicação, o farmacêutico fornece as informações necessárias para que haja eficácia e segurança do tratamento (*Ordem dos Farmacêuticos. História da Farmácia em Portugal*).

As actividades orientadas para o medicamento são a aquisição, armazenamento e conservação. A actividade orientada para o doente pode ser dividida em três grupos: a

dispensa de medicamentos, a indicação farmacêutica e o seguimento do tratamento farmacológico.

Com podemos ver na figura 3, o número de farmacêuticos em exercício por ano tem vindo a aumentar. De facto, em 2000 eram 8032 e em 2013 já se contavam 14321 a exercer a profissão.

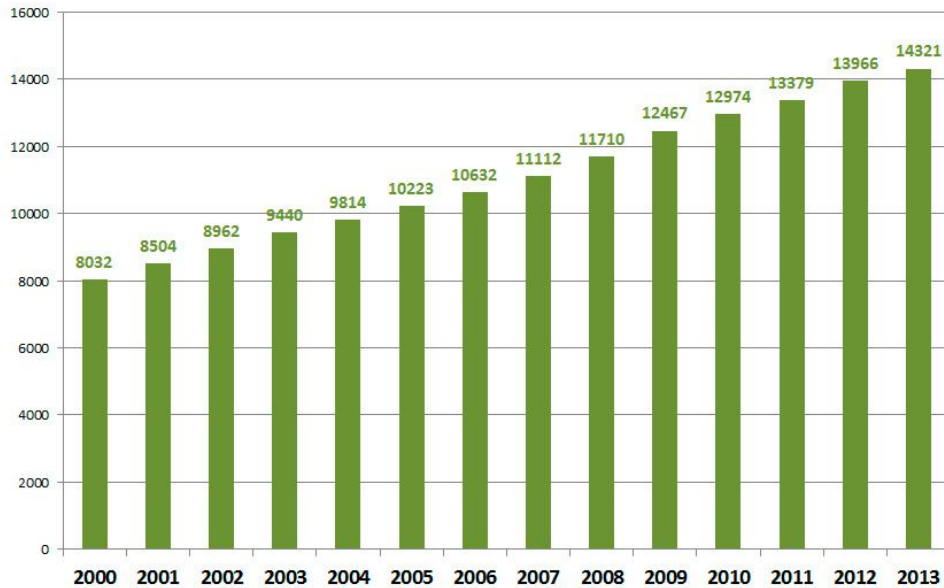


Figura 3. Evolução do número de farmacêuticos em exercício

#### 4.2. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

A informação do utente é fundamental para o uso racional dos medicamentos. O farmacêutico, de modo a transmitir essa informação de modo correcto, deve não só manter-se actualizado na sua área profissional, como também, saber comunicar e adaptar-se ao utente a quem irá transmitir as informações. Deve ser sempre gentil, adoptar uma postura correcta, falar de forma simples, clara e compreensível, sempre respeitando a autonomia e capacidade de decisão do utente. Deve incentivar o utente a ler a informação disponível sobre o medicamento e mostrar-se sempre disponível a prestar toda a informação de que ele necessite e estando preparado para aconselhar o utente sobre maneiras práticas de implementar a informação que recebeu. A informação

ao utente pode ser transmitida de forma verbal e/ ou escrita. É regra comum, por exemplo, registar a posologia na embalagem do medicamento ou colar uma etiqueta nesta. Existe também material informativo (por exemplo, folhetos) que pode ser fornecido ao utente como complemento da informação prestada.

A informação transmitida ao utente pode e deve englobar, consoante as circunstâncias: a posologia e o modo de administração, precauções de utilização e contra-indicações, interacções, efeitos indesejáveis e reacções adversas, conservação adequada dos medicamentos e o que fazer com os medicamentos fora de uso. Deve incentivar o utente a levar à farmácia os medicamentos fora de uso e colocá-los no contentor da VALORMED (Fernandes, 2012).

A farmacovigilância é a ciência que tem como objectivos, detectar, avaliar, compreender e prevenir efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados com fármacos. O principal objectivo da farmacovigilância é assegurar que os medicamentos são utilizados de modo a que se obtenham o máximo de benefícios, minimizando, tanto quanto possível, os riscos (Fernandes, 2012).

O farmacêutico deve comunicar as suspeitas de reacções adversas a medicamentos (RAM) de que tenha conhecimento e que possam ser atribuídas a medicamentos ao organismo responsável (Sistema Nacional de Farmacovigilância – INFARMED) com a maior celeridade possível, não sendo recomendado ultrapassar os 15 dias após o acontecimento. Para isso, deve preencher o formulário de notificação espontânea e enviá-lo à Unidade de Farmacovigilância correspondente, com o máximo de informação possível sobre o utente (idade, sexo, patologias existentes), reacção adversa (sinais, sintomas, duração, gravidade e evolução), relação dos sinais e sintomas com a toma do medicamento, medicamento suspeito (data e início e de suspensão da toma, lote, via de administração e indicação terapêutica) e outros medicamentos que o utente esteja a tomar (Fernandes, 2012). Este tema será abordado mais à frente.

### **4.3. Papel do farmacêutico na dispensa de medicamentos**

A dispensa de medicamentos faz parte da acção integrada do farmacêutico com os outros profissionais de saúde, em especial, com os prescritores.

A dispensa inicia-se pela análise da prescrição com a identificação do sujeito que está a ser atendido, pois isto determina os caminhos a seguir neste processo. Perceber também qual a disponibilidade de tempo para a realização das orientações necessárias para o uso do medicamento. Deve-se, também, identificar se há experiência com os medicamentos por parte do utente, possibilitando, desta forma, a avaliação da efectividade e segurança (Galato, Alano, Trauthman, Vieira, 2008).

As habilidades de comunicação e o conhecimento do farmacêutico sobre as doenças de que padecem os utentes são considerados requisitos para que seja possível a identificação dos problemas relacionados com a farmacoterapia (Galato et al., 2008).

Com o passar dos anos, houve o aparecimento de novas definições das actividades farmacêuticas, tais como, a atenção farmacêutica apresentada por Hepler e Strand (1990), as quais têm influenciado cada vez mais os profissionais a assumir um papel activo de promoção da saúde.

Silva e Vieira (2004) alertam para o facto de que, quando o farmacêutico exerce a sua função de prestar serviços na farmácia, muitas vezes, apresenta deficiências de conhecimento que podem gerar distorções do seu verdadeiro papel. Por outro lado, o tempo disponível (pelo utente ou farmacêutico) para o atendimento pode ser insuficiente para que sejam prestadas as devidas orientações, contribuindo também para que haja distorções.

A dispensa é o acto farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um utente, em resposta a uma prescrição elaborada por um profissional autorizado (Arrais, 2007). Na interacção com o utente é possível identificar a necessidade do mesmo e orientar tanto sobre o medicamento, quanto sobre educação em saúde, actuando desta forma, como um agente de saúde (Galato et al., 2008).

É também da responsabilidade do farmacêutico respeitar o direito do utente de conhecer o medicamento que lhe é dispensado e de decidir sobre a sua saúde e o seu bem-estar e informar o utente sobre a sua utilização correcta (Arrais, 2007).

A dispensa de medicamentos deve ser entendida como uma actividade realizada por um profissional de saúde, com foco na prevenção e promoção da saúde, tendo o medicamento como instrumento de acção.

Num trabalho desenvolvido por Arrais et al. (2007), foi demonstrado que não existe, na maioria das vezes, por parte dos farmacêuticos, a preocupação em recolher informações dos utentes que podem ser utilizadas na prevenção de erros. Neste mesmo estudo, foi observado que a participação dos utentes no processo de dispensa é considerada nula, pois em 97% dos atendimentos, estes não tomam a iniciativa de realizar questões. Esta atitude até pode ser cómoda para os utentes, mas coloca-os diante de possíveis riscos para o uso racional do medicamento.

Na cadeia do medicamento, o farmacêutico é o último elo de contacto do sistema de saúde com o utente. É portanto, “uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica, e também no qual ele informa e orienta o utente sobre o uso adequado do medicamento” (Arrais et al., 2007)

Em relação à dispensa dos medicamentos, a OMS aconselha que o farmacêutico destine à orientação, pelo menos três minutos por paciente. Pressupõem-se que, quanto maior o tempo de contacto entre o farmacêutico e o utente, mais tempo é dedicado à transmissão de informações entre os dois, o que contribui para um maior entendimento do utente sobre a correcta utilização dos medicamentos (Oenning, Oliveira, Blatt, 2011).

