



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia de Santa Catarina

Juliana Mendes Silva



2018-2019

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia de Santa Catarina



18 de fevereiro de 2019 a 21 de agosto 2019

Juliana Mendes Silva

Orientador: Dr. Pedro da Silva

Tutor FFUP: Prof^ª. Doutora Helena Vasconcelos

Outubro de 2019

Declaração de Integridade

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 7 de outubro de 2019.

Juliana Mendes Silva

Agradecimentos

A realização deste estágio não teria sido possível sem o contributo e acompanhamento de toda a equipa da Farmácia de Santa Catarina, pelo que deixo um agradecimento especial para eles:

Ao Dr. Pedro da Silva, agradeço a simpatia e cuidado com que me recebeu, zelando sempre pela minha aprendizagem, dando-me inúmeras oportunidades para tal. Sem dúvida contribuiu para a farmacêutica que serei no futuro.

À restante equipa, à Dra. Sofia, à Dra. Susana, à Dra. Sofia e à Filipa, por estarem sempre disponíveis para responder às minhas dúvidas e por me ajudarem, incessantemente, a compreender como devia executar cada tarefa com o máximo rigor possível.

Ao Carlos Sá, por me apoiar constantemente, por estar sempre disponível para me ajudar e por olhar sempre por mim.

Mas, acima de tudo, estes 5 anos não teriam sido o mesmo sem “as minhas pessoas”, e sem o apoio incessante delas. Serei eternamente grata pela vossa infindável paciência, e por terem compreendido e aceite o porquê de não ter estado presente em tantos momentos. Foi graças a todos vocês que consegui aproveitar em pleno estes 5 anos. São elas:

Ao meu pai, à minha mãe, e à minha irmã, os pilares da minha vida e aqueles que me permitiram realizar este sonho. Obrigada! Vocês significam este mundo e o outro para mim.

Ao Norberto, ao meu Berto, por seres a minha força motriz, o meu companheiro, o meu parceiro em tudo, e o meu melhor amigo. Obrigada por estares sempre aqui.

Ao Lord, à Marta, à Inês, ao Poupas e à Cláudia, agradeço-vos por terem sido uma constante ao longo destes cinco anos. Deram-me muitas memórias que guardarei para sempre com muito carinho.

À AEFUP, à minha casa durante os últimos dois anos, obrigada por tanto me teres ensinado e por teres contribuído para a pessoa e o ser humano que sou hoje. Se me dessem oportunidade de fazer tudo de novo, teria feito exatamente igual. Um especial obrigado à Micas e ao Miguel, por terem feito parte deste último ano nesta casa, e por todos os momentos partilhados.

À Mariana Frazão, por te teres tornado numa querida amiga que levo no coração para sempre. Por saber que estejas onde estiveres, e esse lugar for no outro canto do globo, poderei contar sempre contigo.

À Tatiana Parente, por teres sido das maiores surpresas no meu percurso e assim teres-te tornado uma amiga que levo no coração para sempre.

A todos aqueles que cruzaram o meu caminho e deixaram a vossa marca em mim, obrigada a todos vocês. Levo um bocadinho de cada um de vós comigo.

E por fim, um obrigado à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, a todos os professores que contribuem para a nossa formação e para os futuros profissionais que seremos.

Do fundo do coração, obrigado a todos.

Resumo

O presente Relatório de Estágio surge no culminar de nove semestres de aprendizagem e formação, inserido na unidade curricular “Estágio” realizado na Farmácia de Santa Catarina, Porto, entre o dia 18 de fevereiro de 2019 e 21 de agosto de 2019. É aqui que o estudante consegue aplicar os conhecimentos teóricos e práticos que adquiriu ao longo de todo o curso, bem como moldá-los às situações reais e mais frequentes da rotina de uma farmácia comunitária.

Assim, neste relatório serão relatadas as atividades e explicados os projetos desenvolvidos durante seis meses de estágio. Na primeira parte serão descritas todas as atividades realizadas na Farmácia de Santa Catarina inerentes à profissão farmacêutica, bem como a minha participação nas mesmas. Para além disso, serão abordados temas como a relação profissional – utente, e a minha perceção sobre a mesma, adquirida com base na minha experiência dos últimos seis meses. Na segunda parte, passarei a descrever os temas que desenvolvi o âmbito do estágio, e aplicados na prática em formato de projetos. Ambas as temáticas foram escolhas evidentes para mim, uma vez serem temas constantes e com os quais o profissional farmacêutico é confrontado todos os dias. O primeiro tema será acerca das Interações medicamentosas e Administração de Medicamentos em população idosa, que como veremos, tem especial destaque pelo facto de se lidar com uma população que requer mais atenção relativamente a estas temáticas. O segundo tema será acerca do Seguimento Farmacoterapêutico e da sua importância na Farmácia Comunitária, pois o mesmo, se aplicado, pode garantir muitas vezes o sucesso terapêutico.

Índice

Declaração de Integridade	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo	vi
Lista de abreviaturas	x
Índice de Figuras	xii
Índice de Tabelas	xiii
PARTE I – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	1
1. Introdução.....	1
2. Estrutura e Organização da Farmácia de Santa Catarina	2
2.1. Localização e Público-alvo	2
2.2. Horário de Funcionamento	2
2.3. Caracterização do Espaço Exterior	3
2.4. Caracterização do Espaço Interior	3
2.5. Recursos Humanos	4
2.6. Sistema Informático	4
3. Encomendas e Aprovisionamento.....	5
3.1. Gestão de <i>stock</i>	5
3.2. Realização de Encomendas.....	5
3.3. Receção e Conferência de Encomendas.....	6
3.4. Armazenamento	7
3.5. Controlo dos prazos de validade	7
3.6. Devoluções a Fornecedores.....	8
4. Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	8
4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)	8
4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).....	8
4.3. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP).....	9
4.4. Medicamentos Manipulados (MM)	9
4.5. Preparações Extemporâneas	10

4.6.	Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal	10
4.7.	Produtos Dietéticos para Alimentação Especial e Suplementos Alimentares	10
4.8.	Produtos e Medicamentos de Uso Veterinário	11
4.9.	Dispositivos Médicos	11
5.	Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	12
5.1.	Dispensa de MSRM	12
5.1.1.	Interpretação e Validação da Prescrição Médica	12
5.1.2.	Dispensa de MEP	13
5.1.3.	Medicamentos Genéricos e Preço de Referência	14
5.2.	Sistemas de Comparticipação	14
5.3.	Dispensa de MNSRM	15
6.	Receituário e Faturação	15
7.	Serviços disponíveis na FSC	16
8.	Rastreios	16
9.	Intervenção “ <i>Hospitals and Health Centers in Porto</i> ”	17
PARTE II – TEMAS DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO		18
PROJETO I – Sensibilização para Interações Medicamentosas e Administração de MNSRM de uso frequente, em contexto de Lares de Idosos		18
1.	Enquadramento Geral	18
2.	Interações Medicamentosas	19
2.1.	Interações com Paracetamol	20
2.1.1.	Metotrexato	20
2.1.2.	Prilocaína	20
2.1.3.	Álcool	20
2.2.	Interações com Anti-Inflamatórios Não Esteroides e algumas contra-indicações	21
2.2.1.	Álcool	22
2.2.2.	Hipertensão Arterial	22
2.2.3.	Asma	23
2.2.4.	Trombose	23
2.3.	Interações com Benzodiazepinas	23
2.3.1.	Álcool	24

2.3.2.	Cafeína	24
2.3.3.	Tramadol e codeína.....	24
2.4.	Interações com Anti hipertensores, nomeadamente os Antagonistas dos Recetores de Angiotensina II (ARAI)	25
2.4.1.	Sal com potássio e suplementos com potássio	25
2.4.2.	AINE's.....	25
3.	Administração de MNSRM de uso frequente	25
3.1.	AINE's.....	26
3.2.	Antidiarreicos	27
3.3.	Anti-histamínicos	27
3.4.	Antiácidos e protetores da mucosa gástrica	27
4.	Considerações finais	27
	PROJETO II – Seguimento Farmacoterapêutico	29
1.	Enquadramento geral e Objetivo	29
2.	Custo do serviço	31
3.	Método de Dáder	31
4.	Considerações finais	32
	CONCLUSÃO FINAL.....	34
	BIBLIOGRAFIA.....	35
	ANEXOS.....	43
	Anexo I.....	43
	Anexo II.....	45
	Anexo III.....	51
	Anexo IV	51
	Anexo V	52
	Anexo VI	52
	Anexo VII.	53
	Anexo VIII	53
	Anexo IX	54

Lista de abreviaturas

AIA Asma Induzida por Aspirina

AINE Anti-Inflamatórios Não Esteróides

ARA II Antagonista do Recetor de Angiotensina II

CMP Câmara Municipal do Porto

COX-2 Cicloxygenase-2

CSPS Centro Social e Paroquial da Sé

DCI Denominação Comum Internacional

DGAV Direção Geral de Alimentação e Veterinária

DiM Dispositivo Médico

EAM Eventos Adversos a Medicamentos

FB Farmácia Barreiros

FSC Farmácia de Santa Catarina

HF História Farmacoterapêutica

IM Interação Medicamentosa

INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP.

MEP Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

MG Medicamento Genérico

MM Medicamento Manipulado

MNSRM Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM-EF Medicamento Não Sujeitos a Receita Médica de venda Exclusiva em Farmácia

MSRM Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OTC “*Over The Counter*”

PED Prescrição Eletrónica Desmaterializada

PEM Prescrição Eletrónica Materializada

PM Prescrição Manual

PRM Problemas Relacionados com Medicamentos

PV Prazo de Validade

PVP Preço de Venda ao Público

RAM Reação Adversa ao Medicamento

RNM Resultado Negativo associado à Medicação

SF Seguimento Farmacoterapêutico

SNC Sistema Nervoso Central

SNS Serviço Nacional de Saúde

Índice de Figuras

Figura 1. Contexto geográfico da FSC	2
---	---

Índice de tabelas

Tabela 1. Cronograma de atividades desenvolvidas durante o estágio	1
Tabela 2. Quadro da FSC	4
Tabela 3. Número de inquiridos que referem ter (ou não) a doença indicada, e número de idosos a consumir medicamentos para essas mesmas doenças	22
Tabela 4. Top 3 das Benzodiazepinas mais utilizadas em Portugal, em 2015	24

PARTE I – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

1. Introdução

A profissão farmacêutica possui múltiplos ramos pelos quais se pode enveredar, e é por isso vista como “*multivalente*”. Desde as análises clínicas, aos assuntos regulamentares, à distribuição grossista, ao ensino farmacêutico, à farmácia comunitária, à farmácia hospitalar, à indústria farmacêutica e à investigação científica, a farmácia comunitária é, hoje em dia, aquela que tem mais procura por parte de recém-licenciados.¹ A farmácia comunitária é a face mais visível da profissão farmacêutica, e constitui o primeiro contacto do utente com o farmacêutico, sendo por isso esta relação muito valorizada, não só pela disponibilidade que os farmacêuticos apresentam, mas também pela proximidade que transmitem, sendo assim depositada muita confiança nesta relação.

No artigo 10º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos pode ler-se que “*A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.*”², sendo que esta premissa confere uma posição privilegiada ao farmacêutico para atuar como agente promotor da saúde na comunidade, considerando o cidadão como o centro das suas ações. Tendo em conta as elevadas competências técnico-científicas que o farmacêutico apresenta, podem ser desenvolvidas intervenções de amplo espectro, tais como esclarecimento sobre administração de medicamentos, identificação de pessoas em risco, e ainda deteção precoce de problemas de saúde e promoção de estilos de vida saudáveis.

O presente estágio decorreu entre 18 de fevereiro de 2019 e 21 de agosto de 2019, na Farmácia de Santa Catarina (FSC), Porto, sob a orientação do Dr. Pedro da Silva. Durante os seis meses de estágio tive a oportunidade de aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante os 5 anos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, sendo que neste relatório aprofundarei esses conhecimentos, bem como os trabalhos e atividades desenvolvidas na FSC. Na *Tabela 1* encontra-se um cronograma simplificado das atividades desempenhadas durante o estágio.

Tabela 1. Cronograma de atividades desenvolvidas durante o estágio.

Atividades desenvolvidas durante o estágio	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto
Receção de encomendas	X	X	X	X	X	X	X
Armazenamento e gestão de stocks	X	X	X	X	X	X	X
Controlo dos prazos de validade		X	X				
Gestão de devoluções		X	X	X	X	X	X
Determinação de parâmetros físicos e bioquímicos	X	X	X	X	X	X	X
Formações	X	X					
Acompanhamento de atendimentos ao balcão	X	X					

Atendimento autónomo			X	X	X	X	X
Projeto I - Sensibilização para Interações medicamentosas e Administração de MNSRM de uso frequente, em contexto de Lares de Idosos					X	X	X
Projeto II - Seguimento Farmacoterapêutico						X	X

2. Estrutura e Organização da Farmácia de Santa Catarina

2.1. Localização e Público-alvo

A FSC pertence ao Grupo Pharma N e encontra-se localizada na Baixa do Porto, na Rua de Santa Catarina, nº141, na freguesia de Santo Ildefonso. Uma vez que a farmácia se encontra numa das zonas mais comerciais do Porto, a grande parte dos clientes são turistas, no entanto é importante referir que uma percentagem considerável dos clientes da FSC são também utentes polimedicados e idosos fidelizados à farmácia e que lá retornam com o intuito de obter um atendimento e aconselhamento personalizado.

No entanto, e noutra perspetiva, a zona em que a farmácia está inserida também se pode constituir como uma contrapartida, pois encontra-se rodeada de outras farmácias servindo assim de competição para a FSC, tal como se pode observar na *Figura 1*.

Figura 1. Contexto geográfico da FSC



2.2. Horário de Funcionamento

Em cumprimento com a Portaria nº277/2012, de 12 de setembro³, a FSC encontra-se a funcionar de segunda-feira a sábado entre as 09h00 e as 20h00, e aos feriados das 10h00 às 19h00,

sendo que aos domingos se encontra encerrada. Na porta da frente encontra-se o horário de funcionamento da farmácia devidamente afixado.

Ficou definido, com o Dr. Pedro da Silva, que durante o meu estágio o meu horário seria das 09h00 às 17h30, todos os dias úteis, com uma hora para almoço das 12h00 às 13h00, sendo que a meados do estágio a hora de almoço foi alterada para as 13h00 até às 14h00. Ocasionalmente, tive oportunidade de fazer outros horários, de forma a passar por quase todos os períodos em que a farmácia se encontra aberta e assim, contactar com uma maior variedade de situações.

2.3. Caracterização do Espaço Exterior

A FSC está inserida numa rua comercial, rodeada de lojas e estabelecimentos comerciais, tornando-se assim facilmente identificável pelo seu aspeto mais rústico e pelo letreiro verde com a indicação “Farmácia Santa Catarina”, bem como pela cruz verde ligada. Centralmente, encontra-se a porta de entrada da farmácia e nas duas laterais encontram-se montras para o efeito de divulgação de campanhas sazonais bem como exposição de produtos para o consumidor.

2.4. Caracterização do Espaço Interior

O edifício onde se encontra FSC tem quatro pisos, divididos da seguinte forma:

- Piso inferior: Laboratório de Manipulados;
- Rés-do-chão: Espaço de Atendimento ao Público, *Backoffice* e Gabinete de Atendimento Personalizado;
- Pisos superiores: Área de armazenamento e receção de encomendas, Sala dos Cacifos, Escritório do Diretor Técnico, Cozinha.