### **O início da interacção: o acolhimento**

Diversos estudos realizados, demonstram que os utentes que se dirigem a uma farmácia, possuem a expectativa de encontrar um profissional farmacêutico de boa aparência, com simpatia, honestidade, paciência e, que tenha conhecimentos e consistência na transmissão de informações (Galato et al., 2008). Segundo Alano (2005), as características do profissional apontadas pelos utentes, compreendem uma forma de estabelecerem a sua crença nos farmacêuticos dignos de confiança. O autor ressalta que esta confiança é obtida na recepção ao utente, quando o mesmo observa no profissional, os conhecimentos técnicos, somados com as atitudes de cuidado.

No momento de receber o utente, quando este se aproxima do local de atendimento, o farmacêutico deve demonstrar consistentemente respeito, sensibilidade e

dar prioridade ao mesmo, prestando atenção à sua comodidade física e emocional. Nessa postura de acolhimento do utente, o farmacêutico cria uma situação de empatia imprescindível para se iniciar as etapas seguintes do processo de dispensa de medicamentos (Galato et al., 2008).

### **A avaliação da prescrição**

Para avaliar uma prescrição é necessário saber a quem ela está direccionada. A forma de identificar esta informação, pode ser através de perguntas, tais como: “Esta medicação é para si?” ou “O/ A senhor(a) é (nome escrito na prescrição)?”.

Se a resposta for negativa, deverá ser questionada qual a relação entre o comprador e o utente, identificando se a pessoa que está a adquirir o medicamento é o cuidador, uma pessoa próxima ao utente ou apenas alguém que está a fazer um favor ao mesmo. Esta informação é imprescindível para obter informações que possibilitem avaliar a aplicabilidade do medicamento e a posologia (Galato et al., 2008).

Se o comprador for o próprio paciente ou seu cuidador, essas informações serão mais facilmente adquiridas e apresentarão maior confiabilidade e poderá prosseguir-se ao normal atendimento.

Durante esta etapa também deverá ser averiguada o cumprimento das normas legais da prescrição, bem como, pelos dispositivos legais portugueses.

Após receber a receita, o farmacêutico deve verificar o conteúdo da receita. Uma receita é considerada válida quando apresenta (Silva, 2004):

- Número da receita,
- Local de prescrição,
- Identificação do médico prescriptor, com a indicação do nome profissional, especialidade médica, se aplicável, número da cédula profissional e contacto telefónico,
- Nome e número de utente e, sempre que aplicável, de beneficiário de subsistema,
- Entidade financeira responsável,
- Regime especial de participação de medicamentos, representado pelas siglas “R” e/ ou “O”, se aplicável,
- Designação do medicamento,

- Código do medicamento representado em dígitos
- Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens e posologia,
- Identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável,
- Data de prescrição,
- Assinatura, manuscrita ou digital, do prescriptor.

Além destes, a receita deve conter códigos de barras relativos:

- Ao número da receita
- Ao local de prescrição
- Ao número da cédula profissional
- Ao número de utente e, sempre que aplicável, de beneficiário de subsistema
- Ao código do medicamento

Se a receita não estiver em conformidade, deve informar o utente e devolver a receita para que seja corrigida, dando o apoio possível e necessário para solucionar a situação.

Após verificar a conformidade da receita, deve identificar o organismo a que pertence e verificar se esta satisfaz as exigências específicas de cada organismo e a validade da mesma.

A comparticipação do medicamento pode ser feita de forma parcial ou total, mediante os organismos a que são submetidos ou ainda a particularidades de medicamentos ou patologias crónicas. Para determinadas patologias crónicas, foram estabelecidas portarias e diplomas que modificam o regime de comparticipação dos medicamentos.

Estando a receita conforme, prossegue-se à leitura cuidadosa do conteúdo da receita para efectuar a dispensa dos medicamentos. A dispensa deve ser efectuada depois de esclarecidas todas as dúvidas que possam surgir e se este entende e adere à posologia e instruções de uso. As receitas podem ser dispensadas na sua totalidade ou parcialmente, quer por ruptura de stock ou a pedido do utente (Hepler & Strand, 1990).

Após recolher as caixas, confere-se se são os medicamentos correctos e fornecem-se as informações necessárias ao utente sobre os mesmos (posologia, duração do

tratamento, indicações sobre a toma, precauções e contra-indicações, condições especiais de armazenamento, reforçar a adesão à terapêutica) verbal e/ ou escrita. De seguida, deve-se carimbar e rubricar a receita e pedir ao utente que a assine, registar informaticamente a venda, emitir factura/ recibo, carimbar e rubricar e proceder ao pagamento. Entregar os medicamentos e a factura/ recibo ao utente e disponibilizar-se para esclarecer qualquer dúvida (Fernandes, 2012).

### **Dispensa quando o comprador não for o utente ou o seu cuidador**

Nesta situação, o atendimento do farmacêutico deve ser bastante cuidadoso para transmitir informações pertinentes em relação ao uso do medicamento, sem invadir a privacidade do utente (como, por exemplo, revelando a indicação do medicamento ao comprador) e ter o cuidado de confirmar com o comprador, o entendimento das informações transmitidas. Contudo, para evitar possíveis problemas relacionados com a farmacoterapia, é importante colocar-se à disposição para esclarecer possíveis dúvidas do utente (Galato et al., 2008).

### **Transmissão de informações ao utente durante a dispensa**

É necessário, antes de continuar o processo, avaliar a disponibilidade de tempo e o interesse do utente em receber informações sobre o medicamento. Algumas vezes, o farmacêutico pode utilizar a sua sensibilidade, adquirida por meio da prática profissional, para perceber a disponibilidade do utente e despertar o interesse para o diálogo. Caso o utente recuse a continuação do atendimento com o repasse de informações, cabe ao farmacêutico anotar, com a devida autorização do utente, a posologia e duração do tratamento na caixa do medicamento (Galato et al., 2008).

No caso de aceitação em receber as informações, os passos seguintes poderão ser aplicados.

## **O processo de dispensa aquando da utilização do medicamento pela primeira vez**

Aquando do início da terapia, os utentes deverão ser instruídos sobre o uso correcto do medicamento (conforme a prescrição), sem omitir informações sobre o horário de administração e a possibilidade de associação aos alimentos e outros medicamentos (Galato et al., 2008).

As duas informações que não podem ser omissas nesta etapa do processo são qual será o efeito esperado e a duração do tratamento. Este é um passo fundamental para a adesão do utente ao tratamento farmacológico, contribuindo para o alcance do resultado esperado.

A informação de efeitos adversos a ser passada ao utente deve ser seleccionada com muita cautela, indicando aqueles que forem mais relevantes e orientando o que deverá ser realizado caso venham a ocorrer (Galato et al., 2008).

### **Casos particulares na dispensa**

#### **Idosos**

No caso dos utentes idosos, tem de ser dada especial atenção às doses dos fármacos prescritos e a possíveis interações entre os medicamentos da prescrição com os já utilizados por eles. Nestes casos, o farmacêutico deve orientar o idoso para a toma de todos os medicamentos que ele utiliza no horário correcto, procurando com que os horários das tomas dos prescritos na receita médica em questão com os já utilizados sejam os mais adequados (Oliveira & Frade, 2009).

#### **Gestantes**

Caso o farmacêutico detecte qualquer potencial risco à mãe ou ao feto, deve contactar o médico prescriptor para confirmar se este tem conhecimento da gestação e se os riscos-benefícios foram avaliados (Oliveira & Frade, 2009).

#### **Crianças**

As prescrições de medicamentos para uso em crianças são as que necessitam maior atenção por parte do farmacêutico na dispensa, uma vez que muitos pais ou responsáveis não sabem preparar as suspensões, utilizar as medidas recomendadas ou aplicar correctamente as gotas e aerossóis nasais.

Em caso da utilização de antibióticos, o farmacêutico deve ajudar o responsável a encontrar os melhores horários para administração da medicação prescrita, levando em conta os hábitos das crianças e orientando-os para a importância do cumprimento dos horários e do tempo de tratamento proposto (Oliveira & Frade, 2009).

Na etapa de finalização do processo de dispensa, reforça-se a importância de enfatizar as informações adicionais ao tratamento do utente, o que compreende além das orientações não-farmacológicas, a educação em saúde.

Quando identificadas dificuldades no utente em compreender as informações transmitidas, as mesmas poderão ser orientadas na forma escrita, sendo algumas vezes, auxiliadas por pictogramas (Galato *et al.*, 2006).

O processo descrito para o atendimento farmacêutico de dispensa de medicamentos está representado num algoritmo apresentado na Figura 4.

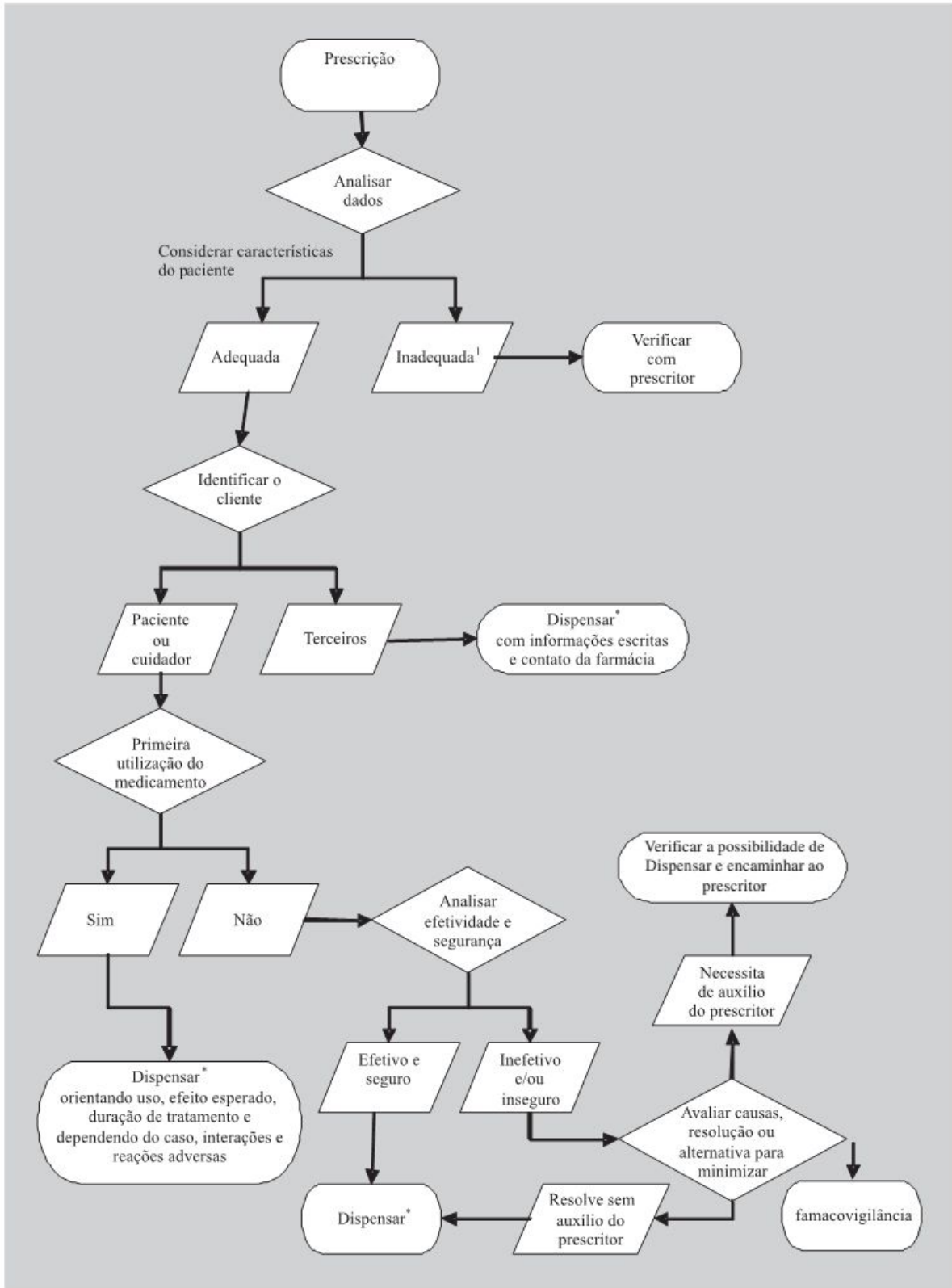


Figura 4. Processo de dispensa com a finalidade de prevenir, detectar e identificar problemas relacionados com a farmacoterapia (Galato et al., 2008)

#### 4.4. Aconselhamento farmacêutico

O aconselhamento é entendido como um processo individualizado de escuta activa e centrada no utente e que tem como objectivo poder estabelecer-se uma relação de confiança entre o farmacêutico e o utente.

Na farmácia comunitária, o aconselhamento é um processo de troca de informações entre utente e farmacêutico, em que este último orienta o primeiro sobre aspectos de cuidados em saúde e o uso dos seus medicamentos.

Esta actividade traz grandes benefícios aos utentes e proporciona maior reconhecimento ao farmacêutico; o utente torna-se capaz de reconhecer a necessidade dos medicamentos para a manutenção da sua saúde e bem-estar. Além disso, fortalece o relacionamento entre o profissional de saúde e o utente, o que cria uma atmosfera de confiança e pode aumentar a adesão ao tratamento (Silva, Naves, Vidal, 2008).

De acordo com Silva *et al.*, (2008), o aconselhamento ao utente, o farmacêutico pode orientá-lo sobre o uso correcto dos medicamentos prescritos e não prescritos, com vista a melhorar os efeitos terapêuticos e reduzir a probabilidade de aparecimento de efeitos adversos e toxicidade. Pode também informar sobre cuidados com a saúde e higiene de modo a prevenir complicações e doenças e/ ou melhorar o seu estado geral.

O aconselhamento deve criar condições para que se estabeleça uma interacção satisfatória em que não apenas sejam oferecidas informações, mas que também seja um espaço para que os utentes verbalizem as suas dúvidas, dificuldades e necessidades.

Embora as acções de aconselhamento não sejam exclusivas dos farmacêuticos, como estes realizam a dispensa de medicamentos, têm a oportunidade e responsabilidade, inclusive ética, de aconselhar o utente antes que ele inicie o tratamento.

A Tabela 1 apresenta os potenciais benefícios do aconselhamento às duas partes envolvidas.

<b>Benefícios para o paciente</b>	<b>Benefícios para o farmacêutico</b>
Torna-se capaz de tomar decisões apropriadas sobre o regime terapêutico de medicamentos prescritos e não prescritos	Satisfação por servir o paciente e contribuir para o seu bem-estar
Entende a utilidade dos medicamentos para manter ou promover o seu bem-estar	Satisfação por cumprir plenamente a sua obrigação profissional
Compreende as orientações para lidar com os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas	Melhora a confiança do paciente nos serviços prestados pelo farmacêutico
Torna-se mais informado e participativo no tratamento da sua doença e no manejo do seu autocuidado	Aproximação com outros prestadores de cuidados de saúde e reconhecimento como tal

Tabela 1. Benefícios do aconselhamento ao utente

Para alcançar melhores resultados no aconselhamento ao utente, recomenda-se combinar informação oral e escrita. As bulas dos medicamentos podem não ser muitas vezes compreensíveis para os utentes, logo pode ser necessário o uso de outros materiais educativos para reforçar a comunicação e ter certeza de que o utente sabe como utilizar os seus medicamentos. Os materiais desenvolvidos para o aconselhamento ou que são relatados na literatura, incluem, por exemplo (Silva *et al.*, 2008):

- *Slides* de educação ao utente, que podem ser apresentados durante as sessões de aconselhamento;
- Panfletos educativos (instruções escritas ou impressas);
- Materiais que auxiliam a adesão, tais como contadores, cortadores de comprimido, inaladores, monitores de glicemia, etc.;
- Fichas de medicamentos, listando todos os medicamentos que o utente está a usar, com as respectivas posologias;

- Pictogramas relacionados com medicamentos podem ajudar na comunicação com alguns grupos de pessoas, especialmente se houver a barreira da língua ou linguagem, baixa habilidade de leitura ou deficiência visual.

Na actividade de aconselhamento, os profissionais de saúde devem reconhecer cada utente como ser humano único, com histórias de vida, problemas de saúde, contexto social e necessidades específicas. Não existem manuais para se estabelecer um aconselhamento farmacêutico efectivo, mas algumas recomendações podem ser dadas para que este processo seja mais produtivo.

Apesar dos reconhecidos benefícios que o aconselhamento apropriado pode trazer ao utente, pouca atenção é dada ao desenvolvimento de habilidades de comunicação, ponto fundamental para esta prática. Além disso, algumas atitudes podem fazer a diferença e ser benéficas para mudar o cenário actual, como por exemplo, esquecer mitos sobre o comportamento passivo do utente, adoptar uma nova abordagem e centrar o atendimento no utente (Silva *et al.*, 2008).

## 5. Leitura das receitas médicas: Interações Medicamentosas

### 5.1. O que são Interações Medicamentosas?

Por todo o mundo, as pessoas contam com os medicamentos para prevenir, reduzir a morbidade e curar um inúmero número de doenças. No entanto, é importante reconhecer os seus benefícios e minimizar os prejudiciais, ou seja, cada medicamento apresenta um conjunto de desafios para produzir um maior benefício em relação aos seus riscos (Moreno, Nogueira, Perez, Lima, 2007).