A **área de atendimento ao público** da FSC é relativamente reduzida considerando o número de clientes habituais, sendo que a mesma é composta por: 4 balcões de atendimento ao público; vários lineares diretamente acessíveis ao público onde se encontram as diferentes linhas de cosmética expostas; outros lineares por trás dos balcões inacessíveis ao público com produtos de viagem, produtos dietéticos, produtos de veterinária, suplementos alimentares, Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) de maior rotatividade, algumas marcas de cosmética e puericultura; uma balança de uso direto para o utente; e ainda um sistema de arrumação de gavetas, maioritariamente dedicado aos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM). Na parte de trás do rés-do-chão encontra-se o **backoffice**, local a partir do qual o Diretor Técnico realiza a maior parte do seu trabalho relativo à gestão da farmácia, sendo que nesta zona também se encontram estantes para armazenar os medicamentos genéricos das marcas com maior rotação, bem como estantes para armazenar produtos de aplicação tópica, produtos de higiene íntima, medicamentos usados em afeções cutâneas e outros itens de puericultura de maior porte, tais como fraldas. Ainda nesta zona encontra-se o **Gabinete de Atendimento Personalizado** utilizado para realizar medições físicas e bioquímicas aos utentes, para administrar injetáveis, para a realização de um curativo ou ainda quando a observação do utente exige maior privacidade. No piso inferior encontra-se o laboratório de preparação de medicamentos manipulados. Nos pisos superiores, ao pé da zona dos cacifos, encontra-se a zona de

receção de encomendas inserida na área de armazenamento dos excedentes. Neste mesmo piso encontra-se também o escritório do Diretor Técnico. No piso de cima de todo existe outra sala para arrumação de material para exposição de produtos, publicidade, excedentes do laboratório, e ainda existe outra divisão: a cozinha.

2.5. Recursos Humanos

Segundo o Artigo 23º do Decreto-Lei nº307/2007, “as farmácias dispõem, pelo menos, de um director técnico e de outro farmacêutico”, e como tal a FSC encontra-se em conformidade com este decreto-lei.⁴ O quadro da FSC é constituído por 8 farmacêuticos e 3 técnicas de farmácia, tal como podemos ver na tabela abaixo.

Tabela 2. Quadro da FSC

Cargo	Nome
Diretor Técnico	Dr. Pedro da Silva
Farmacêutica Adjunta	Dra. Isabel Figueira
Farmacêutica	Dra. Ana Nunes
Farmacêutica	Dra. Sofia Freitas
Farmacêutica	Dra. Sofia Lamas Cardoso
Farmacêutica	Dra. Susana Cunha
Farmacêutica	Dra. Rita Lopes
Farmacêutico	Dr. Carlos Sá
Técnica de Farmácia	Helena Mourão
Técnica de Farmácia	Isabel Miranda
Técnica Auxiliar de Farmácia	Carla Ferreira

O quadro da FSC pode ser dividido em duas faces: a equipa que trabalha no laboratório de manipulados, e a equipa que está permanentemente ao atendimento ao balcão. Assim, na equipa que trabalha no laboratório contamos com a Dra. Isabel Figueira, a Dra. Ana Nunes, a Dra. Rita Lopes, o Dr. Carlos Sá, a Dona Helena Mourão e a Isabel Miranda. A equipa do atendimento ao balcão é constituída pelo Dr. Pedro da Silva, Dra. Sofia Cardoso, Dra. Susana Cunha e Dra. Sofia Freitas, sendo que durante o meu período de estágio tive a oportunidade de aprender com todos os elementos da equipa, e todos mostraram vontade e entusiasmo em ensinar-me. Torna-se assim evidente que a FSC conta com uma equipa multidisciplinar e extremamente qualificada que permite que se preste serviços e cuidados de saúde de alta qualidade e com grande excelência.

2.6. Sistema Informático

Todos os postos de trabalho da FSC funcionam com o sistema informático **SIFARMA 2000®**, comercializado pela *Glintt*. Este sistema é fundamental no dia-a-dia da farmácia uma vez que é um auxílio imprescindível desde a gestão dos produtos farmacêuticos até ao atendimento. O *software* do sistema confere um código de acesso a cada colaborador, permitindo assim identificar quem efetuou determinada operação e quando.

No momento de atendimento ao público o SIFARMA 2000® revela-se bastante útil, uma vez que é possível procurar medicamentos pela substância ativa e consultar informações técnico-científicas sobre cada medicamento – indicações terapêuticas, posologia, reações adversas, contraindicações e interações medicamentosas. Para além disso, permite fazer a gestão de utentes através da criação da respetiva ficha no sistema, onde fica registado o histórico de consumo do utente, possibilitando assim ao farmacêutico a realização não só do acompanhamento farmacoterapêutico, mas também de um atendimento personalizado e seguro.

Ao longo do meu período de estágio, tive a oportunidade de descobrir várias funcionalidades do sistema – tais como receção de encomendas, gestão e regularização de devoluções, regularização de notas de crédito, consulta de vendas – mas acima de tudo, pude praticar com bastante frequência de forma a tornar-me mais autónoma com o funcionamento do programa.

3. Encomendas e Aprovisionamento

3.1. Gestão de stock

A gestão de stock de uma farmácia é essencial para o seu bom funcionamento, para além de permitir a rentabilidade financeira da mesma, permite também dar resposta às necessidades e pedidos dos utentes sem existir compromisso financeiro.

Para uma eficiente gestão de *stocks* é importante ter em consideração vários fatores: rotatividade dos produtos, oscilações sazonais, volume de vendas anual, o perfil dos utentes, e suas necessidades e interesses, o poder de compra do público da farmácia, os hábitos de prescrição médica, mas também o preço dos produtos, as condições dos fornecedores, campanhas promocionais em vigor, e por fim, o espaço físico da farmácia e armazenamento. O Sifarma 2000® é um importante auxiliar neste processo, sendo importante dar entrada de todos os produtos, através da receção de encomendas, e dar saída dos mesmos, quer seja por venda, devolução ou quebra. Para além disto, é possível definir um *stock* mínimo e um *stock* máximo no sistema para cada produto, e quando o *stock* mínimo de cada produto é atingido, o sistema sugere uma encomenda.

Atualmente, nem sempre é possível disponibilizar a variedade e quantidade de produtos desejada considerando a situação económica do país e das farmácias. Nesse sentido, a FSC esforça-se por recorrer a diversas estratégias para garantir que os utentes tenham a maior diversidade possível à sua disposição, contribuindo para a fidelização e satisfação dos clientes.

No período em que estive na FSC verifiquei que a ocorrência de erros de *stock* era frequente devido ao grande número de referências presentes na FSC, assim, de forma a resolver estas situações, encontrava-se disponível uma folha onde se registavam todos os erros de *stock*, e um colaborador tinha a tarefa diária de corrigir esses mesmos erros.

3.2. Realização de Encomendas

Na FSC realizam-se encomendas diárias, diretas e instantâneas, sendo que, todos os dias, são realizadas encomendas diárias aos dois fornecedores principais – Alliance Healthcare e Coopprofar,

sendo a Empifarma um fornecedor secundário, e como tal utilizado menos recorrentemente, e apenas para alguns produtos específicos. Estas encomendas são realizadas com o apoio do sistema informático, e com base nos valores de *stock* mínimo e máximo. Compete ao farmacêutico encarregar de realizar a encomenda, e com base nas condições de compra, confirmar o armazenista predefinido.

As encomendas instantâneas vão sendo realizadas ao longo do dia, como reforço ou quando um produto não está disponível em *stock* para dispensa imediata ao utente, e podem ser feitas diretamente no sistema informático, via telefone ou na plataforma *online* do fornecedor, estando indicado a data e hora previstas de entrega do produto, em regra inferior a 24 horas. Existe ainda, outro tipo de encomenda instantânea especial destinado a produtos com disponibilidade reduzida - a Via Verde.

No decorrer do meu estágio realizei várias encomendas instantâneas, maioritariamente em contexto de atendimento ao balcão, sendo que grande parte dessas encomendas eram feitas no decorrer de reserva de produtos. Para além disso, todos os dias ligava aos fornecedores de forma a encomendar os produtos rateados que não estão presentes na Via Verde.

3.3. Receção e Conferência de Encomendas

As encomendas à FSC chegam três vezes ao dia, pelas 09h00 chegam as encomendas diárias, e pelas 16h00 e 19h00 chegam as encomendas instantâneas, quando estas são realizadas. A entrega de encomendas é feita em contentores específicos, referidos como “banheiras” pelo jargão farmacêutico, ou então, em caixas de cartão. Os produtos que exigem condições especiais de conservação entre os 2°C e 8°C são enviados em contentores térmicos, diferentes dos restantes, e que sejam facilmente identificáveis, pois estes devem ser colocados imediatamente no frigorífico.

Cada encomenda vem acompanhada da fatura original, e respetivo duplicado, assim o original é enviado para a contabilidade e o duplicado serve para rececionar a encomenda. Na fatura consta a identificação do fornecedor e da farmácia, o número da fatura e data de emissão, identificação dos produtos pedidos e enviados com o preço unitário PVP e o IVA a que estão sujeitos (6% e 23%), preço total da encomenda e taxa de Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA).

No sistema informático, a receção é feita através da leitura do Código Nacional de Produto – CNP de cada unidade da encomenda, com auxílio do leitor ótico ou, alternativamente, poderá ser feito manualmente. Durante este processo, é feita a verificação da integridade da embalagem, o prazo de validade (PV) e, no caso de produtos com Preço Impresso na Cartonagem – PIC, o Preço de Venda ao Público – PVP. No final, é conferido o preço de faturação, definido o PVP para os produtos de venda livre e comparado o número de unidades rececionadas com as que se encontram faturadas, de modo a confirmar o valor total da encomenda. No que diz respeito a receção de encomendas feitas diretamente ao laboratório é necessário conferir a nota de encomenda previamente à receção, que se encontra arquivada na farmácia, e posteriormente criar manualmente a encomenda no sistema informático para então proceder à receção.

Durante todo o meu estágio, a receção de encomendas foi uma das minhas principais tarefas, o que permitiu um constante contacto com os produtos, e assim, proporcionasse o meu conhecimento de forma rápida e eficiente dos produtos disponíveis na FSC, para posterior aconselhamento no atendimento. No entanto, este é um processo que pode originar erros de *stock*, por isso é importante realizar esta tarefa com rigor de forma a não comprometer a boa gestão da farmácia.

3.4. Armazenamento

No que diz respeito ao armazenamento de produtos, é importante referir que existem produtos com condições especiais de armazenamento, como por exemplo produtos que precisam de refrigeração controlada entre os 2°C e 8°C, e Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos, que têm de ficar num local de acesso restrito e fechado. No que se refere às condições gerais de armazenamento, os produtos devem ser armazenados em gavetas, prateleiras e armários à temperatura ambiente (25°C ± 1°C) e a humidade relativa de 60%.

O armazenamento de todos os produtos é conduzido ao abrigo do princípio *FEFO* – *First Expired, First Out*, assim, os produtos com validade mais curta são guardados à frente para que sejam dispensados primeiro, e assim evitar eventuais prejuízos para a farmácia. Os medicamentos são guardados por ordem alfabética, de acordo com a sua Denominação Comum Internacional (DCI) ou nome comercial, com a dosagem, e número de unidades por embalagem. O sistema de gavetas da FSC encontra-se organizado por formas farmacêuticas: formas sólidas (comprimidos e cápsulas); soluções injetáveis; soluções oftálmicas e auriculares; gotas orais; transdérmicos; comprimidos vaginais; e formas líquidas, nomeadamente xaropes. As saquetas e formas farmacêuticas de aplicação tópica são armazenadas em estantes no *back office*, junto às estantes dos genéricos com maior rotatividade.

O armazenamento de produtos foi outra das minhas tarefas constantes ao longo de todo o estágio, permitindo-me desde logo conhecer os locais onde se armazenava cada produto, revelando-se uma vantagem aquando ao atendimento ao balcão.

3.5. Controlo dos prazos de validade

De forma geral, os prazos de validade são controlados em dois momentos: aquando à receção dos produtos e através da emissão no sistema informático de uma lista de controlo dos PV. No momento da receção de encomendas, verifica-se o PV impresso na cartonagem e compara-se com o que está indicado na ficha do produto. Caso já exista *stock* desse produto, o PV informático só será atualizado se o produto a rececionar tiver um PV mais curto. Se não existir *stock*, este parâmetro será sempre atualizado.

Mensalmente, é feito o controlo de PV através da emissão da lista de controlo de prazos de validade, gerada no Sifarma 2000®, onde constam os produtos cujo PV irá expirar num período definido pelo colaborador encarregue desta tarefa. Proceda-se à verificação do PV dos produtos que constam na lista e à sua recolha para posteriormente se decidir qual será a ação tomada. Caso o PV indicado na lista não corresponda ao PV físico, a ficha de produto é atualizada.

3.6. Devoluções a Fornecedores

Existem certas situações em que se verifica necessário fazer a devolução de determinado produto, seja devido à expiração do produto ou aproximação do término de prazo de validade, ou porque o produto está em más condições ou danificado, produto alterado, produto faturado e não enviado.

O procedimento é feito no Sifarma 2000®, através da criação de uma nota de devolução, na qual consta a identificação da farmácia, o nome, código e quantidade do produto a devolver, a razão de devolução, o número da fatura correspondente. Essa nota de devolução é colocada juntamente com o produto a devolver, no caixote do fornecedor, sendo que uma das cópias é arquivada até que a devolução seja regularizada. A regularização da devolução, caso seja aceite pelo fornecedor, é feita através da emissão de uma nota de crédito a descontar no pagamento seguinte, ou através do envio de novos produtos. Caso o fornecedor não aceite a devolução, a farmácia acarreta com o prejuízo.

4. Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

De acordo com o Artigo 114º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, conhecido como “Estatuto do Medicamento”, os MSRM são todos aqueles que:

- possam constituir um risco para a saúde do utente, caso utilizados sem vigilância médica;
- possam constituir um risco quando são utilizados em quantidades consideráveis e com uma frequência considerável com fim a destinos diferentes daqueles que se definiu;
- contenham substâncias cuja atividade ou reações adversas sejam fundamentais aprofundar;
- sejam administrados por via parentérica.⁵

Para além disso, são ainda requisitos dos MSRM terem um Preço de Venda ao Público (PVP) igual em qualquer farmácia, e a sua dispensa ser dependente da apresentação de uma receita médica.⁵

Da minha experiência ao balcão da FSC pude verificar que era bastante frequente o pedido de vários MSRM, principalmente de antibióticos, ansiolíticos e alguns anti-inflamatórios, sem apresentação de prescrição. Quando surgem este tipo de situações, é fundamental alertar o utente que o uso de certas substâncias sem vigilância médica pode acarretar perigos para a saúde dos mesmos.

4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

Os MNSRM são todos aqueles que não cumpram os requisitos descritos para os MSRM. O Decreto-Lei nº 238/2007, de 19 de Junho permite que a sua venda em locais de venda de MNSRM autorizados para o efeito, para além das farmácias.⁶ Existem MNSRM que são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), e a sua venda pode ser efetuada nas farmácias ou nos locais de venda de MNSRM, sendo o seu PVP fixado. Caso sejam dispensados nos locais de venda, não há comparticipação. Dentro dos MNSRM encontramos uma “sub-classe”: os Medicamento Não Sujeitos a Receita Médica de venda Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF), tratam-se de medicamentos que podem ser dispensados sem prescrição médica mediante o cumprimento de protocolos de dispensa.

Estes medicamentos podem ser definidos como medicamentos utilizados para prevenção e tratamento de sintomas e afeções que não necessitem de consulta médica, sendo que se encontram completamente desaconselhados em bebés, grávidas e lactantes. Assim, e caso este tipo de medicamento seja adquirido numa farmácia, o farmacêutico é o agente responsável por prestar o devido aconselhamento e orientar acerca do uso racional do medicamento e farmacovigilância. É de salientar ainda que os MNSRM devem ser sempre utilizados após uma leitura prévia do folheto informativo que acompanha o medicamento, ou segundo a indicação de um médico ou farmacêutico.

4.3. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)

O Decreto Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro e a Portaria nº 981/98, de 8 de Junho descrevem, respetivamente, o regime jurídico de tráfico e consumo, e as medidas de controlo dos MEP.^{7,8} Os MEP são constituídos por substâncias que atuam a nível do Sistema Nervoso Central (SNC), e por isso podem atuar como depressores ou estimulantes, e afetam processos mentais, alteram a perceção, as emoções e/ou comportamentos dos seus consumidores, e como tal estes são medicamentos com um controlo bastante apertado. No entanto, quando usados de forma correta podem trazer benefícios terapêuticos em situações de doença.

O seu controlo é bastante rigoroso, sendo iniciado logo no transporte, sendo que aquando à receção de alguma encomenda que contenha MEP, uma Requisição de Substâncias Psicotrópicas e Estupefacientes tem que ser assinada pelo Diretor Técnico ou colaborador responsável pela gestão de MEP e devolvida ao grossista. O documento original é arquivado na farmácia por um mínimo de três anos.

4.4. Medicamentos Manipulados (MM)

Os Medicamentos Manipulados são definidos como *“qualquer fórmula magistral ou preparado oficial, preparado e dispensado sob a responsabilidade de um Farmacêutico”*⁹, e podem ser classificados como **fórmulas magistrais** – preparados segundo uma receita médica que especifica a quem se destina – ou **preparados oficiais** – quando o medicamento é preparado segundo indicações de compêndios.⁹

Os MM revelam-se soluções uteis quando a indústria farmacêutica não consegue dar resposta às necessidades dos utentes, ou revelem vantagens em relação ao disponível comercialmente. Estes podem ser ajustados quanto à dose, forma farmacêutica, excipientes e até mesmo promover a associação de substâncias ativas não disponíveis. A preparação do MM e respetiva verificação de qualidade e segurança é da responsabilidade do farmacêutico. Os MM também podem ser comparticipados, sendo que seguem as mesmas regras em relação aos outros medicamentos no que diz respeito à validade da prescrição. Em relação à quantidade por embalagem, só pode ser dispensada uma embalagem por cada MM prescrito. Caso o MM seja prescrito em texto de campo livre, não há comparticipação.¹⁰

No Laboratório de Manipulados da FSC produzem-se cremes, pastas, geles, soluções, suspensões, cápsulas e óvulos, sendo que a minha passagem pelo laboratório foi meramente observacional.

4.5. Preparações Extemporâneas

As preparações extemporâneas correspondem a pós para solução oral com baixa estabilidade e como tal, tem de ser preparadas previamente à sua utilização, mediante reconstituição com água purificada. Após preparação, estes medicamentos têm um prazo de validade, e dependendo do medicamento, devem ser conservados em local apropriado e agitados antes de utilizar. É um exemplo de uma preparação extemporânea o Clamoxyl®.

4.6. Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

Os cosméticos abrangem um amplo espectro de produtos, desde os produtos de higiene corporal – como geles de banho, sabonetes, champôs – aos produtos de beleza – como maquilhagem, cremes antienvelhecimento, etc. Estes são produtos que não necessitam de autorização prévia para introdução no mercado, mas ainda assim o seu mercado é regularizado e supervisionado pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP. (INFARMED), garantindo assim que os produtos que chegam aos consumidores e profissionais de saúde são de qualidade e seguros.¹¹

O aconselhamento de cosméticos deve ser adaptado à situação, características e condições, quer fisiológicas ou socioeconómicas, do utente. Esta premissa torna assim o aconselhamento deste tipo de produtos um constante desafio, e obriga a que, de certa forma, o farmacêutico tenha um amplo conhecimento acerca das várias marcas, gamas e apresentações dos produtos que se encontram disponíveis no mercado. É importante que o farmacêutico se encontre atualizado em relação a estas temáticas de forma a promover o devido aconselhamento e uso destes produtos junto dos utentes. Assim, as formações que são promovidas pelas marcas, tanto internas como externas, revelam-se úteis neste sentido.

A FSC possui uma vasta variedade de marcas à disposição para o consumo do utente, tais como Avène®, La Roche-Posay®, Vichy®, Eucerin®, Caudalie®, Isdin®, Filorga®, René Furterer®, entre outras. Durante o meu estágio tive oportunidade de participar em várias formações, tanto promovidas internamente no Grupo Pharma N, como promovidas externamente, o que contribui para potenciar o meu conhecimento acerca deste tipo de produtos. Num primeiro contacto com a farmácia comunitária, as inúmeras opções e variedade de produtos pode demonstrar-se avassaladora, por isso, estas formações também contribuíram para que eu pudesse perceber qual é o tipo de produtos que deve ser aconselhado em determinada situação e o que se encontra disponível no mercado atualmente.

4.7. Produtos Dietéticos para Alimentação Especial e Suplementos Alimentares

Os produtos dietéticos para alimentação especial destinam-se a situações específicas, e alguns exemplos leites de transição, alimentos sem glúten, alimentos para bebés, alimentos adaptados a

esforços energéticos intensos.¹² Na FSC eram procurados maioritariamente leites para lactentes e de transição e refeições em boiões.

Os suplementos alimentares destinam-se a complementar ou suplementar a dieta normal de determinado indivíduo, e por isso não devem ser utilizados como um substituto de uma dieta variada e equilibrada. Estes produtos geralmente apresentam-se sob a forma de comprimidos, cápsulas ou saquetas, e são formas concentradas de nutrientes ou substâncias com um efeito nutricional ou fisiológico descrito.¹³ Compete à DGAV – Direção Geral de Alimentação e Veterinária e à ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica regulamentar o mercado dos suplementos alimentares, garantindo assim a segurança ao consumidor, como tal, qualquer reação adversa verificada deve ser notificada ao DGAV.¹³ No entanto, para que determinado suplemento alimentar possa ser comercializado basta notificar à DGAV, não sendo necessário apresentar estudos de eficácia e segurança.¹³

Durante o meu período de estágio, e principalmente, do tempo que estive no atendimento, pude verificar que o pedido de multivitamínicos, destinados à manutenção da função cognitiva e ao combate do stress e cansaço, bem como de suplementos para os ossos e articulações eram frequentemente pedidos.

4.8. Produtos e Medicamentos de Uso Veterinário

Considera-se um medicamento veterinário *“toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”*. A introdução no mercado de medicamentos de uso veterinário é feita mediante pedido à DGAV, sendo que as farmácias se encontram autorizadas a comercializar estes produtos.¹⁴ Neste ponto é importante referir que, os medicamentos de uso veterinário podem ser MSRM de uso humano, para animais, sujeitos à apresentação de uma receita médico-veterinária. Nos casos em que isto acontecia, a receita que o utente trazia era fotocopiada e arquivada numa capa de forma a servir de comprovativo da venda daquele MSRM. Na FSC estes medicamentos têm alguma expressão, estando por isso expostos em dois lineares por trás dos balcões de atendimento, sendo que se verifica um maior pedido de desparasitantes, externos e internos.

4.9. Dispositivos Médicos

Segundo o Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, um dispositivo médico (DiM) é considerado *“qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos (...)”*.¹⁵ Os DiM são classificados em três classes (I, II, III) de grau crescente de risco, e esta classificação foi feita com base no grau de invasão, duração de contacto, anatomia afetada pela utilização e potenciais riscos.¹⁵

Na FSC é efetuado um grande número de vendas de DiM, de classe I, como fraldas, sacos coletores de urina, meias de compressão, pulsos, meias e joelheiras elásticas; de classe IIa, como compressas de gaze esterilizadas e não esterilizadas, material de penso, termómetros com pilha; de classe IIb como, preservativos masculinos e soluções de conforto ocular para utilizadores de lentes de contacto; de classe III como, pensos com medicamentos, como por exemplo, para cessação tabágica. São também vendidos, com bastante frequência, dispositivos de diagnóstico *in vitro* como testes de gravidez.

Na dispensa de determinados DiM é importante aconselhar sobre o seu devido uso, de forma a que o utente faça uma correta utilização do dispositivo e obtenha máximo benefício do mesmo.

5. Dispensa de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

Segundo o artigo 5º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, o ato farmacêutico engloba várias atividades, desde a dispensa de medicamentos, à interpretação e avaliação de prescrições médicas.² Assim, aquando à dispensa de medicamentos ao utente, é imperativo que o farmacêutico assegure que o utente recebe a informação correta acerca da sua utilização, bem como assegure a máxima qualidade dos serviços que presta, sempre em harmonia com as boas práticas de farmácia.²

A cedência de medicamentos aos utentes é uma das atividades mais prevalentes de um farmacêutico de oficina, assim, é importante que este processo seja feito de forma rigorosa e harmoniosa, e como tal aquando à dispensa devem ser concedidas algumas informações base ao utente, tais como indicação terapêutica, posologia, modo de administração, conservação, precauções, reações adversas e interações medicamentosas mais frequentes. Este processo deve ser sempre realizado de forma a evitar que o utente sofra algum Problema Relacionado com o Medicamento, e neste sentido, é importante salientar que a linguagem do farmacêutico deve ser sempre adaptada ao utente em questão, para além de ser simples e assertiva.

Na fase inicial do meu período de estágio, acompanhei este processo pela observação de atendimentos e através do acompanhamento por parte do Diretor Técnico, de forma a compreender a forma como devia levar este processo a cabo quando estivesse a atender de forma autónoma. Assim, posso afirmar que esta foi a parte mais desafiante de todo o meu estágio, pois realizar este processo de forma rigorosa é algo que requer tempo para ser aperfeiçoado. Assim, na fase em que já atendia ao balcão de forma autónoma, surgiam-me, por várias vezes, algumas dúvidas que ia tirando com os colaboradores da FSC, que sempre se mostraram disponíveis para me ajudar.

5.1. Dispensa de MSRM

5.1.1. Interpretação e Validação da Prescrição Médica

Segundo a Portaria nº224/2015, de 27 de julho, a prescrição de medicamentos tem de ser realizada por meios eletrónicos, incluindo para os MM e MEP, sendo que a prescrição também se aplica a outros produtos de saúde, como por exemplo, dispositivos médicos.¹⁰

Atualmente, coexistem em circulação três tipos de receitas:

- Prescrição Eletrônica Desmaterializada (PED): a receita é interpretada e acessível por meio de equipamentos eletrônicos;
- Prescrição Eletrônica Materializada (PEM): a receita é impressa;
- Prescrição Manual (PM).¹⁰

No caso de se tratar de uma PM, esta só pode ser prescrita num destes casos: por falência informática, inadaptação do prescritor, prescrição ao domicílio, até 40/receitas por mês. Sendo obrigatório que uma destas exceções esteja assinalada na PM, para que o farmacêutico possa aceitar a receita. Para além disso, é obrigatório que a data de emissão da prescrição esteja preenchida, e estas receitas têm a validade de 30 dias seguidos à data de emissão e não podem ser renovadas. Nas PM, podem ser prescritos 4 medicamentos distintos, e um máximo de 4 embalagens por receita, e no máximo podem ser prescritas 2 embalagens por medicamento.¹⁰ Em relação aos dados do médico prescritor, é colocada a respetiva vinheta, data e assinatura; no local de prescrição deve constar a vinheta da Unidade do SNS, ou o carimbo/inscrição manual no caso de consultórios e/ou médicos particulares.¹⁰

No que diz respeito às PEM, estas podem ser renováveis, desde que sejam para medicamentos para tratamento de longa duração, e a sua validade é de 6 meses, sendo que neste caso também só podem ser prescritos 4 medicamentos diferentes. As PEM renováveis podem ter três vias, no entanto, se não for renovável tem uma validade de 30 dias consecutivos à data de emissão, e tem uma única via.¹⁰ Em qualquer um dos casos acima, a assinatura do médico prescritor é obrigatória e tem de ser manuscrita.¹⁰

Relativamente às PED, não há limite de medicamentos prescritos, sendo que os medicamentos para tratamentos de curta e média duração tem uma validade de 30 dias, e podem ser prescritas até 2 embalagens, já os medicamentos para tratamentos de longa duração tem uma validade de 6 meses e podem ser prescritas até 6 embalagens.¹⁰

Independentemente do tipo de prescrição, esta deve sempre conter a seguinte informação: número da receita (19 dígitos), identificação do médico prescritor, local de prescrição, dados do utente (nome, número de utente do SNS), regime especial de comparticipação, identificação da entidade financeira responsável, identificação do medicamento (por DCI ou marca com respetivas justificações técnicas), forma farmacêutica, dosagem, dimensão da embalagem, quantidade de embalagens, posologia, duração do tratamento, data e validade da prescrição.¹⁰

5.1.2. Dispensa de MEP

No que diz respeito à dispensa de MEP, esta tem de ser feita mediante apresentação de “receita especial” e estes medicamentos tem obrigatoriamente de ser prescritos isoladamente, significando isto que na mesma receita não se pode verificar a prescrição de outro medicamento. A prescrição pode ser se de qualquer tipo, e sempre que é feita a dispensa é obrigatório o preenchimento de um formulário

com os dados pessoais do utente (identificação e morada), da pessoa que está a aviar a receita (identificação, morada e cartão do cidadão) e do médico prescriptor.¹⁰

Mensalmente, é enviado ao INFARMED o registo de vendas de MEP emitido pelo Sifar 2000®, juntamente com os dados associados à dispensa, e ainda as receitas manuais pelas quais se dispensaram MEP. Anualmente, é enviado ao INFARMED o registo de entradas e vendas. No caso de uma PM ou PEM, a receita deve ser arquivada na farmácia durante 3 anos.

5.1.3. Medicamentos Genéricos e Preço de Referência

De acordo com o Estatuto do Medicamento, um Medicamento Genérico (MG) é um *“medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”*¹⁶, e são identificados pela sigla MG visível na embalagem exterior. Estes medicamentos devem ser prescritos pela DCI, com a respetiva dosagem e forma farmacêutica.¹⁶

O Preço de Referência é o valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada grupo homogéneo, de acordo com o regime ou escalão de comparticipação. Atualmente, o Preço de Referência corresponde à média dos cinco preços mais baixos dos medicamentos que integram cada grupo homogéneo. Neste sentido, também é importante definir grupo homogéneo, sendo este *“o conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado.”*¹⁷

Segundo as Normas relativas à Dispensa de Medicamentos e Produtos de Farmácia *“as farmácias devem ter disponível para venda, no mínimo, três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogéneo.”*¹⁰ Assim, aquando à dispensa do medicamento, o farmacêutico tem a obrigação de informar que o utente acerca da existência de medicamentos do mesmo grupo homogéneo ao prescrito, conferindo-lhe assim o livre direito de escolha.

5.2. Sistemas de Comparticipação

A comparticipação do Estado nos medicamentos de venda ao público permite um acesso igualitário à população aos medicamentos, assim foi criado um sistema de comparticipação de acordo com os seguintes escalões:

- Escalão A – 90% de comparticipação;
- Escalão B – 69% de comparticipação;
- Escalão C – 37% de comparticipação;
- Escalão D – 15% de comparticipação.¹⁸

Para além do regime geral de comparticipação apresentado acima, o SNS prevê também um regime especial de comparticipação, prevendo dois tipos de comparticipação: de acordo com os

rendimentos dos beneficiários e de acordo com patologias ou grupos especiais de utentes. No caso dos beneficiários, estes são abrangidos pelo regime especial caso o “*rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante*”¹⁸, e nesse caso à comparticipação no escalão A será acrescida 5%, enquanto que à comparticipação nos escalões B, C e D serão acrescidos 15%. No que diz respeito à comparticipação em função patologias especiais, são exemplos das patologias abrangidas, lúpus, hemofilias, doença de alzheimer, etc.¹⁸

Existem ainda formas complementares de comparticipação quando os utentes são beneficiários de subsistemas de saúde, tais como SAMS Quadros, Caixa Geral de Depósitos, seguros de saúde particulares, etc. Nestes casos, e para que o utente possa beneficiar da comparticipação, este deve fazer-se acompanhar do respetivo cartão do organismo do subsistema.