O uso simultâneo de vários medicamentos é uma prática comum mas está intrinsecamente relacionado com o risco de interações medicamentosas. A politerapia é justificável quando esta permite aumentar a eficácia do tratamento ou a terapia de múltiplas doenças coexistentes. Contudo, tais combinações podem resultar em interações medicamentosas indesejadas, desencadeando vários problemas, sendo os extremos a falha no tratamento e as reacções adversas a medicamentos (Moura, Ribeiro, Magalhães, 2007).

As interações medicamentosas ocorrem quando a acção de um medicamento é alterada pela presença de um outro, sendo que essa alteração pode acarretar diminuição da eficácia ou aumento de reacções que produzem eventos medicamentosos adversos.

Segundo Moreno *et al.* (2007), o uso de vários medicamentos tem como objectivo melhorar a eficácia terapêutica ou reduzir os efeitos adversos de agentes farmacológicos, porém, há muitas situações em que as associações são inúteis e até prejudiciais. O desfecho de uma interacção medicamentosa pode ser perigoso quando promove aumento da toxicidade de um fármaco (Secoli, 2010).

Há interações que podem ser benéficas e muito úteis, como a prescrição conjunta de anti-hipertensivos e diuréticos, uma vez que esses aumentam o efeito dos primeiros por diminuírem a pseudo-tolerância dos primeiros (Secoli, 2010).

Muitos são os factores de risco para a ocorrência de interações medicamentosas, sendo estes relacionados à prescrição, onde o aumento do risco de interações é directamente proporcional à quantidade de medicamentos prescritos, a condições intrínsecas ao paciente, como a idade, sexo e condições de saúde e a factores intrínsecos ao medicamento, principalmente a margem terapêutica (Leão, Moura, Medeiros, 2014). Segundo Leão *et al.*, a incidência de problemas é mais alta nos idosos uma vez que a

idade afecta o funcionamento dos rins e do fígado, sendo que muitos fármacos são eliminados muito mais lentamente do organismo.

A presença de um ou mais factores de risco de interacção medicamentosa aumenta a complexidade de uma prescrição médica. Esse indicador é mensurado pela quantidade de medicamentos contidos na prescrição. Estudos concluem que o aumento da complexidade da prescrição susceptibiliza o indivíduo a interacções medicamentosas, possíveis reacções adversas e, conseqüentemente, diminuição da sua qualidade de vida (Leão *et al.*, 2014).

## **5.2. Classificação das interacções medicamentosas**

Podemos classificar as interacções medicamentosas em sinérgicas, quando o efeito da interacção é maior que o efeito individual dos medicamentos e antagonistas, quando o efeito da interacção é menor que o efeito individual dos medicamentos ou quando há alteração ou anulação da resposta farmacológica dos mesmos.

Os mecanismos das interacções podem ser de natureza farmacocinética, farmacodinâmica ou farmacêutica (Secoli, 2010):

- **Interacções Farmacocinéticas**

O fármaco altera a velocidade ou a extensão da absorção, distribuição, metabolismo ou excreção de outro fármaco. Isto é mais comumente mensurado por mudança em um ou mais parâmetros cinéticos, tais como, concentração sérica máxima, semi-vida, quantidade total do fármaco excretado na urina, etc. Como diferentes representantes do mesmo grupo farmacológico possuem perfil farmacocinético diferente, as interacções podem ocorrer com um fármaco e não obrigatoriamente com outro semelhante. As interacções farmacocinéticas podem ocorrer através dos mecanismos de:

### **Absorção**

- Alteração no pH gastrointestinal
- Adsorção, quelação e outros mecanismos de complexação
- Alteração na motilidade gastrointestinal
- Má absorção causada por fármacos

### **Distribuição**

- Competição na ligação a proteínas plasmáticas
- Hemodiluição com diminuição de proteínas plasmáticas

## Metabolismo

- Indução enzimática
- Inibição enzimática

## Excreção

- Alteração no pH urinário
- Alteração na excreção activa tubular renal
- Alteração no fluxo sanguíneo renal
- Alteração na excreção biliar e ciclo entero-hepático

- Interações Farmacodinâmicas

Ocorrem nos locais de acção dos fármacos, resultando da acção dos fármacos envolvidos no mesmo receptor ou enzima. Um fármaco pode aumentar o efeito do agonista por estimular a receptividade de seu receptor celular ou inibir enzimas que o inactivam no local de acção. A diminuição de efeito pode dever-se á competição pelo mesmo receptor, tendo o antagonista puro maior afinidade.

- Interações Farmacêuticas

Também chamadas de incompatibilidade medicamentosa, ocorrem *in vitro*, quando se misturam dois ou mais fármacos numa mesma seringa, soro ou outro recipiente.

Devem-se a reacções físico-químicas que resultam em:

- Alterações organolépticas evidenciadas como mudanças de cor, consistência, opalescência, turvação, formação de cristais, floculação, precipitação, associadas ou não a mudança de actividade farmacológica
- Diminuição da actividade de um ou mais dos fármacos originais
- Inactivação de um ou mais fármacos originais
- Formação de novo composto (activo, inócuo, tóxico)
- Aumento da toxicidade de um ou mais dos fármacos originais

A ausência de alterações macroscópicas não garante a inexistência de interacção medicamentosa.

### **5.3. Potenciais interações medicamentosas**

Com o aumento da esperança de vida, a percentagem de idosos vem aumentando mundialmente. Juntamente com o avanço da idade cronológica, surgem inúmeras patologias, o que faz deste grupo populacional o maior utilizador de medicamentos (Gomes & Caldas, 2008).

A polifarmácia torna-os vulneráveis aos efeitos adversos e às interações medicamentosas, risco esse que aumenta quando utilizam fármacos inadequados. De facto, os riscos pertinentes à utilização inadequada de medicamentos são maiores nesta fase da vida, por isso, os profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico, devem dar especial atenção à polifarmácia e à prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, para que se alcance uma melhor qualidade de vida do idoso (Silva & Macedo, 2013).

Em relação aos medicamentos mais comumente utilizados pelos idosos, destacam-se os fármacos cardiovasculares, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morbidade e mortalidade entre os idosos. Em seguida, incluem-se os anti-hipertensivos, analgésicos, anti-inflamatórios, sedativos e preparações gastrointestinais (Galvão, 2006).

É sabido que as propriedades cognitivas em pacientes idosos encontram-se comprometidas, o que resulta numa certa dificuldade para o seu entendimento e conhecimento exacto da terapêutica descrita, logo a duplicidade muitas vezes faz-se presente, visto que a grande maioria dos idosos tem dificuldade em lembrar-se qual fármaco utiliza, havendo, então, a possibilidade de outro especialista prescrever um fármaco com a mesma acção farmacológica de um medicamento por ele já utilizado (Silva & Macedo, 2013).

Uma vez que a população em Portugal é bastante envelhecida, tendendo essa faixa etária tendência a aumentar ao longo dos anos, os utentes idosos são os maiores utentes a procurar os serviços farmacêuticos e a faixa etária com que o farmacêutico comunitário mais contacta. De forma a exemplificar possíveis interações medicamentosas com que o farmacêutico se possa deparar no exercício da sua profissão, irei debruçar-me mais concretamente nas potenciais interações medicamentosas tendo em conta os fármacos mais comumente prescritos e utilizados por estes utentes.

Os fármacos mais frequentemente utilizados pela população geriátrica que são potencialmente interactivos e comprometem a saúde desta população são os betabloqueadores, diuréticos, anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs), digoxina, depressores do sistema nervoso central, antidiabéticos, indutores e inibidores enzimáticos (Secoli, 2010).

Fármacos	Interação com	Consequência clínica
Amiodarona	Anticoagulantes Cisaprida Tioridazina	Aumento do efeito anticoagulante Risco de arritmias cardíacas Risco de arritmias cardíacas
AINEs	Betabloqueadores Diuréticos tiazídicos IECAs Anticoagulantes Antidepressivos ISRS	Redução do efeito hipotensor Aumento do efeito anticoagulante Aumento de reações adversas no TGI
Betabloqueadores	Bloqueadores canais de cálcio Antidiabéticos orais	Hipotensão Alterações glicêmicas, hipotensão e sedação.
Digoxina	Amiodarona Benzodiazepínicos Hidroclorotiazida Furosemida	Intoxicação digitálica
Captopril	Diurético poupador de potássio Furosemida Antiácidos Alimentos	Hipercalemia e alterações no ECG  Hipotensão Redução do efeito hipotensor

Tabela 2. Potenciais interações medicamentosas e consequências clínicas (Silva & Macedo, 2013)

Adicionalmente, a tabela 2 mostra alguns fármacos ou classes terapêuticas em que podem ocorrer interações medicamentosas potenciais e consequências clínicas.