5.3. Dispensa de MNSRM

No que diz respeito à dispensa de MNSRM podem ocorrer duas situações em âmbito de farmácia comunitária: a automedicação responsável e o aconselhamento farmacêutico. De forma geral, os MNSRM são dispensados com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde ou transtorno considerado menor e não grave, autolimitado e de curta duração, sendo que neste processo também podem ser indicadas medidas não farmacológicas. Assim, esta atividade é designada de “*indicação farmacêutica*” e é de total responsabilidade do farmacêutico que o exerce. Para além disto, é essencial que o farmacêutico prescindir de toda a informação que o utente necessita para fazer o uso correto e racional do MNSRM que lhe for recomendado.¹⁹ É de referir também que se encontram à disposição do farmacêutico, protocolos de indicação farmacêutica e protocolos de dispensa de forma a orientar estes profissionais de saúde e a sistematizar toda a informação à qual temos acesso.

Assim, é neste campo que as farmácias se podem diferenciar, através de aconselhamento farmacêutico personalizado, para que, em última instância, se fidelizem clientes, e estes queiram retornar àquele local em particular para encontrar o serviço de excelência ao qual antes também já tiveram acesso.

6. Receituário e Faturação

No final de cada mês é necessário enviar a informação de faturação do receituário médico para que seja reembolsado à farmácia o valor total da comparticipação dos medicamentos dispensados.

Ao finalizar uma venda de MSRM dispensados com PM ou PEM, o Sifarma 2000® imprime no verso da receita um documento de faturação, que deve ser carimbada, assinada e datada pelo colaborador que efetuou a venda. Ao longo do mês, o colaborador encarregue por conferir cada receita, uma a uma, exerce esta tarefa com o objetivo de verificar se tudo se encontra conforme os requisitos de validação para que a farmácia possa receber a comparticipação devida, assim é necessário confirmar os medicamentos dispensados, regime de comparticipação aplicado, existência de portarias, despachos e exceções. No final de cada mês estas receitas são organizadas por lotes de 30 receitas, dentro de cada organismo, e é atribuído um número sequencial a cada uma delas. Posteriormente,

procede-se ao fecho do lote no sistema informático, à impressão do verbete de identificação de cada um deles e à emissão da relação-resumo dos lotes de cada organismo, juntamente com a fatura mensal de medicamentos que serão enviadas às respetivas entidades. As receitas correspondentes à comparticipação do estado são enviadas para a Administração Regional de Saúde do Norte, e as correspondentes a regimes de complementaridade são enviadas para a ANF, que funciona como mediadora entre as farmácias e os organismos e antecipa o pagamento da comparticipação.

7. Serviços disponíveis na FSC

Para além do descrito até aqui, a FSC tem também disponível:

- o **ValorMed**: destinado à recolha de medicamentos e embalagens fora do prazo de validade ou em desuso. Estas embalagens são entregues pelos utentes aos colaboradores da farmácia que então os colocam no contentor da ValorMed. Quando completos estes contentores são selados e transportados pelos armazenistas até aos locais de destruição.
- Determinação de **Pressão Arterial e Medição de Parâmetros Bioquímicos** (Colesterol Total e Glicemia);
- Determinação de **Peso e Altura**;
- **Consultas de Nutrição**, promovidas em conjunto com a EasySlim® - uma vez que a primeira consulta/primeiro rastreio é gratuito, este é acessível a todos, e nesta consulta realiza-se um exame de bioimpedância.
- **Administração de Injetáveis**: este serviço só pode ser prestado por farmacêuticos habilitados com formação complementar específica sobre administração de vacinas e suporte básico de vida, reconhecida pela Ordem dos Farmacêuticos.

Durante todo o meu período de estágio, tive inúmeras oportunidades de realizar a determinação dos parâmetros bioquímicos bem como da pressão arterial, o que permitiu não só aperfeiçoar a minha técnica, mas também compreender qual o aconselhamento mais indicado a conceder em cada situação que me surgia.

8. Rastreios

Considerando que a FSC se encontra inserida no Grupo Pharma N, durante o meu período de estágio tive a oportunidade de participar em dois rastreios promovidos pela Farmácia Barreiros (FB) em conjunto com outras estruturas. Assim, a minha primeira participação foi numa ação promovida pela FB no Agrupamento de Escolas da Carolina Michaelis, a propósito do dia mundial da saúde, tendo sido realizado rastreio cardiovascular, rastreio visual, medição de pressão arterial. A segunda participação foi no Almoço Anual dos Trabalhadores da Câmara Municipal do Porto (CMP), promovido no CCD – Centro Cultural e Desportivo da CMP, onde tive a oportunidade de realizar, uma vez mais, rastreio cardiovascular, e considerando o mês em que foi realizado (junho), foi também feito aconselhamento acerca da proteção solar.

9. Intervenção “*Hospitals and Health Centers in Porto*”

Considerando o grande público-alvo da FSC – turistas – e os períodos em que tive oportunidade de estar ao balcão da FSC, verifiquei que era frequente os turistas necessitarem de um médico, fosse por necessitar de um MSRM que tomasse habitualmente e não tinha consigo naquele momento, fosse por estar numa situação em que a observação por um médico fosse imprescindível, ou necessitarem de outro tipo de cuidados que a FSC não disponibilizava.

Assim, e por perceber que existia sempre alguma dificuldade em aconselhar qual o local ideal onde se deviam dirigir, ou explicar como chegar ao hospital mais próximo devido a barreiras linguísticas, decidi criar um panfleto intitulado “*Hospitals and Health Centers in Porto*” (*Anexo I*), redigido em inglês, que pudesse ser dado a esses clientes nesses momentos. Assim, o panfleto apresenta algumas opções às quais podem recorrer consoante a situação em que se encontram, bem como contempla indicações de como chegar ao local.

PARTE II – TEMAS DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO

PROJETO I – Sensibilização para Interações Medicamentosas e Administração de MNSRM de uso frequente, em contexto de Lares de Idosos

1. Enquadramento Geral

O envelhecimento da população em Portugal tem sido cada vez mais notório, sendo que este facto torna-se verdadeiramente chocante pela comparação do índice de envelhecimento no ano de 2000 – 101,6 – com o do ano de 2018 – 157,4 – sendo este índice indicador do número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos.²⁰ A acompanhar este indicador encontra-se o aumento da esperança de vida à nascença, que tem vindo a aumentar com o passar de cada ano.²¹ Assim, é lógico afirmar que esta temática trará novos e constantes desafios à sociedade e ao sistema de saúde de forma a que sejam assegurados os melhores e mais adequados cuidados de saúde a esta população. Para além disso, prevê-se também que a população com 65 anos ou mais encontre, cada vez mais, obstáculos no acesso aos cuidados de saúde que lhes são necessários.²²

Ainda inserido neste quadro, surge o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas que implicam o crescente e contínuo uso de medicamentos, pois estes oferecem maior probabilidade de sobrevivência quando comparado com outros tratamentos. Consequentemente, a maioria da população idosa é polimedicada, sendo considerado polimedicação no caso de tomar cinco ou mais medicamentos.^{23, 24} É ainda de considerar que à medida que o organismo envelhece, vão ocorrendo mudanças a nível fisiológico que determinam mudanças na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos administrados, facto que aliado à polimedicação, aumenta a probabilidade de ocorrência de interações medicamentosas bem como de reações adversas aos medicamentos (RAM).²⁴ Para além disso, é natural que existam alterações a nível comportamental, psicológico e social, que dependendo das circunstâncias e contexto social e familiar em que este se insere, pode tornar a automedicação um processo complicado e *self endangering*. Este facto pode ser comprovado através de estudos que demonstram que o risco de hospitalização em doentes crónicos que não tomam corretamente a medicação é duas vezes superior quando comparados com aqueles que a tomam corretamente.²⁵

Assim, e após a exposição da reflexão acima, torna-se evidente que em certos casos o acompanhamento ao idoso é crucial e de extrema importância, sendo uma forma de realizar este acompanhamento através dos Cuidados Domiciliários, que “*podem ser definidos como o conjunto de actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, através de um conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições.*”²⁶ Estas instituições apresentam, geralmente, equipas com formação para lidar e gerir os problemas que os idosos apresentam. Neste caso em particular, a ação foi realizada no Centro Social e Paroquial da Sé (CSPS), sendo que a maioria dos funcionários do lar são cuidadores formais, mas que não possuem formação específica nesta área. Assim, foi do meu entender que seria interessante realizar uma ação que sensibilizasse os cuidadores do CSPS para as temáticas das Interações

Medicamentosas, bem como a Administração de Medicamentos de uso mais frequente, não sujeitos a receita médica, para casos esporádicos que assim o exijam, isto é, para tratar problemas de saúde menores (*Anexo II*). A apresentação contou ainda com uma breve referência à importância de “cuidar do cuidador”, derivado da problemática do “*burning out*” em cuidadores formais, e da prevalência e relevância que este problema tem vindo a ganhar nos últimos tempos.²⁷

2. Interações Medicamentosas

Uma interação medicamentosa (IM) pode ser definida como um “*evento clínico em que os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, alimento, bebida ou algum agente químico ambiental.*”²⁸ e sabendo que a grande parte dos idosos são polimedicados, aqueles que tomam cinco medicamentos apresentam um risco de 58% de sofrer uma IM, sendo que quando se verifica a toma de sete ou mais medicamentos, este valor passa para os 82%.²⁹ No entanto, o processo de prever e detetar uma IM não será assim tão fácil, uma vez que está dependente de fatores como a variabilidade genética de um indivíduo, e no caso específico da população idosa, torna-se um pouco mais complexo, resultado dos processos de senescência naturais.^{28, 30} Apesar desta dificuldade, existe relatos de medicamentos que são potencialmente interativos, e dado que os farmacêuticos são os profissionais de saúde especialistas no medicamento é importante realizar ações no sentido de prevenir eventos decorrentes de combinações terapêuticas potencialmente perigosas.²⁹

Os alimentos e nutrientes são também capazes de interagir com medicamentos, sendo esta problemática de particular relevância uma vez que a maior parte dos medicamentos são administrados por via oral. Para além disso, os nutrientes e fármacos partilham frequentemente mecanismos de absorção semelhantes, e por isso, apresentam um local principal de competição: o trato gastrointestinal. Deve ser ainda tido em conta que, o consumo de determinados alimentos poderá afetar a biodisponibilidade dos fármacos e consequentemente interferir no alcance dos objetivos terapêuticos.³⁰

Na apresentação em questão, foram escolhidas quatro classes de fármacos a abordar, sendo que foram explanados de forma mais completa substâncias específicas dentro dessas classes que são de uso mais frequente por parte dos idosos da CSPA. Assim, e considerando que estudos demonstram que existe prevalência no uso dos seguintes grupos de medicamentos pelos idosos – analgésicos, anti-inflamatórios e psicotrópicos³¹ – neste trabalho foram abordados os fármacos/grupos de fármacos abaixo referidos:

- Paracetamol;
- Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE);
- Benzodiazepinas;
- Anti hipertensores, nomeadamente os Antagonistas dos Recetores de Angiotensina (ARA).

Após a escolha dos fármacos/grupo de fármacos a abordar, e seguindo a linha de pensamento até então descrita, foram novamente escolhidos compostos com os quais esses fármacos interagem, que sejam de uso mais frequente por parte da população em questão. A classificação de cada interação medicamentosa, foi feita com base nos critérios da *drugs.com*, dividindo as interações em “*major*”, “*moderate*” e “*minor*”³⁴ (*Anexo III*).

2.1. Interações com Paracetamol

2.1.1. Metotrexato

Apesar das doenças reumáticas terem um início precoce, elas são crônicas “e, por isso, a sua prevalência aumenta inexoravelmente com o envelhecimento da população”.³² Um dos tratamentos mais comuns para pacientes com artrite reumatoide é a administração de *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARD's), tais como o metotrexato, no entanto, esta opção nem sempre se revela suficiente para o controlo da dor associada à condição, e por isso é frequente o uso concomitante com outros analgésicos ou anti-inflamatórios, tais como paracetamol e AINE's, por parte destes pacientes.³³

A interação do metotrexato com paracetamol é classificada como “*moderate*” pela *drugs.com*: existem evidências de que o uso de doses elevadas de metotrexato ou o uso prolongado deste medicamento está associado com hepatotoxicidade, e quando utilizado em conjunto com outros agentes que também induzem hepatotoxicidade, tais como o paracetamol, pode potenciar-se o risco de dano hepático.³⁴ Assim, e se possível, a associação destes dois medicamentos deve ser evitada ou feita de forma controlada.

2.1.2. Prilocaína

O uso de anestésicos locais por parte da população idosa, em particular o uso da prilocaína com lidocaína, Emla® (Aspen Pharma Trading Ltd), tem interesse no que diz respeito à anestesia tópica de úlceras para facilitar o desbridamento e anestesia tópica prévia à inserção de agulhas, por exemplo, para colocação de cateteres.³⁵ No caso da substância prilocaína, sabe-se que esta é capaz de causar metahemoglobinemia – isto é, níveis aumentados de metahemoglobina, uma forma não oxidada e que não se liga ao oxigénio, da hemoglobina – sendo que esta consequência será dependente da dose administrada.³⁶ Sabendo que o paracetamol também é capaz de induzir metahemoglobinemia, estas duas substâncias, se usadas em conjunto, podem aumentar o risco de indução da condição.³⁷ Sabe-se também que uma mistura eutética de lidocaína e prilocaína, como é o caso do Emla®, quando aplicado em pele não danificada em adultos, é pouco extensamente absorvido, no entanto, a administração repetida de baixas doses pode levar a uma metahemoglobinemia clinicamente evidente, e consequentemente originar cianose.^{36, 37} No caso de existir uma associação de Emla® com paracetamol, aconselha-se a que os cuidadores tenham em atenção aos sinais e sintomas que os pacientes possam apresentar, tais como coloração azul-acinzentada nas mucosas bucais, lábios ou unhas; náuseas; tonturas entre outros, pois caso se verifique algum dos sinais descritos na literatura, o paciente deverá obter atenção médica imediata. Daí que a interação da prilocaína com o paracetamol seja classificada como “*major*”.³⁷

2.1.3. Álcool

Embora o consumo de álcool seja geralmente controlado em lares de idosos e exista uma redução do consumo de álcool com o envelhecimento, esta substância foi abordada pois as interações medicamento-álcool podem ocorrer mesmo com ingestão de pequenas quantidades de bebida.³⁸ Para

além disso, a abordagem desta interação neste caso em concreto pode ter particular interesse, uma vez que as cuidadoras do CSPS também realizam cuidados ao domicílio, sendo que na maioria destes casos, o consumo de álcool não é controlado.

No caso específico paracetamol – álcool, esta interação é classificada como “*major*”, pois quando existe um consumo excessivo de álcool, este leva à indução de enzimas microsomias hepáticas, resultando num metabolismo acelerado do paracetamol e aumento na produção dos metabolitos tóxicos.³⁹ Assim, a administração de paracetamol pode ser adequada caso haja um consumo moderado de álcool, ou seja, se houver um consumo médio de 3 bebidas alcoólicas por dia, ainda assim nestes casos deve ser ressalvado o facto de que não deve ser ultrapassada a dose máxima diária recomendada de paracetamol, isto é, 4 gramas por dia.³⁹

2.2. Interações com Anti-Inflamatórios Não Esteroides e algumas contra-indicações

Neste tópico, para além de ter sido esclarecida uma interação medicamentosa, foram também descritas contra-indicações destes fármacos com as seguintes doenças: Hipertensão Arterial, Asma e Trombose. É importante esclarecer que apesar da toma de AINE's nestas doenças não ser classificada como uma interação medicamentosa, as mesmas serão abordadas e esclarecidas abaixo pela relevância que tem no contexto deste trabalho, isto porque, para além do facto destas doenças terem uma determinada prevalência na população idosa, esta é uma população que se apresenta mais sensível perante estes problemas de saúde e suas consequências. Assim, foi do meu entender que seria essencial abordar estas contra-indicações junto da equipa do CSPS.

Um estudo realizado por Midões C. (2012) em Idosos no Concelho de Macedo de Cavaleiros, com uma amostra de 290 indivíduos e um intervalo de confiança de 95%, analisou a perceção que a amostra tinha sobre o seu estado de saúde, e se estes sofriam de algum problema de saúde ou doença crónica, bem como se estariam a tomar alguma medicação regular para tratar esse mesmo problema. Os resultados encontram-se na *Tabela 3*, sendo possível observar que a “*Hipertensão*” foi um dos problemas de saúde mais referidos e consequentemente o problema com mais destaque a nível de toma de medicação regular.²⁵ Em suma, considerando que a toma de AINE's é bastante frequente na faixa populacional idosa, que estes são mais sensíveis aos efeitos secundários dos AINE's e que o tratamento com estes medicamentos deve ser feito de forma cuidadosa, foi abordada a contra-indicação AINE – hipertensão.⁴⁰ Além disso, e apesar do “*AVC/trombose*” e da “*Asma/bronquite*” terem sido problemas de saúde pouco referenciados nesse mesmo estudo²⁵, quando tomados AINE's na presença destas condições podem ser originadas contra-indicações classificadas como “*major*” pela *drugs.com*.

Tabela 3. Número de idosos que referem ter (ou não) a doença indicada, e número de idosos a consumir medicamentos para essas mesmas doenças (Adaptado de ²⁵)

Patologia	Idosos que referem ter a patologia, de um total de 290 indivíduos (nº)		Idosos a consumir medicamentos para a respetiva doença (nº)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
AVC/Trombose	32	258	26	264
Asma/Bronquite	26	264	20	270
Hipertensão	137	152	136	154

É de referir também que, para abordar esta classe de fármacos, foram utilizadas referências relativas a quatro medicamentos: ibuprofeno, diclofenac, naproxeno e aspirina.

2.2.1. Álcool

A interação de AINE's com álcool é classificada como “*moderate*” pela *drugs.com*: o consumo de AINE's em conjunto com álcool pode aumentar o tempo de hemorragia e predispor à hemorragia gástrica e inflamação.³⁸ Este efeito pode ser devido a uma diminuição na produção de prostaglandinas originando assim uma diminuição na integridade do revestimento do trato gastrointestinal. É por isso importante que o indivíduo em questão seja aconselhado a evitar o consumo de álcool durante a toma de AINE's.^{41, 42, 43, 44}

2.2.2. Hipertensão Arterial

As prostaglandinas exercem um papel fundamental na regulação da pressão arterial, nomeadamente na hemodinâmica renal, no transporte de iões e na síntese de hormonas renais. O rim apresenta mecanismos de vasoconstrição e vasodilatação: o tromboxano A2 e a prostaglandina H2 exercem um efeito hipertensor, através de efeitos vasoconstritores e diminuição do fluxo sanguíneo renal; por outro lado a prostaciclina e prostaglandina E2 contrapõem estes efeitos, uma vez que exercem um efeito vasodilatador, originando assim uma diminuição no fluxo renal. Para além destes efeitos, as prostaglandinas também influenciam a libertação de renina, sendo que esta última irá originar um aumento na produção de aldosterona e angiotensina II. No caso de existir hipertensão, a atividade do sistema nervoso simpático e a atividade do sistema renina – angiotensina – aldosterona estão muitas vezes aumentadas. De forma a existir um balanço entre os mecanismos de vasoconstrição e vasodilatação nos rins, é necessário que o aumento da síntese das prostaglandinas esteja ativo. No entanto, a presença de AINE's inibe este mecanismo compensatório originando um consequente aumento dos mecanismos vasoconstritores e, portanto, existirá um aumento, ainda maior, da pressão arterial. O mecanismo pelo qual este fenómeno acontece ainda não se encontra totalmente esclarecido, no entanto, acredita-se que o mecanismo mais provável seja pela inibição da cicloxigenase e consequente inibição da síntese de prostaglandinas.⁴⁰

Assim, caso o utente em questão esteja a realizar um tratamento com AINE's, oral ou tópico, é necessário monitorizar a pressão arterial com bastante atenção, e por isso, a *drugs.com* classifica esta contra-indicação como "*moderate*".^{41, 42, 43}

2.2.3. Asma

Estima-se que 10% dos doentes que têm asma padeçam também de asma induzida por aspirina (AIA) caracterizada como uma doença inflamatória das vias aéreas, contínua e agressiva, associada ao agravamento da asma e rinite após a toma de aspirina e da maioria de outros AINE's, uma vez já ter sido descrita sensibilidade cruzada entre a aspirina e AINE's.^{45, 46, 47, 48, 49} Esta condição é também caracterizada por polipose nasal, pansinusite e eosinofilia. Assim, pacientes que apresentem AIA devem evitar tomar qualquer tipo de AINE, sendo que em pacientes com asma, caso seja necessário recorrer a este grupo farmacoterapêutico, a administração deverá ser feita de forma cuidadosa, com monitorização ao longo do tratamento. No entanto, é crucial verificar se existe algum registo por parte do paciente relativamente a uma potencial hipersensibilidade a alguma destas substâncias. Considera-se que sais de salicilato, salicilamida ou paracetamol sejam alternativas apropriadas nestes casos, uma vez que a sensibilidade cruzada para estes casos revelou ser baixa.^{46, 47, 48, 49}

2.2.4. Trombose

O uso de AINE's pode estar associado ao aumento do risco de eventos cardiovasculares trombóticos, como por exemplo, enfarte do miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral, podendo estes eventos revelarem-se fatais. Estudos clínicos realizados com vários AINE's seletivos para a cicloxigenase-2 (COX-2) bem como AINE's não seletivos para a COX-2 demonstraram que o risco parece aumentar com a duração do consumo. Apesar do facto que nem todos os AINE's terem sido estudados, esta parece ser um efeito comum à classe toda, e os efeitos causados por AINE's seletivos para a COX-2 serão similares aos não seletivos. Assim, tratamentos com AINE's devem ser administradas com cautela em pacientes que apresentem historial de doenças cerebrovasculares ou cardiovasculares, bem como o tratamento deverá ser feito com a dose efetiva mais baixa durante menor tempo possível.^{46, 47, 48}

2.3. Interações com Benzodiazepinas

Uma vez que Portugal é um dos países que mais consome benzodiazepinas e os seus análogos, e que a maior parte dos utentes do SNS aos quais foram dispensadas benzodiazepinas, no ano de 2016, foram mulheres entre os 55 e 79 anos de idade, foi do meu entender que esta também seria uma classe de fármacos importante a abordar.⁵⁰ A utilização destes medicamentos deve ser limitada no tempo⁵⁰, no entanto, e da minha experiência ao balcão na FSC pude verificar que em muitos casos os utentes faziam este tipo de medicação de forma contínua no tempo.

Um estudo realizado pela Direção de Informação e Planeamento Estratégico, no período de 2015 e 2016, demonstrou que as três benzodiazepinas mais utilizadas em Portugal eram o alprazolam,

o lorazepam e o diazepam (Tabela 4).⁵⁰ Assim, as referências utilizadas para abordar este tópico consideraram sempre as três substâncias referidas.

Tabela 4. Top 3 das Benzodiazepinas mais utilizadas em Portugal, em 2015 (Adaptado de ⁵⁰)

Substância ativa	Classificação	DHD – Dose diária definida por 1000 habitantes por dia
Alprazolam	Benzodiazepina Ansiolítica de Ação Intermédia	23,7
Lorazepam	Benzodiazepina Ansiolítica de Ação Intermédia	16,9
Diazepam	Benzodiazepina Ansiolítica de Longa Ação	9,2

2.3.1. Álcool

Durante um tratamento com benzodiazepinas, a ingestão aguda de álcool deve ser evitada uma vez que pode ser potenciado o efeito depressor a nível do SNC e outros efeitos, tais como prejuízo nas capacidades psicomotoras. É importante realçar que o consumo crónico de álcool pode levar ao desenvolvimento de tolerância. Acredita-se que este efeito se dê pela diminuição da *clearance* das benzodiazepinas por inibição da enzima hepática CYP450.^{51, 52, 53}

2.3.2. Cafeína

Com este composto verificou-se apenas existir interação no caso do diazepam, mais precisamente, um estudo verificou que quando o diazepam era administrado simultaneamente com cafeína, os níveis plasmáticos sofriam uma redução de 22%. Assim, e neste caso em concreto, os cuidadores devem estar em alerta para a eventualidade dos hábitos de consumo de cafeína de algum idoso se alterar, pois assim a eficácia da terapia com diazepam pode ficar comprometida.⁵¹

2.3.3. Tramadol e codeína

O tramadol e a codeína são medicamentos utilizados para o tratamento de dor moderada a severa e ligeira a moderada, respetivamente, sendo que a codeína é geralmente utilizada pelo seu efeito antitussivo.^{54, 55}

No caso de utilização concomitante de benzodiazepinas com tramadol, e sendo este medicamento um opiáceo de ação central, esta combinação pode resultar em sedação profunda, depressão respiratória, coma ou até morte. Assim, o tratamento com opióides deve ser geralmente, evitado, a não ser que a alternativa se demonstre inapropriada. Caso se verifique administração destes fármacos em conjunto, o paciente deverá ser monitorizado com cautela para verificação de potenciais sinais ou sintomas que indiquem uma eventual depressão respiratória.^{56, 57, 58} Sendo a codeína um derivado opiáceo que também possui ação central, se utilizado em conjunto com benzodiazepinas, os efeitos decorrentes dessa combinação são semelhantes aos descritos acima pelo uso de tramadol com benzodiazepinas. Assim, esta combinação deverá também ser evitada.^{59, 60, 61}

Pelas razões acima apresentadas, a interação de benzodiazepinas com tramadol e codeína são classificadas como “*major*” pela *drugs.com*.

2.4. Interações com Anti hipertensores, nomeadamente os Antagonistas dos Recetores de Angiotensina II (ARAI)

Um estudo realizado no âmbito do trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, da Direção-Geral da Saúde, intitulado “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013”, demonstrou que os anti hipertensores mais prescritos tanto no sexo feminino como no sexo masculino foram os ARAII (*Anexo IV*) e que, na faixa etária dos ≥ 65 anos, os ARAII também foram a classe de anti hipertensores mais prescrita (*Anexo V*).⁶²

As referências utilizadas para abordar este tópico foram as das seguintes substâncias ativas: valsartan, losartan e candesartan, sendo que ambas as interações abordadas abaixo foram classificadas como “*moderate*” pela *drugs.com*.^{63, 64, 65}

2.4.1. Sal com potássio e suplementos com potássio

Deve ser prestada atenção a pacientes que façam farmacoterapia com ARAII e que tenham uma dieta com elevado conteúdo de potássio, sendo dada particular relevância a ingestão de sal com potássio, substitutos de sal com potássio e suplementos que contenham este elemento, uma vez que os ARA II podem causar hipercalemia através da inibição da secreção de aldosterona induzida pela angiotensina II. São fatores de risco agravantes para esta situação diabetes, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou desidratação. No que diz respeito ao consumo de suplementos, estes não devem ser feitos sem o aconselhamento médico ou farmacêutico.^{63, 64, 65}

2.4.2. AINE's

Quando existe a utilização de AINE's em simultâneo com ARAII pode existir uma atenuação dos efeitos anti hipertensores desta medicação. Apesar dos dados científicos serem limitados, acredita-se que o mecanismo pelo qual isto acontece é pela inibição da síntese renal de prostaglandinas induzida pelos AINE's, sendo que estes últimos são também capazes de causar retenção de fluídos, que por sua vez também afetará a pressão arterial. É por isso importante fazer uma monitorização dos níveis de pressão arterial quando existir tratamento com AINE's, para garantir que não haja uma deterioração da função renal, que pode ser agravada em idosos.^{66, 67, 68}

3. Administração de MNSRM de uso frequente

A automedicação e o consumo de MNSRM é uma realidade que tem ganho cada vez mais destaque, não só pelo facto de dar mais autonomia às populações sobre a sua própria saúde, mas também porque a sua acessibilidade é cada vez maior.^{69, 70} Os MNSRM não são sujeitos a prescrição médica, tal como o nome indica, e destinam-se a tratar problemas de saúde comuns tais como dores ou constipações.⁷⁰ A utilização destes medicamentos apresenta também outras vantagens, pois uma vez que os MNSRM podem ser utilizados sem ser necessário recorrer a uma consulta médica, poupa-se tempo, recursos e custos associado ao tratamento de doenças ligeiras.⁶⁹ No entanto, o processo de

automedicação não é totalmente seguro, pois para além de poder levar à dependência do consumidor, os MNSRM apresentam riscos associados, ainda que, geralmente, sejam limitados. Para além disto, se não for feito um uso racional de MNSRM podem ocorrer interações medicamentosas ou, noutra perspetiva, poderá retardar-se o diagnóstico de uma doença.⁷⁰

Um estudo realizado com o objetivo de determinar quais os fatores que contribuem para o consumo de MNSRM em Portugal, em 2015, demonstrou que o maior consumo de MNSRM foi para as dores, seguida das constipações, sendo que os medicamentos para o estômago e alergias também foram referidos, ainda que em menor percentagem (*Anexo VI*).⁷⁰

Pela reflexão apresentada acima, pode-se concluir que se torna importante a existência da educação da população no sentido da utilização correta e racional destes medicamentos, sendo que os profissionais de saúde têm um papel fundamental a exercer neste âmbito. De facto, os farmacêuticos comunitários são aqueles *“que se encontram mais próximos do doente e com o qual este mais se relaciona para a escolha do medicamento mais adequado para o alívio das queixas que sente e que pretende tratar.”*⁶⁹ Por estas razões, considere importante esclarecer junto da equipa do CSPS como deve ser feito o uso racional deste tipo de medicamentos, abordando tópicos como: em que situações devem ser utilizados e a forma correta como se administram. Assim, as categorias de medicamentos tratados nesta parte do trabalho foram as seguintes:

- AINE's;
- Antidiarreicos;
- Anti-histamínicos;
- Antiácidos e protetores da mucosa gástrica.