Em relação às interações medicamentosas potenciais a Amiodarona e a Digoxina podem causar interações severas e consequentemente cardiotoxicidade e intoxicação digitálica, respectivamente. A combinação de AINEs e Diuréticos Tiazídicos, assim como IECAs e AINEs podem alterar a função renal, causar desequilíbrio electrolítico e alterar a eficácia da terapia anti-hipertensiva (Silva & Macedo, 2013).

Além disso, em diversos estudos, observou-se que, ao se avaliar a prevalência de interações medicamentosas dos fármacos entre si, 36,9% foram do tipo grave e

presentes com a associação de Ácido Acetilsalicílico (AAS) com o Ibuprofeno, 24,5% foram devido à associação de Digoxina e Furosemida e 24,5% resultantes da associação entre Digoxina e Hidroclorotiazina (Tabela 3). Os riscos potenciais que aparecem para a digoxina deve-se ao facto de ser um fármaco com margem terapêutica baixa (0,125-0,25 mg/dia), cujas interações acabam por elevar os seus níveis plasmáticos, podendo chegar facilmente ao nível tóxico (Tavares, Macedo, Mendes, 2012).

Tipo de interação	Fármacos relatados	Número de interações relatadas	Percentual %
Graves	AAS x Ibuprofeno	45	36,9
	Digoxina x Furosemida	30	24,5
	Digoxina x Hidroclorotiazida	30	24,5

Legenda: AAS = ácido acetilsalicílico

Tabela 3. Interações medicamentosas entre fármacos x fármacos do tipo grave (Tavares *et al.*, 2012)

Vale enfatizar que os efeitos das interações graves são de tal intensidade que podem causar danos irreversíveis ao paciente. O risco potencial da interação deve ser sempre avaliado. Prescrevendo-se dosagens apropriadas ou modificando-se o regime de administração, os efeitos negativos da maioria destas interações podem ser evitados (Tavares *et al.*, 2012).

A associação entre Dipirona e Hidroclorotiazida foi a que apresentou maior interação medicamentosa comparada com as outras associações como, por exemplo, a associação entre Nifedipina e Propranolol que apresentou o menor risco de interação (Tabela 4).

Tipo de interação	Fármacos relacionados	Número de interações relacionadas	Percentual %
Moderadas	AAS X Atenolol	30	24,5
	AAS X Captopril	23	18,8
	AAS X Enalapril	11	9,0
	AAS X Glibenclamida	07	5,8
	AAS X Propranolol	11	9,0
	Atenolol x Glibenclamida	01	0,8
	Atenolol x Ibuprofeno	28	22,9
	Atenolol x Nifedipino	02	1,6
	Captopril x Digoxina	30	24,5
	Captopril x Glibenclamida	08	6,5
	Captopril x Hidroclorotiazida	39	0,3
	Captopril x Ibuprofeno	65	53,2
	Digoxina x Enalapril	45	36,8
	Digoxina x Metformina	01	0,8
	Digoxina x Omeprazol	01	0,8
	Dipirona x Enalapril	45	36,8
	Dipirona x Furosemida	12	9,8
	Dipirona x Glibenclamida	19	15,5
	Dipirona x Hidroclorotiazida	102	83,6
	Enalapril x Glibenclamida	19	15,5
	Enalapril x Metformina	05	4,0
	Glibenclamida x HCTZ	08	6,5
	Glibenclamida x Ibuprofeno	21	17,2
	Glibenclamida x Omeprazol	12	9,8
	Glibenclamida x Ranitidina	06	27,2
	Hidroclorotiazida x Propranolol	22	18,0
	Ibuprofeno x Propranolol	42	34,4
	Metformina x Propranolol	05	4,0
	Metformina x Ranitidina	12	9,8

Legenda: AAS = ácido acetilsalicílico

Tabela 4. Interações medicamentosas entre fármacos x fármacos do tipo moderada (Tavares et al., 2012)

Segundo Tavares *et al.* (2012), de acordo com os estudos de Ogar, os efeitos das interações moderadas podem causar sérios danos ao estado clínico do paciente. Este tipo de interação requer tratamentos adicionais e hospitalização necessitando, muitas vezes, de um maior tempo de permanência hospitalar.

Quando avaliadas as interações leves (Tabela 5), verificou-se que a maior parte delas deve-se á associação de AAS com Omeprazol, Captopril e Dipirona. As

associações leves têm um pequeno significado clínico, visto que essas interações não chegam a ser nocivas e não alteram a eficácia dos fármacos, não afectando significativamente o tratamento (Tavares *et al.*, 2012).

Tipo de interação	Fármacos relacionados	Número de interações relatadas	Percentual %
Leves	AAS x Omeprazol	73	59,8
	AAS x Ranitidina	16	13,1
	Atenolol x dipirona	28	22,9
	Captopril x dipirona	67	54,9
	Captopril x Furosemida	06	4,9
	Captopril x Ibuprofeno	65	53,2
	Dipirona x Nifedipino	12	9,8
	Dipirona x Propranolol	40	32,7
	Enalapril x Furosemida	04	3,3
	Enalapril x Hidroclorotiazida	17	13,9
	Furosemida x Hidroclorotiazida	04	3,3
	Furosemida x Ibuprofeno	04	3,3
	Ibuprofeno x Nifedipino	13	10,6

Legenda: AAS = ácido acetilsalicílico

Tabela 5. Interações medicamentosas entre fármacos x fármacos do tipo leve (Tavares *et al.*, 2012)

Merecem ainda destaque, as interações envolvendo a Fenitoína e os Benzodiazepínicos, por aumento da biodisponibilidade da Fenitoína livre (deslocamento dos sítios de ligação e inibição do metabolismo) e da biodisponibilidade dos Benzodiazepínicos (inibição da biotransformação ou retardo na excreção renal).

As interações que envolvem perda da acção de um dos medicamentos são, no mínimo, tão frequentes quanto as que envolvem o aumento do efeito dos medicamentos (Moreno *et al.*, 2007).

Os farmacêuticos atuam como último elo entre a prescrição e a administração de um fármaco, identificando na dispensa os riscos e ressaltando a relevância da monitorização da farmacoterapia, de modo a impedir futuras complicações (Silva & Macedo, 2013).

#### **5.4. Interpretação e intervenção**

Uma vez constatada a ocorrência de interacção medicamentosa relevante, deve-se avaliar a possibilidade de substituição dos medicamentos presentes na interacção por outros medicamentos que não interajam e que alcancem os resultados terapêuticos desejados (Kawano, Pereira, Ueta, Freitas, 2006).

Para os casos em que os medicamentos não possam ser substituídos, é possível ajustar a dose que, associados ao acompanhamento contínuo do paciente, permita uma segura administração concomitante dos mesmos (Kawano et al., 2006).

De acordo com Kawano et al. (2006), os medicamentos mais associados à ocorrência de efeitos perigosos são aqueles com estreita margem terapêutica (ex.: digoxina, fenitoína, carbamazepina, aminoglicosídeos, varfarina, teofilina, lítio e ciclosporina) e os que requerem o controlo cuidadoso da dosagem (ex.: anticoagulantes, anti-hipertensivos ou antidiabéticos). Além de serem usados cronicamente, muitos desses são biotransformados pelo sistema enzimático do fígado.

Não é possível distinguir claramente quem irá ou não experimentar uma interacção medicamentosa adversa. Possivelmente, pacientes com múltiplas doenças, com disfunção renal ou hepática, e aqueles que fazem uso de muitos medicamentos são os mais suscetíveis. Logo, a população idosa frequentemente está enquadrada nesta descrição (Secoli, 2010).

Muitas interacções medicamentosas que são potencialmente perigosas ocorrem apenas numa pequena proporção de pacientes. Uma interacção conhecida não ocorrerá necessariamente com a mesma intensidade em todos pacientes (Secoli, 2010).

O papel do farmacêutico na identificação e avaliação de interacções medicamentosas é de extrema importância, pois engloba acções específicas quanto à assistência ao utente, que precisa de informações essenciais para o uso correto e seguro do medicamento, a fim de evitar ou minimizar possíveis interacções, pois estas podem ser o marco entre o sucesso ou o fracasso do tratamento (Moreno *et al.*, 2007).

## **6. Farmacovigilância**

### **6.1. O Farmacêutico e a Farmacovigilância**

A Farmacovigilância é definida pela OMS como uma área de detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reacções adversas a medicamentos ou qualquer outro problema relacionado com os fármacos.

O farmacêutico comunitário tem um contacto muito próximo com os doentes, tanto ao nível dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) como ao nível dos MNSRM. É ao prestar Serviços Farmacêuticos diferenciados como a gestão da terapêutica e os programas de cuidados farmacêuticos, que o farmacêutico tem oportunidade de assumir o papel de notificador (Dias, 2014).