3.1. AINE's

No que diz respeito à administração de **Brufen®**, 200 mg e 400 mg, estes são geralmente indicados para tratamento de dores de intensidade ligeira a moderada, sendo que o tratamento deverá ser de menor duração possível. O Brufen® 200 mg e Brufen® 400 mg devem ser tomados da seguinte forma: um comprimido, três vezes ao dia, portanto, de 8 em 8 horas, e preferencialmente após as refeições para evitar irritações gástricas.^{71, 72} Apesar do Brufen® 600 mg não ser um MNSRM, mas sim um MSRM, foi abordado de igual forma, pois a toma desta dosagem também é frequente, sendo que neste caso, a posologia será de um comprimido de 12 em 12 horas.⁷³ Convém referir que, com qualquer uma das dosagens acima referidas, não devem ser ultrapassadas as 1200mg diárias, e que o comprimido deve ser tomado inteiro com água.^{71, 72, 73}

Relativamente ao **Voltaren 25®** 25 mg, cápsulas moles – único MNSRM com a substância ativa diclofenac de administração oral, sólida – este deve ser administrado a cada 4 ou 6 horas. Preferencialmente, este medicamento deve ser tomado em jejum para garantir um início de ação rápido e uma taxa de absorção máxima, por isso, e considerando os efeitos secundários dos AINE's a nível gastrointestinal, deve ser considerado a administração prévia de agentes protetores, tais como inibidores da bomba de prótons, de forma a reduzir este risco. Em idosos, deve ser administrada a menor dose eficaz possível, em particular em idosos com baixo peso corporal ou prostrados.⁷⁴

3.2. Antidiarreicos

Os antidiarreicos, neste caso o **Imodium Rapid®** e **Imodium Plus®**, são indicados no tratamento de episódios de diarreia, agudos ou crônicos. Considera-se existir diarreia se as fezes forem 60 a 90% água, e a quantidade de fezes produzidas por dia for superior a 200 gramas.⁷⁵ A substância ativa de ambos os medicamentos são o cloridrato de loperamida a 2mg, sendo que o Imodium Plus® contem também 125mg de simeticone, uma vez que este MNSRM é indicado para tratamento de episódios diarreicos associados a desconforto abdominal causado por gases ou flatulência. A posologia será a mesma nos dois casos: 2 comprimidos na primeira toma e 1 comprimido após cada dejeção diarreica. No caso do Imodium Rapid® os comprimidos são orodispersíveis, e por isso não é necessária deglutição com água. A dose máxima é de 8 comprimidos por dia. No caso do Imodium Plus®, os comprimidos devem ser tomados com água, e a dose máxima diária é de 4 comprimidos por dia. Não foi descrita nenhuma advertência particular em idosos.^{76, 77}

3.3. Anti-histamínicos

Com base na minha experiência ao balcão na FSC, verifiquei que era frequente o pedido ou dispensa de anti-histamínicos, assim, e considerando aqueles que eram mais vendidos, decidi abordar o **Cetix®**, **Aerius®** e **Telfast 120®**. As substâncias ativas de cada um são, respetivamente, cetirizina, desloratadina e fexofenadina, sendo os três classificados como anti-histamínicos H1 não sedativos. O Cetix® e o Telfast 120® são MNSRM, no entanto o Aerius® é MSRM, mas os três são igualmente indicados para o alívio dos sintomas associados à rinite alérgica sazonal. A posologia recomendada, para qualquer um deles, é de um comprimido, uma vez por dia, preferencialmente tomado antes de uma refeição.^{78, 79, 80}

No caso do Cetix® e Aerius®, estes são medicamentos desaconselhados em doentes renais graves, o que pode ser relevante considerando os pacientes com os quais o público da apresentação trabalha.^{78, 79, 80} É também relevante referir que o Telfast 120® não deve ser tomado com grandes quantidades de sumo de laranja, maçã ou toranja, uma vez que estes diminuem a biodisponibilidade oral da fexofenadina.⁸¹

3.4. Antiácidos e protetores da mucosa gástrica

Neste tópico foi abordado o **Kompensan®**, enquanto antiácido, e o **Gaviscon®**, enquanto protetor da mucosa gástrica. O Kompensan® está indicado no alívio de perturbações gastrointestinais, como pirose e enfartamento, sendo que o Gaviscon® está mais indicado em situações de refluxo gastroesofágico. Não estão descritos nenhuns cuidados específicos com idosos, e a posologia para o Kompensan® e o Gaviscon®, respetivamente, um a dois comprimidos entre as refeições ou ao deitar, sendo a dose máxima diária recomendada oito comprimidos por dia; e dois a quatro comprimidos após as refeições ou ao deitar, até quatro vezes ao dia.^{82, 83}

4. Considerações finais

A polimedicação não é um evento necessariamente mau, nem deve ser visto como tal, uma vez que muitas vezes se revela necessário. É de considerar que o uso de menos medicamentos nem

sempre significa um melhor tratamento para o paciente, bem como o uso de muitos medicamentos nem sempre implica um “*over treatment*”.⁸⁴ Um estudo realizado em Idosos no Concelho de Macedo de Cavaleiros concluiu que o consumo de medicamentos é quase sempre maior em idosos institucionalizados, facto esse que poderá estar relacionado com o maior controlo dos fatores de risco, e consequentemente resultar em tomas mais regulares de medicamentos.²⁵ O facto de que vários idosos são, por vezes, tratados simultaneamente por diferentes médicos, que por sua vez não sabem a medicação habitual que estes fazem, resulta em problemas associados ao medicamento e em consequência, efeitos retroativos na sua saúde. Não se pode esquecer que, para além do referido, há um grande consumo de medicamentos “*over the counter*” (OTC) por parte dos idosos.⁸⁴ Assim, as preocupações aumentam-se e com isto reafirma-se o papel do farmacêutico, não só enquanto especialista do medicamento²⁴, e que portanto pode ajudar a prevenir estas situações, mas também como elemento promotor da saúde na sociedade.

Esta formação, realizada aos cuidadores da CSPS, foi precisamente uma intervenção realizada no sentido de colmatar possíveis e eventuais falhas de conhecimento por parte da equipa nesta área. Durante a apresentação pude verificar que as cuidadoras estavam interessadas e curiosas em relação ao tema, dado que, para algumas delas foram tratadas situações com as quais não lidam apenas no trabalho, mas também na sua vida pessoal. Para além disso, no final da apresentação algumas solicitaram o ficheiro para que pudessem recorrer ao mesmo em caso de dúvidas, e também para que pudessem aceder ao “Manual dos Cuidadores” disponibilizado no *link* no último *slide*, que apresenta soluções e propostas que ajudam os cuidadores a lidar com o stress do seu dia-a-dia. (*Anexo II*)

PROJETO II – Seguimento Farmacoterapêutico

1. Enquadramento geral e Objetivo

Os medicamentos são utilizados com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população, quer sejam utilizados com o objetivo de cura ou de controlo de sintomas e consequências de doenças de que padeçam. Este objetivo justifica o facto de que cada vez mais são utilizados medicamentos, e torna indispensável que estes sejam eficazes e seguros, para além de apresentarem qualidade. No entanto, o resultado da utilização de determinado medicamento nem sempre é positivo.⁸⁵ Bem como a adesão à terapêutica nem sempre é a pretendida, e constitui-se como uma das razões mais importantes para a falha na terapêutica.⁸⁶ Se forem realizadas intervenções que melhorem a adesão à terapêutica em grande parte dos países onde os medicamentos são facilmente acessíveis pela maior parte da população, estas intervenções poderão promover um maior impacto na melhoria da saúde da população, quando comparado a uma melhoria em tratamentos específicos.⁸⁶ No que diz respeito a fatores que desencadeiem a não-adesão por parte dos pacientes, deve considerar-se que: deixar de sentir sintomas, falta de confiança na terapêutica, o baixo nível de literacia que certas pessoas evidenciam, ou até mesmo o custo associado à medicação praticam um forte papel neste campo.⁸⁶

No entanto, não podemos esquecer outra perspetiva, aquela que acompanha a evolução demográfica do país. Para além de se verificar um gradual aumento do envelhecimento da população⁸⁷, verifica-se também um aumento da prevalência das doenças crónicas, tornando assim os idosos o grupo da população que mais medicamentos toma. Ora, é comum verificar que a maioria dos idosos são polimedicados, e para além disso, encontram-se muitas vezes prescrições de medicamentos inadequados bem como de dosagens inapropriadas, e ainda associações de medicamentos que promovem IM. Todos estes fatores são capazes de originar reações adversas ao medicamento, por vezes graves e fatais³¹, resultando num internamento e consequente aumento da despesa por parte do SNS.

Assim, e acompanhando a evolução acima descrita, a importância dos Cuidados Farmacêuticos ganha cada vez mais relevância. Este conceito pretende ajudar os pacientes a obter o máximo benefício da sua farmacoterapia⁸⁸, bem como “*detetar, prevenir e resolver as falhas associadas à farmacoterapia*”.⁸⁵ Segundo Vasquez et al. (2004) foram realizados estudos em farmácias comunitárias que demonstram que Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) são um problema com uma prevalência de 70%, problema este que poderia ser evitável através da intervenção de um farmacêutico.⁸⁸ Outro estudo, este realizado por Correr et al. (2013) sobre os diferentes tipos de serviços farmacêuticos clínicos, observou que alguns serviços clínicos mostraram “*resultados positivos sobre vários desfechos de saúde e indicadores de qualidade do processo de uso de medicamentos*”.⁸⁹ Não existem dúvidas de que o profissional de saúde mais adequado para desenvolver este tipo de intervenção será o farmacêutico, não só pela sua formação específica na área dos medicamentos mas também pela sua acessibilidade aos pacientes.⁸⁸

Entre os vários serviços englobados nos Cuidados Farmacêuticos, destaca-se o **Seguimento Farmacoterapêutico (SF)**. O Comité de Consenso (2007), no Terceiro Consenso de Granada define

o SF como “serviço profissional que tem como objetivo detetar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente”.⁸⁵

No seguimento da linha de pensamento descrita acima, é importante contextualizar como resultou a definição mais recente de PRM. No Segundo Consenso de Granada (2002), definiu-se PRM como “problemas de saúde considerados desfechos clínicos negativos, resultantes da farmacoterapia, que, por razões diferentes, ou não atingem objetivos terapêuticos ou produzem efeitos indesejáveis”⁹⁰, bem como se classificaram os PRM’s em seis classes diferentes (Anexo VII). No entanto, e com o passar dos anos, foram realizados estudos que demonstraram que ainda existiriam potenciais PRM’s por explicar, e verificou-se também que o termo PRM era usado muitas vezes na literatura, mas nem sempre com o mesmo significado, e era frequentemente confundido com o termo RMN.⁹⁰

Assim, do Terceiro Consenso de Granada (2007) resultam definições atualizadas, passando o termo PRM a ser definido como “aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”, e o termo RMN como “resultados na saúde do paciente não adequados ao objetivo da farmacoterapia, associados ao uso ou falha no uso de medicamentos.”⁹⁰ Para além disso, foi reconhecido que existem várias causas para originar PRM’s, e por isso foi criada uma lista dos diferentes PRM’s, que não é exaustiva, mas também não é exclusiva e pode ser atualizada consoante for usada na clínica (Anexo VIII).⁹⁰

O *handbook* desenvolvido pela WHO – World Health Organization intitulado “Developing pharmacy practice, a focus on patient care”(2006), aborda as dimensões que devem ser focalizadas na prática da farmácia, nomeadamente os cuidados farmacêuticos, o mesmo refere que “*todos os farmacêuticos deviam assumir responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia dos seus utentes*”.⁹⁰ É de notar que os autores referem também que os cuidados farmacêuticos devem incluir o compromisso emocional do farmacêutico para com o bem-estar os pacientes, pacientes esses que enquanto indivíduos merecem a compaixão, confiança e preocupação dos farmacêuticos. No entanto, acontece que muitas vezes os farmacêuticos não conseguem aceitar esta responsabilidade. Consequentemente, estes profissionais de saúde acabam por não fazer uma monitorização e revisão dos cuidados prestados de forma adequada.⁹¹

Assim, e através do desenvolvimento do “**Guia de Implementação de Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico na Farmácia Santa Catarina, Porto**” (Anexo IX), foi meu objetivo fornecer ao meu local de estágio uma base sólida de trabalho para uma futura implementação de um dos serviços farmacêuticos core – o **Seguimento Farmacoterapêutico** – tal como vimos acima. Uma vez ter verificado durante o meu período de estágio que este serviço não era praticado, mas que, no entanto, dispunha do público e recursos para tal, foi do meu entender que este projeto seria capaz de acrescentar valor não só à farmácia, mas também à minha aprendizagem enquanto futura farmacêutica. É de realçar que o projeto não chegou a ser efetivamente implementado, e, portanto, não foi aplicado

em nenhum doente ou cliente da farmácia, não sendo por isso possível apresentar resultados concretos que derivem da sua implementação.

2. Custo do serviço

Definiu-se que o custo do serviço seria de 10,00€, estando o raciocínio pelo qual se chegou a este valor descrito no guia, na secção “Oferta do serviço” (*Anexo IX*).

Um estudo realizado por Scripcaru et al. (2017) em Portugal, entre os anos de 2004 e 2013, com o objetivo de caracterizar eventos adversos a medicamentos (EAM) e através da utilização de bases de dados de altas dos hospitais do país, verificou que do número total de altas, 133 688 teriam sido EAM, sendo que deste número, 128 604 teriam sido reações adversas a medicamentos, correspondendo assim a uma percentagem de 96% da totalidade de EAM's. Para além disso, verificaram também que os pacientes com mais de 65 anos eram geralmente mais afetados por EAM. O estudo também conclui que este é um problema crescente, e defende que devem ser desenvolvidos mecanismos para evitar estes problemas e suas consequências, nomeadamente morte e custos financeiros associados a estas hospitalizações.⁹²

Outro estudo, realizado por Leendertse et al. (2011) demonstrou que os custos totais associados a admissões hospitalares por ingestão de medicamentos, admissões estas que poderiam ser evitáveis, na Holanda, são superiores a 94 milhões de euros.⁹³

Assim, e considerando que a periodicidade das consultas de SF estabelecida no guia é mensal, e que o valor da consulta é de 10,00€, o gasto anual com o serviço para o utente seria de 120,00€, valor esse que é substancialmente diferente dos que vimos acima. Logo, se o serviço fosse aplicado e fossem obtidos resultados positivos com os utentes que aderissem, então o valor pago pelo serviço por parte dos utentes compensaria os gastos que o SNS teria com potenciais internamentos derivados de RAM ou PRM.

3. Método de Dáder

Existem diferentes metodologias descritas na literatura para realizar o SF, entre elas o **SOAP** (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), **PWDT** (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*), **TOM** (*Therapeutic Outcomes Monitoring*) e **Método de Dáder**.⁹⁴ No meu projeto, decidi utilizar o Método de Dáder, uma vez que este permite realizar o SF de forma sistematizada, contínua e documentada. Em traços gerais, este método baseia-se em obter informação acerca do doente e sobre os seus problemas de saúde, de forma a construir a sua história farmacoterapêutica (HF). Depois, e tendo a HF como base, constrói-se o estado da situação, que por sua vez permitirá fazer uma avaliação da farmacoterapia do doente. Resultante dessa avaliação, é o plano de atuação que deve ser realizado com o doente, onde se registará todas as intervenções farmacêuticas apropriadas para a melhoria ou preservação do estado de saúde do doente.⁸⁵ No guia apresentado, encontra-se desenvolvida, de forma pormenorizada, cada fase deste método. (*Anexo IX*)

Quando comparado o método de Dáder com o de SOAP, verifica-se que este último não utiliza documentação específica, e por isso obriga a que o profissional que estiver a realizar o SF tenha mais

experiência, pois não existe um guia para assessorar no processo. Este facto poderia revelar-se um obstáculo à implementação do serviço em causa na FSC, uma vez que alguns farmacêuticos ainda são jovens e não possuem muitos anos de experiência. Por outro lado, verifica-se que o método TOM é voltado para doenças específicas, e por isso existe um risco de não considerar o doente de forma integral. Já o método PWDT, apresenta a parte da oferta de cuidados ao utente muito bem desenvolvida, e de forma semelhante ao método de Dáder, pretende facilitar o processo de aprendizagem de realização de SF por parte dos profissionais que o praticam.⁹⁴

No estudo realizado por Vasquez et al. (2004), e com os resultados obtidos – 85,6% das intervenções propostas foram aceites e 81,6% dos problemas de saúde que a amostra apresentava foram resolvidos – pode-se concluir que o Método de SF de Dáder é um método eficaz para a prevenção e resolução dos PRM's. Esta é também uma metodologia relativamente simples, a qual foi possível implementar na estrutura da farmácia, não implicando alterações significativas na sua organização.⁸⁸ Revelaram-se como dificuldades à implementação do serviço na farmácia o desconhecimento do conceito de SF e falha no desenvolvimento de estratégias de comunicação com outros profissionais de saúde.⁸⁸ Esta primeira dificuldade vai de encontro ao desenvolvido no guia, uma vez que é salientado a importância de explicar o que é que o serviço pretende e em que consiste, no momento da sua oferta.

Outro ponto que devo destacar relativamente à escolha deste método, prende-se com a “*evidence based-pharmacy*”⁹¹: as intervenções realizadas pelos farmacêuticos não podem ser baseadas na opinião do individuo, nem em experiência pessoal, mas sim, apoiadas em informação científica resultante de pesquisas intensivas, e essa informação deverá ser sempre adaptada às circunstâncias de cada paciente.⁹¹ Ora, a “fase de estudo” do Método de Dáder defende precisamente este conceito, pois todas as decisões clínicas tomadas no sentido de melhorar ou preservar o estado de saúde do doente, deverá ser feita com base em informação científica, credível e atualizada.⁸⁵

4. Considerações finais

Em suma, e após tudo o que foi descrito acima, torna-se evidente que a vantagem da implementação de serviços farmacêuticos supera os obstáculos. Não devemos esquecer os mesmos acrescentam valor não só à classe profissional dos farmacêuticos, mas também à comunidade em que os mesmos se encontram inseridos. Para além disso, pratica-se hoje em dia o “*patient centered health-care*” que tem como foco identificar e atender às necessidades dos utentes.⁹¹ Ademais, existe um conceito básico subjacente a todas as práticas e serviços farmacêuticos: o de garantir a qualidade de atendimento aos pacientes.⁹¹

No que diz respeito à minha aprendizagem, posso afirmar que este projeto contribuiu, em larga escala, para que eu assimilasse conceitos, do meu ponto de vista, *core* na prática da farmácia comunitária. São exemplos destes conceitos: as capacidades de comunicação de um farmacêutico, pois através de um diálogo empático e assertivo com o paciente, é possível empoderar este último para que compreenda que é capaz de gerir a sua própria saúde⁹¹; e a valorização dos cuidados farmacêuticos bem como os efeitos que estes podem ter não apenas na saúde de um só individuo, mas

visto de uma perspectiva maior, na sociedade em geral, e na comunidade em que o agente que presta o serviço se encontra inserido.

CONCLUSÃO FINAL

O estágio curricular é, sem dúvida, uma experiência marcante e desafiante no percurso de qualquer estudante do MICF, e o meu estágio na Farmácia de Santa Catarina foi definitivamente um marco na minha vida profissional, e pessoal.

Através deste estágio tive a oportunidade de compreender aquilo que verdadeiramente significa ser farmacêutico comunitário, e como as nossas ações podem impactar, tanto positivamente como negativamente, a vida das pessoas. Não poderei deixar de agradecer à equipa da FSC pelas constantes oportunidades de aprendizagem e contínuo acompanhamento, sem dúvida contribuíram para que eu ganhasse gosto pela farmácia de oficina e para que eu me esforçasse continuamente para acompanhar os desafios que iam aparecendo todos os dias.

Agora sim, começa o verdadeiro desafio: a entrada no mercado de trabalho, e este estágio ajudou-me, indubitavelmente, a compreender o que pretendo fazer daqui para a frente, e acima de tudo contribuiu para o meu amadurecimento profissional.

BIBLIOGRAFIA

[1] **ORDEM DOS FARMACÊUTICOS:** *Estudo da empregabilidade: do ensino à profissão farmacêutica.*

Acessível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/of-estuda-mercado-de-trabalho-farmaceutico/> [Acedido em 19 de agosto de 2019]

[2] **ORDEM DOS FARMACÊUTICOS:** *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.* Acessível

em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/codigo_deontologico_da_of_4436676175988472c14020.pdf [Acedido em 19 de agosto de 2019]

[3] Ministério da Saúde. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro. Diário da República n.º 177/2012, Série I, 5202 - 5203.

[4] Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Diário da República n.º 168/2007, Série I, 6083 – 6091.

[5] Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República n.º 167/2006, Série I, 6297 – 6383.

[6] Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 116/2007, de 19 de junho. Diário da República n.º 116/2007, Série I, 3898 – 3900.

[7] Ministério da Justiça. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18/1993, Série I-A, 234 – 252.

[8] Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território. Portaria nº 981/98, de 8 de junho. Diário da República n.º 272/1998, Série I-B de 1998-11-24, 6479 – 6479.

[9] **INFARMED:** *Medicamentos Manipulados.* Acessível em:

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/inspecao-medicamentos/medicamentos-manipulados>. [Acedido a 17 de setembro de 2019]

[10] **INFARMED:** *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos.* Acessível em:

https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdfe790 [Acedido a 17 de setembro de 2019]

[11] **INFARMED:** *Cosméticos.* Acessível em:

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/cosmeticos> [Acedido a 21 de setembro de 2019]

[12] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 227/99, de 22 de junho. Diário da República n.º 143/1999, Série I-A 3585 – 3588.

[13] **INFARMED:** *Boletim de Farmacovigilância. Suplementos Alimentares: o que são e como notificar reações adversas.* Acessível em:

<https://www.infarmed.pt/documents/15786/1983294/Boletim%2bde%2bFarmacovigil%ff%ffncia%2c%>

[2bVolume%2b21%2c%2bn%ff%ff3%2c%2bmar%ff%ffo%2bde%2b2017/89d99edd-fb8c-4042-8a38-8d1bc5a555c7](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/aquisicao-e-utilizacao/dispositivos_medicos_farmacia) [Acedido a 17 de setembro de 2019]

[14] Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho. Diário da República n.º 145/2008, Série I 5048 - 5095.

[15] **INFARMED:** *Dispositivos Médicos na farmácia.* Acessível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/aquisicao-e-utilizacao/dispositivos_medicos_farmacia [Acedido a 20 de setembro de 2019]

[16] Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento. Diário da República n.º 167/2006, Série I 6297 - 6383.

[17] **APOGEN:** *Glossário de Medicamentos Genéricos.* Acessível em: <https://www.apogen.pt/glossario-de-medicamentos-genericos.php> [Acedido a 21 de setembro de 2019]

[18] Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº97/2015, de 1 de junho - Proceda à criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde. Diário da República n.º 105/2015, Série I 3453 - 3464.

[19] Ordem dos Farmacêuticos, *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária.* Conselho Nacional da Qualidade, 2009. 3.

[20] **PORDATA:** *Indicadores de envelhecimento.* Acessível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> [Acedido a 31 de agosto de 2019]

[21] **PORDATA:** *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001).* Acessível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418) [Acedido a 31 de agosto de 2019]

[22] Barros, PP (2017). Envelhecimento da população e pressão sobre a procura de cuidados de saúde. Em: Lopes A., et. al. *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa.* 1ª edição. Imprensa das Ciências Sociais, Lisboa, 181 – 195.

[23] Santos, T. O. D., Nascimento, M. M. G. D., Nascimento, Y. A., Oliveira, G. C. B. D., Martins, U. C. D. M., Silva, D. F. D., & Oliveira, D. R. D. (2019). Interações medicamentosas entre idosos acompanhados em serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa da Atenção Primária. *Einstein (São Paulo)*, 17(4).

[24] Ribeiro, N. P., Mascarenhas, R., Mascarenhas, M. Á., & Gutierrez, L. L. P. (2013). Polifarmácia utilizada por idosos residentes em instituições de longa permanência do município de Viamão/RS. *Ciência em movimento*, 15(30), 65-74.

[25] Midões, C. (2012). *Fatores determinantes no consumo de medicamentos (um estudo em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros)* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão).

- [26] Entidade Reguladora da Saúde (2011). Estudo sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I. In: Entidade Reguladora da Saúde.
- [27] Almeida, A. R. C. B. D. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados* (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior).
- [28] Hoefler, R. (2005). Interações medicamentosas. *Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS–FTN*, 1, 1-4.
- [29] Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140.
- [30] Moura, M. R. L., & REYES, F. G. R. (2002). Interação fármaco-nutriente: uma revisão. *Revista de nutrição*.
- [31] Mosegui, G. B., Rozenfeld, S., Veras, R. P., & Vianna, C. M. (1999). Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 33, 437-444.
- [32] **Sociedade Portuguesa de Reumatologia: O que é a reumatologia?** Acessível em: <https://www.spreumatologia.pt/o-que-e-a-reumatologia> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [33] Colebatch, A. N., Marks, J. L., Van Der Heijde, D. M., & Edwards, C. J. (2012). Safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs and/or paracetamol in people receiving methotrexate for inflammatory arthritis: a Cochrane systematic review. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 90, 62-73.
- [34] **Drugs.com: Drug Interactions between methotrexate and Paracetamol.** Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/methotrexate-with-paracetamol-1590-0-11-2744.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [35] **Infomed: Base de dados de medicamentos: Resumo das características do medicamento Emla**
25 mg/g + 25 mg/g creme. Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=2966&dci=CHJpbG9jYWluYQ==&nome_comer=&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [36] Shamriz, O., Cohen-Glickman, I., Reif, S., & Shteyer, E. (2014). Methemoglobinemia induced by lidocaine-prilocaine cream. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 16(4), 250-254.
- [37] **Drugs.com: Drug Interactions between Paracetamol and prilocaine.** Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/paracetamol-with-prilocaine-11-2744-1938-0.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [38] Gotardelo, D. R., Lopes, L. N., de Melo Meira, A. M., da Costa, C. K. M., Masson, E. R., Fonseca, L. S., & Andrade, R. B. L. (2015). Consumo de álcool e interações álcool-drogas entre idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Rev Med Minas Gerais*, 25(3), 363-368.
- [39] **Drugs.com: Paracetamol (acetaminophen) and Alcohol / Food Interactions.** Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/acetaminophen,paracetamol.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]

- [40] Kalafutova, S., Juraskova, B., & Vlcek, J. (2014). The impact of combinations of non-steroidal anti-inflammatory drugs and anti-hypertensive agents on blood pressure. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 23(6), 993-1000.
- [41] **Drugs.com:** *Ibuprofen and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/ibuprofen.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [42] **Drugs.com:** *Diclofenac and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/diclofenac.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [43] **Drugs.com:** *Naproxen and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/naproxen.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [44] **Drugs.com:** *Aspirin and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/aspirin.html?professional=1> [Acedido a 3 de setembro de 2019]
- [45] Varalda, D. B., & Motta, A. A. (2009). Reações adversas aos anti-inflamatórios não esteroidais. *Rev Bras Alerg Immunopatol*, 32, 27-33.
- [46] **Drugs.com:** *Ibuprofen Disease Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/disease-interactions/ibuprofen.html> [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [47] **Drugs.com:** *Diclofenac Disease Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/disease-interactions/diclofenac.html> [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [48] **Drugs.com:** *Naproxen Disease Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/disease-interactions/naproxen.html> [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [49] **Drugs.com:** *Aspirin Disease Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/disease-interactions/aspirin.html> [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [50] **INFARMED:** *Utilização de Benzodiazepinas e análogos*. Acessível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2333427&_101_type=document&inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_redirect%3D%252F%26_3_keywords%3DBenzodiazepinas%2B%2Ban%25C3%25A1logos%2B2016%2BUtiliza%25C3%25A7%25C3%25A3o%2BTipo%2Bde%2BInstitui%25C3%25A7%25C3%25A3o%2BARS%26_3_groupId%3D0%26_3_struts_action%3D%252Fsearch [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [51] **Drugs.com:** *Diazepam and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/diazepam.html?professional=1> [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [52] **Drugs.com:** *Alprazolam and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/alprazolam.html?professional=1> [Acedido a 5 de setembro de 2019]

- [53] **Drugs.com:** *Lorazepam and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/lorazepam.html?professional=1> [Acedido a 5 de setembro de 2019]
- [54] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das características do medicamento GELOTRALIB 200 mg cápsulas de libertação prolongada*. Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=43526&dcid=HJhbWFkb2w=&nome_comer=&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [55] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das características do medicamento Toseína 2 mg/ml solução oral*. Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=34172&dcid=Y29kZWluYQ==&nome_comer=&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [56] **Drugs.com:** *Drug Interactions between diazepam and tramadol*. Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/diazepam-with-tramadol-862-0-2221-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [57] **Drugs.com:** *Drug Interactions between alprazolam and tramadol*. Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/alprazolam-with-tramadol-133-0-2221-0.html> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [58] **Drugs.com:** *Drug Interactions between lorazepam and tramadol*. Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/lorazepam-with-tramadol-1488-0-2221-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [59] **Drugs.com:** *Drug Interactions between codeine and diazepam*. Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/codeine-with-diazepam-718-0-862-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [60] **Drugs.com:** *Drug Interactions between alprazolam and codeine*. Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/alprazolam-with-codeine-133-0-718-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [61] **Drugs.com:** *Drug Interactions between codeine and lorazepam*. Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/codeine-with-lorazepam-718-0-1488-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [62] **DGS:** *A Hipertensão Arterial em Portugal*. Acessível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-.aspx> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [63] **Drugs.com:** *Valsartan and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/valsartan.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [64] **Drugs.com:** *Losartan and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/losartan.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [65] **Drugs.com:** *Candesartan and Alcohol / Food Interactions*. Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/candesartan.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]

- [66] **Drugs.com:** *Drug Interactions between ibuprofen and valsartan.* Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/ibuprofen-with-valsartan-1310-0-2288-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [67] **Drugs.com:** *Drug Interactions between ibuprofen and losartan.* Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/ibuprofen-with-losartan-1310-0-1489-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [68] **Drugs.com:** *Drug Interactions between candesartan and ibuprofen.* Acessível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/candesartan-with-ibuprofen-487-0-1310-0.html?professional=1> [Acedido a 9 de setembro de 2019]
- [69] Fernandes, A., Palma, L., Frazão, F., & Monteiro, C. (2010). Medicamentos não sujeitos a receita médica: razões mais frequentes de seu uso.
- [70] Quintal, C., Sarmiento, M., & Raposo, V. (2015). Fatores explicativos do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 4(1), 53-66.
- [71] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Brufen 200 mg comprimidos revestidos por película.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=1257&dc=aWJ1cHJvZmVubw==&nome_comer=QIJVRkVO&dosagem=MjAw&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 10 de setembro de 2019]
- [72] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Brufen 400 mg comprimidos revestidos por película.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=1258&dc=aWJ1cHJvZmVubw==&nome_comer=QIJVRkVO&dosagem=NDAw&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 10 de setembro de 2019]
- [73] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Brufen 600 mg comprimidos revestidos por película.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=1259&dc=aWJ1cHJvZmVubw==&nome_comer=QIJVRkVO&dosagem=NjAw&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 10 de setembro de 2019]
- [74] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Voltaren 25, 25 mg, cápsulas moles.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=48243&dc=&nome_comer=dm9sdGFyZW4=&dosagem=MjU=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 10 de setembro de 2019]
- [75] **Manual MSD: Versão para Profissionais de Saúde:** *Diarreia.* Acessível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-gastrointestinais/sintomas-dos-dist%C3%BArbios-gi/diarreia?query=Diarreia%20em%20adultos> [Acedido a 10 de setembro de 2019]
- [76] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Imodium Rapid 2 mg comprimido orodispersível.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=4444&dc=&nome_comer=aW1vZGl1bQ==&do

[sagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1](#) [Acedido a 10 de setembro de 2019]

[77] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Imodium Plus 2 mg +125 mg comprimidos.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=41564&dci=&nome_comer=aW1vZGI1bQ==&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 10 de setembro de 2019]

[78] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Cetix 10 mg comprimidos para chupar.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=41446&dci=&nome_comer=Q0VUSVg=&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 12 de setembro de 2019]

[79] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Telfast 120, 120 mg comprimido revestido por película.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=8350&dci=&nome_comer=dGVsZmFzdA==&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 12 de setembro de 2019]

[80] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Aerus 5 mg comprimidos revestidos por película.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=42240&dci=&nome_comer=QUVSSVVT&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 12 de setembro de 2019]

[81] **Drugs.com:** *Fexofenadine and Alcohol / Food Interactions.* Acessível em: <https://www.drugs.com/food-interactions/fexofenadine.html?professional=1> [Acedido a 12 de setembro de 2019]

[82] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Kompensan 340 mg comprimidos para chupar.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=4821&dci=&nome_comer=a29tcGVuc2Fu&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 12 de setembro de 2019]

[83] **Infomed: Base de dados de medicamentos:** *Resumo das Características do Medicamento Gaviscon, 250 mg + 133,5 mg + 80 mg, comprimidos para mastigar.* Acessível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=50312&dci=&nome_comer=Z2F2aXNjb24=&dosagem=&cnpem=&chnm=&forma_farmac=&atc=&disp=&estado_aim=&pesquisa_titular=&cft=&grupo_produto=&pagina=1 [Acedido a 12 de setembro de 2019]

[84] Duthey, B. (2013). Priority Medicines for Europe and the World" A public health approach to innovation. *WHO Background paper*, 6.