No exercício diário da sua profissão, o farmacêutico comunitário é confrontado com diversas situações passíveis de quadros de iatrogenia medicamentosa. Notificar uma suspeita de RAM (reacção adversa a medicamentos) é também um dever técnico-profissional do farmacêutico comunitário, tendo em conta os seus conhecimentos farmacológicos, terapêuticos e clínicos (Alves, Craveiro, Marques, 2010).

O farmacêutico representa o medicamento, logo é uma das figuras fundamentais na monitorização do uso dos fármacos. Este profissional de saúde através da comunicação deve informar e educar para o uso correcto e seguro de fármacos. Sendo ainda através desta comunicação com os utentes, que o farmacêutico deve estar alerta para os problemas relacionados com a terapêutica, assumindo o papel de notificador sempre que necessário (Dias, 2014).

### **6.2. Reacções Adversas a Medicamentos**

As reacções adversas a medicamentos constituem um problema ao nível da saúde pública, relacionadas a uma elevada mortalidade e morbilidade (Dias, 2014).

Uma reacção adversa a um medicamento, ou RAM, é definida como “uma resposta prejudicial e indesejada a um medicamento, que ocorre com doses habitualmente usadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento e para a qual existe um nexo de causalidade entre a ocorrência adversa/medicamento” (OMS). Nesse contexto,

ressalta-se a possibilidade de experimentar problemas com medicamentos, mesmo quando estes são correctamente utilizados (Kawano *et al.*, 2006).

As RAMs podem não interferir gravemente com a saúde ou com o quotidiano do indivíduo, no entanto, podem causar danos permanentes e até mesmo provocar morte (Dias, 2014).

Desde Julho de 2012, uma RAM passou a ser definida como “ uma resposta nociva e não intencional a um ou mais medicamentos.” Esta nova definição, de acordo com o Artigo 166.º do Estatuto do Medicamento, passa a incluir RAMs devido a sobredosagem, mau uso, abuso e erros de medicação (Dias, 2014).

Segundo Kawano *et al.* (2006), as reacções adversas aos medicamentos são classificadas em quatro categorias distintas:

**Tipo A)** Relacionadas com a dose e representam cerca de 80% do total de reacções adversas, são previsíveis e geralmente resultam em efeito farmacológico excessivo, por exemplo, a intoxicação por digoxina em pacientes com doença renal. Ajustamento da dose poderá ser suficiente.

**Tipo B)** Não relacionadas com a dose e, embora comparativamente raras, podem muitas vezes causar doenças graves e morte. Por exemplo, a ocorrência de choque anafiláctico pela penicilina.

**Tipo C)** Relacionadas com o tempo ou suspensão do uso. Envolvem alterações adaptativas que se manifestam após suspensão súbita do uso de medicamentos, por exemplo, a tolerância a benzodiazepinas.

**Tipo D)** Reacções que surgem muito depois da finalização do tratamento, são os casos de carcinogénese, comprometimento da fertilidade, teratogénese e outros efeitos prejudiciais de manifestação tardia, decorrentes do uso de medicamentos, por exemplo, o carcinoma vaginal em filhas de mulheres que foram tratadas com dietiestilbestrol na gravidez.

Os analgésicos, antibióticos, sedativos, citostáticos, cardiovasculares, antipsicóticos, antidiabéticos e electrólitos são as oito classes de medicamentos em que mais casos de RAM são registados (Kawano *et al.*, 2006).

O Estatuto do Medicamento menciona que todas as reacções adversas devem ser notificadas dando particular atenção às suspeitas de RAM graves ou de RAM inesperadas. Estas devem ser reportadas às entidades responsáveis.

Uma RAM já conhecida, descrita no FI e no RCM deve ser também notificada, pois estas notificações vão igualmente contribuir para estudos de prevalência (Dias, 2014).

Devem ser também notificadas os casos de ausência de eficácia, as interacções medicamentosas e todas as RAM nos medicamentos de AIM recente (< 2 anos) (Dias, 2014).

Pode-se caracterizar uma RAM grave aquela que resulta em morte ou risco de morte, que leva a uma hospitalização ou prolongamento desta, que causa incapacidade temporária ou definitiva, que provoca uma anomalia congénita ou aquela que necessita de intervenção de um profissional de saúde para impedir os eventos mencionados anteriormente. Uma RAM inesperada é aquela que não se encontra descrita no RCM (Dias, 2014).

Nem todos os indivíduos apresentam o mesmo risco de manifestar uma RAM a determinado fármaco, existem grupos com maior risco. São os casos dos idosos, dos doentes polimedicados, dos doentes com risco genético, neonatos e crianças e dos doentes tratados com medicamentos de margem terapêutica estreita como a digoxina e a varfarina (Dias, 2014).

### **6.3. Notificações Espontâneas de RAM**

A Notificação Espontânea de RAM é um sistema voluntário, que pode ser elaborado tanto por profissionais de saúde como pelos utentes. Havendo o dever de notificar qualquer RAM que ocorra, permitindo assim a geração de sinais de alerta. Podem ser notificados eventos adversos de medicamentos e dispositivos médicos.

Existem vantagens e desvantagens subjacentes à notificação. Como vantagens existe o envolvimento de toda a população e de todos os medicamentos do mercado, é

um processo que abrange todo o ciclo de vida do medicamento, que não interfere com os hábitos de prescrição e permite a identificação de RAMs muito raras (Ribeiro, 2013).

Ao nível das desvantagens salienta-se a subnotificação, atrasos na notificação, dificuldade na identificação, dados incompletos e ausência de “follow-up” (Ribeiro, 2013).

Ainda que se possam notificar RAMs através das fichas de notificações próprias para os profissionais de saúde e para utentes, actualmente, também podem ser notificadas de uma forma simples, para tal, basta aceder à página online oficial do INFARMED e aceder ao PORTAL RAM. O PORTAL RAM apresenta dois formulários distintos, um para profissionais de saúde e outro para os utentes. Para a notificação é necessário descrever a RAM, identificar o medicamento do qual há suspeita de RAM, identificar a pessoa em que ocorreu a RAM e dados do notificador (Dias, 2014).

## **7. Indicação Farmacêutica**

### **7.1. Conceito de Indicação Farmacêutica**

Entende-se por indicação farmacêutica como sendo o aconselhamento farmacêutico, em que o profissional de saúde analisa as queixas do doente (sinais e sintomas), recomenda um medicamento não sujeito a receita médica e fornece também toda a informação necessária sobre o medicamento, como por exemplo, o modo de administração, a posologia e a dose (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2006).

Segundo as *Boas Práticas Farmacêuticas* para a farmácia comunitária, a indicação farmacêutica “é o acto profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela selecção de um medicamento não sujeito a receita médica e/ ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objectivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente” (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009).

A indicação farmacêutica está centrada no utente e o farmacêutico responsabiliza-se pelo fornecimento dos medicamentos adequados ao problema de saúde. O objectivo essencial da profissão farmacêutica é o utente.

O farmacêutico poderá contactar o médico, no caso de situações que sejam potencialmente graves para a saúde do utente, intervindo sempre que for necessário para prevenir riscos associados à medicação e, dessa forma, assegurar uma melhor qualidade de vida do utente (Joaquim, 2011).

### **7.2. Indicação farmacêutica e utentes**

Cada vez mais doentes recorrem primeiro à farmácia para tratar problemas de saúde. Na farmácia comunitária, o farmacêutico estabelece uma proximidade ao utente o que lhe permite responder às necessidades deste, prestando serviços de elevada qualidade a custos controlados. A relação entre o farmacêutico e o utente e a sua

proximidade permitem que haja comunicação, logo uma adequada indicação farmacêutica.

Tal como mostra a figura 5, a entrevista clínica ao doente é a etapa decisiva para um aconselhamento adequado. Caso se estabeleça uma comunicação adequada, o farmacêutico tem oportunidade de recolher toda a informação necessária (Soares, 2002).

O farmacêutico tem que saber ouvir e escolher a informação fornecida pelo utente, saber qual o motivo da consulta ao farmacêutico, a existência de sinais e sintomas e os medicamentos que o doente toma, são informações importantes para a intervenção farmacêutica (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009). Desta forma, o utente tem que ser o centro de todas as atenções. Consequentemente, o atendimento terá de ser personalizado.

A farmácia deve dispor de um local apropriado para que, em algumas situações, o utente tenha essa conversa com alguma privacidade, sem que outras pessoas possam ouvir.

A avaliação da gravidade da situação também é um ponto importante. Para tal, efectuam-se perguntas ao utente sobre a história familiar, a duração do problema de saúde e localização dos sintomas, doença crónica e sua terapêutica farmacológica, entre outras. Com toda esta informação, o farmacêutico identifica o problema de saúde e portanto responsabiliza-se pela terapêutica fornecida ao doente, caso contrário ele recomenda uma consulta médica (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009).

O doente deve confiar no farmacêutico pois este tem conhecimentos técnico-científicos, capacidade para reconhecer os sintomas e saber tratá-los e é capaz de detectar se a situação necessita de intervenção médica.

Após obter todas as informações e caso não seja necessário a intervenção do médico, o farmacêutico decide se fornece medidas não farmacológicas ou terapêutica farmacológica. Selecciona o medicamento consoante critérios de eficácia, segurança, custos e conveniências (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009). O medicamento escolhido é então, segundo o farmacêutico, o mais adequado ao estado do doente.

O farmacêutico deve fornecer também as informações necessárias para uma toma segura, tais como, o modo de administração, a posologia, a duração do tratamento, as contra-indicações, como também alertar para possíveis reacções adversas ou complicações.

O farmacêutico deve recorrer também à informação escrita na embalagem do medicamento, nomeadamente a posologia da terapêutica. Esta informação deve ser

escrita em letra maiúscula ou recorrendo a pictogramas. O farmacêutico também poderá recomendar a leitura do folheto informativo presente no interior da embalagem em caso de dúvidas e/ou fornecer folhetos informativos sobre a doença, para um melhor esclarecimento do utente (Soares, 2005).

Em todos os casos, o farmacêutico deverá ter sempre uma atitude de ética profissional e não deverá incentivar a aquisição de medicamentos desnecessários.

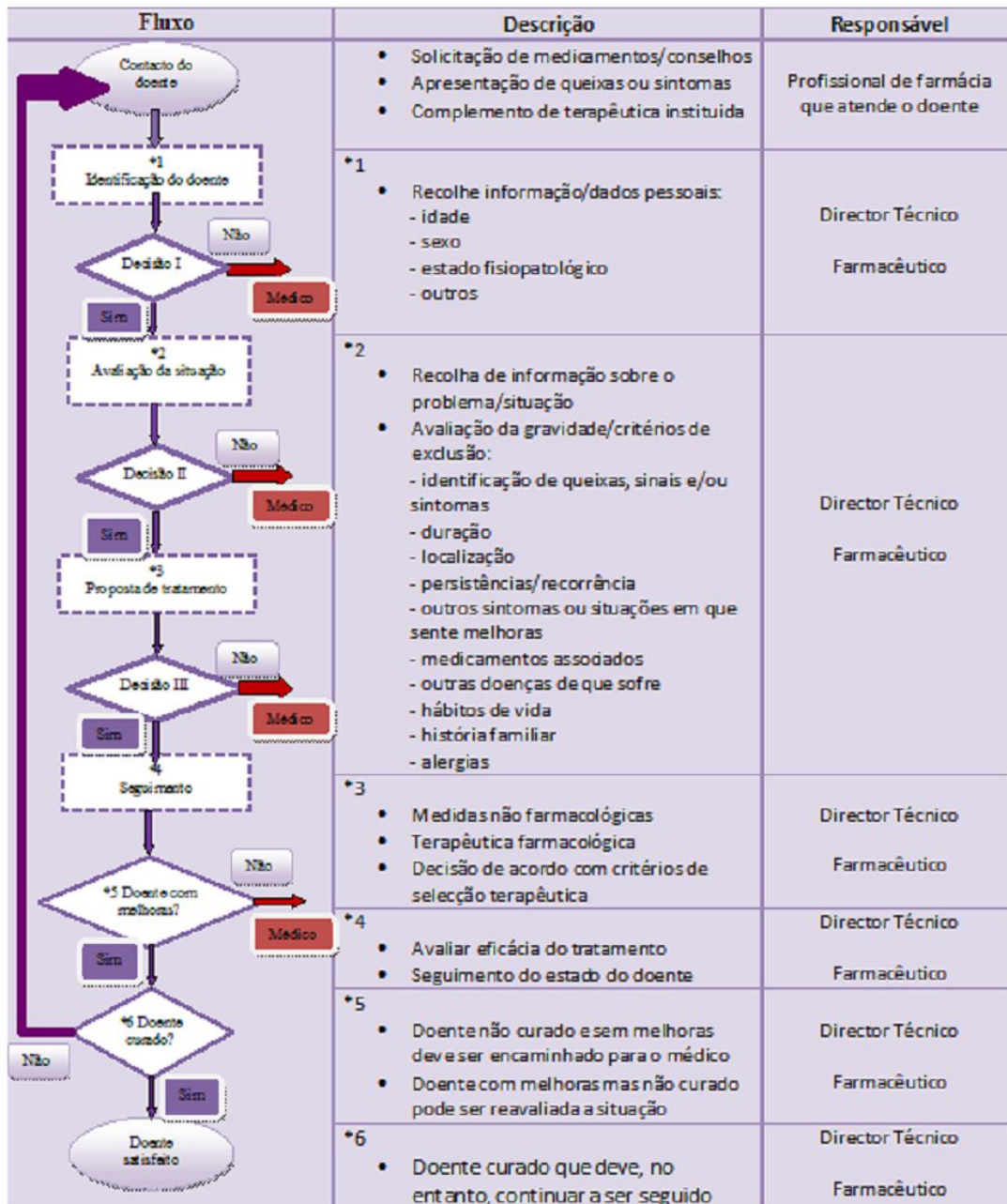


Figura 5. Processo de indicação farmacêutica (Joaquim, 2011)

### 7.3. Medidas para promover uma automedicação responsável

Por vezes, o farmacêutico é a única fonte de informação dos utentes que se automedicam, logo a sua intervenção é essencial para que haja uma automedicação segura, eficaz e racional. Segundo as *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*, o farmacêutico tem que estar envolvido na educação para a saúde. Um dos passos importantes neste processo é o diálogo entre utente e farmacêutico (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009).

A comunicação e a proximidade entre o farmacêutico e o utente são factores necessários e importantes. De certa forma, existe uma relação de confiança entre utente e profissional de saúde (Soares, 2002).

Em colaboração com outros profissionais de saúde, o farmacêutico deverá divulgar mensagens associadas a comportamentos de risco, a estilos de vida saudáveis, deverá também realizar rastreios, programas para minimizar o uso irracional dos medicamentos (*Ordem dos Farmacêuticos*, 2009).

Para além disso, os profissionais de saúde deverão recomendar os serviços do Sistema Nacional de Saúde quando for necessário, sensibilizar os utentes sobre os efeitos terapêuticos, as reacções adversas, a posologia dos medicamentos, o modo de administração quer dos MNSRM quer dos MSRM, sensibilizar também em relação à publicidade destes. Mas por outro lado, há que sensibilizar também os farmacêuticos para disponibilizar esse aconselhamento cada vez mais adequado às situações e deverá haver maior controlo nas vendas dos MNSRM e dos MSRM. O profissional de saúde deverá alertar a população sobre os efeitos da automedicação não responsável (Aquino, 2008).

Para cumprir o seu papel fulcral na automedicação responsável, o farmacêutico deve assegurar a sua formação contínua no âmbito do medicamento, patologias mais frequentes na automedicação e técnica de comunicação.

## 8. Conclusão

Esta dissertação, permitiu-me compreender o quão importante é o papel da comunicação na actividade diária do farmacêutico. A profissão farmacêutica, desempenha um papel fulcral na sensibilização e educação da sociedade para os cuidados de saúde. Para que esta mensagem, seja compreendida e correctamente transmitida, torna-se indispensável uma boa comunicação.

O perfil do farmacêutico, deverá então, ser o mais profissional e cientificamente correto possível, uma vez que os utentes, geralmente quando vão à farmácia é com o intuito de procurar aconselhamento sobre o seu problema de saúde e/ou terapêutica.

Este, assume o compromisso de passar a maior tranquilidade possível aos utentes que o procuram, transmitindo todas as informações necessárias e conselhos importantes relativamente ao uso de medicamentos, desdramatizando as situações ou alertando-os, dando-lhes uma perspectiva da situação, podendo sugerir, caso seja necessário, a procura de um médico.

Mais que a pessoa que lhe vende os medicamentos, o farmacêutico comunitário deve ser visto como uma pessoa disponível para ouvir e ajudar o utente nos seus problemas, esclarecer as suas dúvidas, acompanhar e tentar melhorar a sua saúde e promover o seu bem-estar em geral.

Para que o farmacêutico seja bem-sucedido, é fundamental que este consiga, ajustar a sua linguagem e postura de acordo com o utente que o procura. A tarefa do farmacêutico além da simples dispensa de medicamentos, passa por descodificar, decifrar e perceber o conteúdo da mensagem que lhe é transmitida por parte do utente, visando um aconselhamento adequado às necessidades individuais dos utentes, uma vez que “cada caso é um caso” e cada utente tem as suas características individuais que têm de ser levadas em conta.

Para que todo este processo seja eficaz, o farmacêutico não pode basear-se apenas na comunicação verbal, deve também estar atento aos sinais não-verbais que são emitidos durante a interacção estabelecida com o utente. Uma adequada comunicação verbal e não-verbal oferece uma maior qualidade ao relacionamento pessoal desta relação terapêutica, podendo ser utilizada pelos profissionais de saúde como

instrumento gerador de um saber que pode contribuir para redescobrir e reconstruir a prática destes profissionais.

No contexto da assistência ao utente na farmácia, toda a comunicação verbal e não-verbal deve conjugar-se para ser benéfica, efectiva e fundamentalmente, terapêutica.

Além disso, o farmacêutico é um profissional de saúde que possui conhecimento de todos os aspectos e propriedades de um fármaco e, portanto, pode dar informações privilegiadas aos utentes, proporcionando a utilização correta dos medicamentos e evitando as possíveis interacções medicamentosas que podem ocorrer, de modo a garantir uma terapia de sucesso, com menos riscos.

O farmacêutico deve desenvolver e actualizar constantemente os seus conhecimentos e competências, sendo elas de índole farmacológica ou não, de modo a prestar um serviço com qualidade aos utentes.

No passado, o bom profissional era aquele que tinha grandes qualificações técnicas e académicas e o seu perfil emocional era irrelevante. Nos dias de hoje, é importante ser-se autêntico, criar um bom ambiente de trabalho e desenvolver relações inter e intra pessoais produtivas com os utentes, com vista a um visível aumento da qualidade do seu desempenho.

## 9. Referências Bibliográficas

- Aguiar, António H. (2004). A Farmácia e a Comunicação, ed. *AJE*, 1º ed
- Alano, G. M. *Reflexão e contribuição para uma nova prática: os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina*. Florianópolis, 2005. p.199 Universidade Federal de Santa Catarina
- Alves, Carlos; Craveiro, Nuno & Marques, Francisco Batel. (Set/Dez. 2010). O Papel do Farmacêutico na Farmacovigilância. *Boletim do CIM*, ROF 95
- Aquino, D. de. (2008). Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (supl): pp.733-736
- Arrais, Paulo Sérgio Dourado; Barreto, Maurício Lima & Coelho, Helena Lutécia Luna. (Abr. 2007). Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4), pp.927-937
- Barbosa, Filipa Malta; Ferreira, Mafalda Alves & Rebelo, Rita. (Nov. 2013). *Interação farmacêutico-utente em setting de farmácia*. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
- Birck, Vera Regina & Keske, Humberto Ivan. (Set. 2008). A voz do corpo: A comunicação não-verbal e as relações interpessoais.
- Carraro, Telma Elisa & Radiünz, Vera. (1996). A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. pp.50-52.
- Dias, Inês Ferreira (2014). *O Contributo da Farmacovigilância para o Uso Racional do Medicamento e o Papel do Farmacêutico*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa
- Dias, Maria do Rosário. (1997). *A Esmeralda Perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa, Climepsi Editores
- Dias, Maria do Rosário. (1999). A doente veterana: Saberes esquecidos nos sistemas de saúde. pp.499-512.
- Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos*, decreto-lei nº 288/2001, de 10 de Novembro (2001). Diário da República nº261/2001 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa
- Fernandes, Marta Rossana Monteiro. (Junho de 2012). *Estudo sobre a satisfação dos utentes com os serviços de Farmácia Comunitária* (Relatório de Estágio). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

- Galato, Dayani; Alano, Graziela Modolon; Trauthman, Silvana Cristina & Vieira, Ana Cristina. (Jul/Set. 2008). A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 44, n. 3
- Galato, Fernanda; Just, Mirelle Casagrande; Galato, Dayani & Silva, Wellington Barros da. (2006). Desenvolvimento e Validação de Pictogramas para o uso correto de medicamentos: Descrição de um estudo-piloto.
- Galvão, C. (2006). Idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v.22, pp.747-752
- Gomes, H.O. & Caldas, C.P. (2008). Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.7, pp.88-99
- Hepler, C.D.; Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 47:3, pp.533-43
- INFARMED. (2013). *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*. Retirado de: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS\\_NOVIDADES/20130117\\_NORMAS\\_DISPENSA\\_vFinal.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf)
- Joaquim, Magali Rocha. (2011). *Automedicação versus Indicação Farmacêutica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Faro
- Kawano, Daniel Fábio; Pereira, Leonardo Régis Leira; Ueta, Julieta Mieko & Freitas, Osvaldo de. (Out/Dez. 2006). Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 42, n. 4
- Leão, Danyllo Fábio Lessa; Moura, Cristiano Soares de & Medeiros, Danielle Souto de. (2014). Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista, Brasil. *Ciências & Saúde Colectiva*, 19(1): pp.311-318
- Maia, Maria Helena Rodrigues. (2007). RH e Comunicação - O foco em Pessoas.
- Moreno, A.H.; Nogueira, E.P.; Perez, M.P.M.S. & Lima, L.R.O. (2007). Atenção farmacêutica na prevenção de interações medicamentosas em hipertensos. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, 25(4): pp.373-7
- Moura, Cristiano S.; Ribeiro, Andréia Q. & Magalhães, Sérgia M.S. (2007). Avaliação de Interações Medicamentosas Potenciais em Prescrições Médicas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). *Latin American Journal of Pharmacy*, 26(4): pp.596-601

- Oenning, Diony; Oliveira, Bruna Volpato de & Blatt, Carine Raquel. (2011). Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): pp.3277-3283
- Oliveira, Mirtes Barros Bezerra & Frade, Josélia. (Agosto de 2009). Actividades do Farmacêutico na Farmácia Comunitária, Manual III. *Farmácia Comunitária*, Brasília
- Ordem dos Farmacêuticos*. (1998). Código Deontológico dos Farmacêuticos.
- Ordem dos Farmacêuticos*. História da Farmácia em Portugal. Retirado de: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1900](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1900)
- Ordem dos Farmacêuticos*. (Fev. 2006). Linhas de orientação – Indicação Farmacêutica elaborado pelo Grupo das Boas Práticas de Farmácia. Retirado de: [www.ordemfarmaceuticos.pt](http://www.ordemfarmaceuticos.pt)
- Ordem dos Farmacêuticos*. (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). *Conselho Nacional da Qualidade*, 3ª edição. Retirado de: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc3082.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf)
- Pereira, Diana Neto. (2009). Frequência da automedicação em farmácias comunitárias.
- Ribeiro, N., (2013). *Reações Adversas aos Medicamentos. Farmacovigilância, Farmácia Clínica*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Departamento de Ciências da Saúde, Lisboa
- Secoli, Silvia Regina (Jan/Fev. 2010). Polifarmácia: interações e reacções adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília; 63(1): pp.136-40
- Silva, Elaine Aparecida da & Macedo, Luciana Conci. (Set/Dez. 2013). Polifarmácia em idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.6, n.3, pp.477-486 – ISSN 1983-1870
- Silva, Emília Vitória da; Naves, Janeth de Oliveira Silva & Vidal, Júlia. (Jul/Out. 2008). O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente. *Boletim Farmacoterapêutica*, Ano XIII, nºs 4 e 5
- Silva, H. (2004). O papel da Farmácia nas Estratégias de Marketing Farmacêutico. *Jornadas de Marketing do ISCAP*
- Silva, J. da. (2007). *Saúde pública, farmacêuticos e medicamentos*. Campo da Comunicação, Lisboa, pp.55-123

- Silva, L.M.G. da.; Brasil, V.V.; Guimarães, H.C.Q.C.P.; Savonitti, B.H.R.A. & Silva, M.J.P. da. (Agosto de 2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. n.4, pp.52-58.
- Silva, L.R.; Vieira, E.M. (2004). Conhecimento dos farmacêuticos sobre a legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.3, pp.429-437
- Soares, M. (2002). Medicamentos não prescritos – aconselhamento farmacêutico. 2ª edição, Associação Nacional das Farmácias – *Publicações Farmácias Portuguesas*. Lisboa
- Soares, M. (2005). Automedicação versus indicação farmacêutica. *Mundo Farmacêutico*, nº18
- Tavares, Maria de Souza; Macedo, Thiago Campelo & Mendes, Daniella Ribeiro Guimarães (Jul/Dez. 2012). Possíveis Interações Medicamentosas em um Grupo de Hipertensos e Diabéticos da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*; pp.119-126
- Teixeira, José A. Carvalho. (Set.2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, Lisboa, vol.22, nº.3, pp.615-620
- Vinholes, Eduardo Rocha; Alano, Graziela Modolon & Galato, Dayani. (2009). A Percepção da Comunidade Sobre a Atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em Ações de Educação em Saúde Relacionadas à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. *Saúde e Sociedade*, vol.18, nº.2, pp.293-303