[85] Hernández, D. S., & Castro, M. M. S. (2009). Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico. *Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Brasil.*

[86] **Pharmacy Learning Centre:** *How pharmacists can encourage patient adherence to medicines.* Acessível em: <https://www.pharmaceutical-journal.com/acute-pain/how-pharmacists-can-encourage-patient-adherence-to-medicines/20205153.article?firstPass=false> [Acedido a 16 de setembro de 2019]

[87] **Instituto Nacional de Estatística:** *Projeções de População Residente em Portugal.* Acessível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=27769561_9&DESTAQUESmodo=2 [Acedido a 16 de setembro de 2019]

[88] Vazquez, V., Chacón, J., Espejo, J., & Faus, M. J. (2004). Resultados del seguimiento farmacoterapêutico en una farmacia comunitaria. *Pharmacy Practice*, 2(3), 189-194.

[89] Correr, C. J., Rotta, I., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas?. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(1), 21-34.

[90] de Consenso, C. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 48(1), 5-7.

[91] Wiedenmayer, K., Summers, R. S., Mackie, C. A., Gous, A. G., Everard, M., Tromp, D., & World Health Organization. (2006). *Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook* (No. WHO/PSM/PAR/2006.5). Geneva: World Health Organization.

[92] Scripcaru, G., Mateus, C., & Nunes, C. (2017). Adverse drug events—Analysis of a decade. A Portuguese case-study, from 2004 to 2013 using hospital database. *PloS one*, 12(6), e0178626.

[93] Leendertse, A. J., Van Den Bemt, P. M., Poolman, J. B., Stoker, L. J., Egberts, A. C., & Postma, M. J. (2011). Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM study. *Value in health*, 14(1), 34-40.

[94] Correr, C. J., Noblat, L. D. A. C. B., & Castro, M. S. D. (2011). Modelos de seguimento farmacoterapêutico.

Anexo I. Folheto Informativo, da intervenção “*Hospitals and Health Centers in Porto*”.

Hospital Lusíadas is a private hospital situated at Avenida Boavista, a central area of the city, with an Emergency Service available 24/7.

Giving that it is a private hospital, you won't be able to use your European Health Card, in case you have one.

Bus line: 302 Praça D. João I - Boavista Correios

Address: Av. da Boavista 171, 4050-115 Porto

To access the direction on google maps, read the QR CODE:



“SNS 24 is a telephone and online service of the Portuguese National Health Service. It helps you when you need advice with acute, non-emergent health complaints. It also offers a set of services that allows you to solve health-related issues without having to go to your primary care unit or hospital.”

The teams that take your call are multidisciplinary, and they are available 7 days a week, 24 hours a day. The services are free, you only have to pay the cost of the call that will be charged by your telecommunication company.

If you want your call to be taken in English, dial 808 24 24 and choose option 9.

Information from <https://www.sns24.gov.pt/en/>

Our contact information:

Rua de Santa Catarina, 141
4000-450 Porto
+351 222 002 145

Hospitals and Health
Centers in Porto

given by Farmácia de Santa Catarina



In the event of a medical emergency or need for a healthcare professional, please refer to this brochure.

1

Hospital Geral de Santo António

The Hospital Geral de Santo António or Centro Hospitalar do Porto is a public hospital situated in the center of Porto, easily accessible by bus or on foot, with an Emergency Service, available to anyone. In this hospital you will be able to use your European Health Card, in case you have one.

Bus lines: 200, 207, 302 Praça D. João I - Hospital Santo António

Address: Largo do Prof. Abel Salazar, 4000-001, Porto

To access the direction on google maps, read the QR CODE:



2

Enfermeiros Reunidos

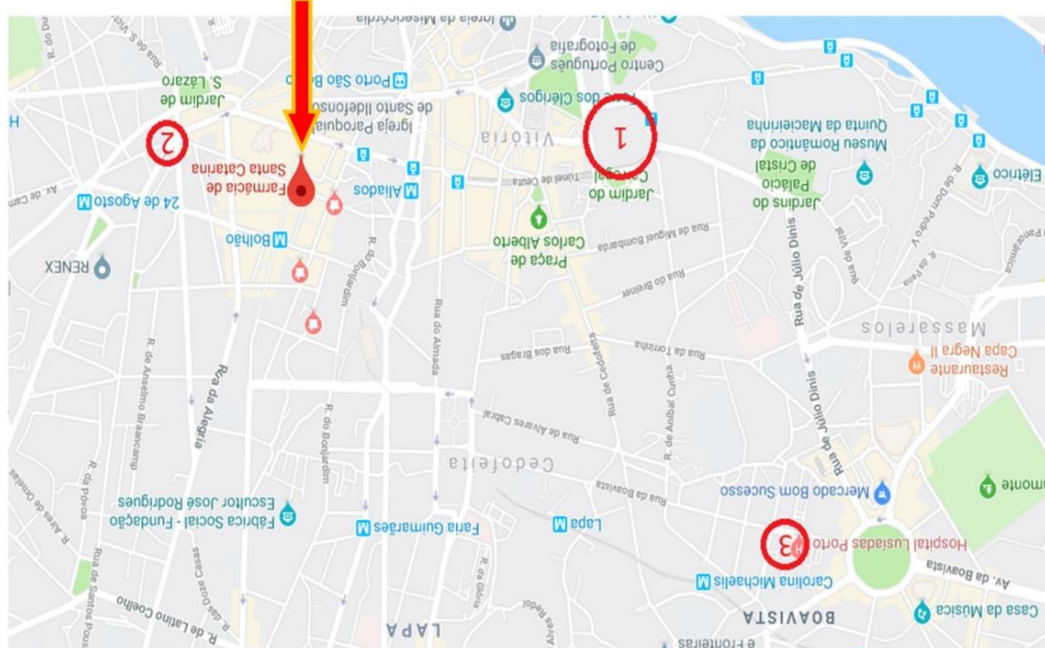
If you need access to nursing cares, you can go to the nurse's station - **Enfermeiros Reunidos** - and they will provide you the services available, according to your situation, for example, if you have a wound that needs dressing.

Address: Rua St. Ildefonso 352 4000-466, Bonfim, Porto

To access the direction on google maps, read the QR CODE:



YOU ARE HERE!



Anexo II. Apresentação ao CSPS: Sensibilização para Interações Medicamentosas e Administração de MNSRM de uso frequente, em contexto de Lares de Idosos.



SENSIBILIZAÇÃO PARA INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E ADMINISTRAÇÃO DE MNSRM DE USO FREQUENTE

JULIANA MENDES SILVA, 201405306
ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE FEV19 – AGO19
ESTUDANTE DO 5.º ANO DO MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS,
FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

1

SER CUIDADOR

“O Cuidador é toda a pessoa que assume como função a assistência a uma outra pessoa que, por razões tipologicamente diferenciadas, foi atingida por uma incapacidade, de grau variável, que não lhe permite cumprir, sem ajuda de outro (s), todos os actos necessários à sua existência, enquanto ser humano” (Oliveira et al., 2007)

2

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- **PARACETAMOL**

- Metotrexato (MetexPEN®)

- Prilocaína (Emla®)

- Álcool

Fonte: drugs.com acessado a 26/06/2019 às 21h47

3

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- **AINES (IBUPROFENO, DICLOFENAC..) E ASPIRINA**

- Álcool

- Hipertensão

- Asma

- Trombose

Fonte: drugs.com acessado a 26/06/2019 às 21h47

4

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- **BENZODIAZEPINAS** (Bialzepam®, Lorenin®, Xanax®)

- Álcool
- Cafeína (no caso do diazepam)
- Tramadol
- Codeína

Fonte: drugs.com acessado a 26/06/2019 às 21h47

5

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- **ANTI-HIPERTENSORES com terminologia em –sartan**
(candesartan, losartan, irbesartan, olmesartan, etc.)

- Sal com potássio ou suplementos que tenham potássio
- AINEs

Fonte: drugs.com acessado a 26/06/2019 às 21h47

6

COMO ADMINISTRAR DETERMINADO MEDICAMENTO?

- **ANTI-INFLAMATÓRIOS** → não devem ser tomados de estômago vazio



- Ibuprofeno (ex.: Brufen®) 200 mg e 400 mg: **de 8 em 8 horas**
600mg: **de 12 em 12 horas**

NÃO ULTRAPASSAR AS 1200 MG DIÁRIAS!

- Diclofenac (ex.: Voltaren®) 25 mg: em jejum, de 6 em 6 horas

Fonte: <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php> acessado a 29/06/2019 às 15h56

7

COMO ADMINISTRAR DETERMINADO MEDICAMENTO?

- **ANTIDIARREICOS**, como por exemplo Imodium

- **Imodium rapid®**: para casos de diarreia aguda e diarreia crónica
 - Dose inicial: 2 comp. Após cada dejeção tomar um. Não exceder os 8 comprimidos diários.
 - Caso a diarreia persista por mais de dois dias, consultar o médico.
- **Imodium plus®**: para casos de diarreia aguda associado a desconforto abdominal causado por gases ou flatulência

Fonte: <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php> acessado a 29/06/2019 às 15h56

8

COMO ADMINISTRAR DETERMINADO MEDICAMENTO?

• ANTI-HISTAMÍNICOS

- Cetirizina (Cetix®) → Desaconselhados em doentes renais
- Desloratadina (Aerius®) → Desaconselhados em doentes renais
- Fexofenadina (Telfast®)



SÓ UMA VEZ POR DIA, GERALMENTE ANTES DA REFEIÇÃO

Evitar tomar com sumos de fruta!

Fonte: <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php> acedido a 29/06/2019 às 15h56
<https://www.drugs.com/food-interactions/fexofenadine.html?professional=1> acedido a 29/06/2019 às 17h38

9

COMO ADMINISTRAR DETERMINADO MEDICAMENTO?

• ANTIÁCIDOS E PROTETORES DA MUCOSA GÁSTRICA

- Kompensan®
- Gaviscon®



Comprimidos para chupar e comprimidos para mastigar, respetivamente

TOMADOS ENTRE AS REFEIÇÕES OU AO DEITAR

Fonte: <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php> acedido a 29/06/2019 às 15h56

10

“CUIDAR DO CUIDADOR”

“Seres humanos são tanto os pacientes como os profissionais” (Bleger, 1979)

Não podemos esquecer a necessidade do cuidado a quem dedica a sua vida
a cuidar dos outros!

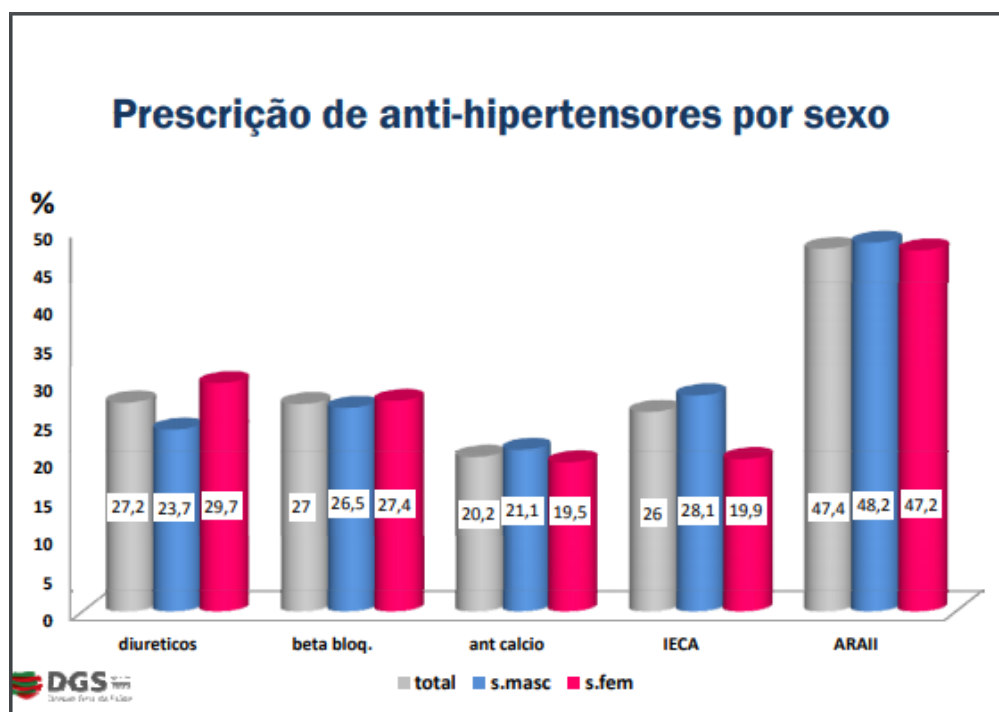


<https://lindor.info/pt-pt/cuidadores/cuidadores/cuidar-do-cuidador>

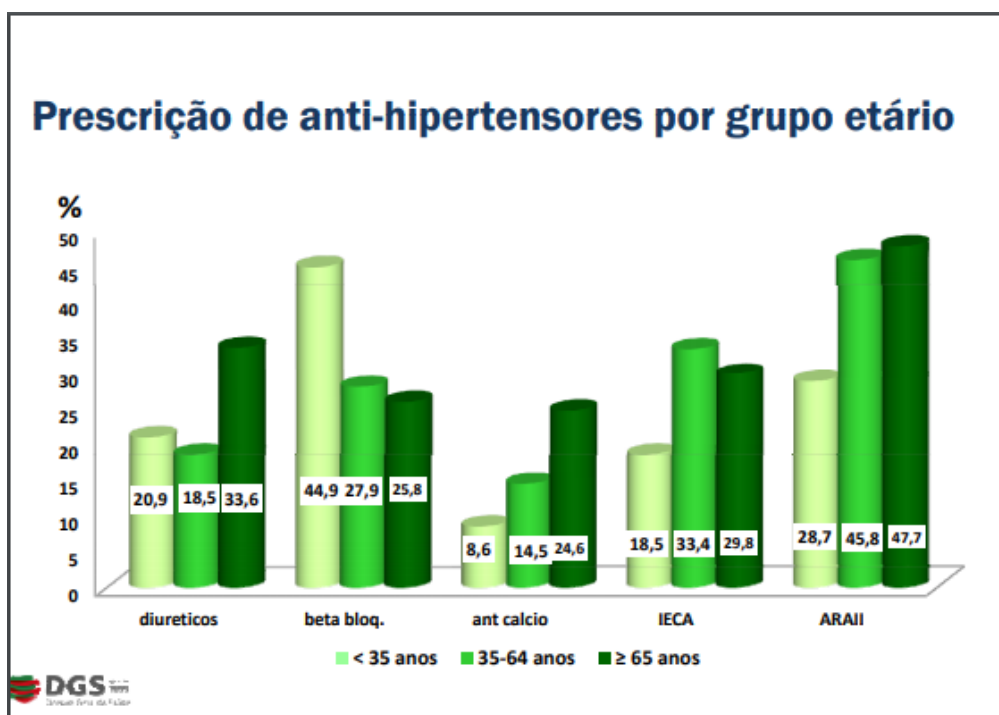
Anexo III. Classificação de Interações Medicamentosas pela *drugs.com* (Retirado de ³⁴⁾)

Drug Interaction Classification	
These classifications are only a guideline. The relevance of a particular drug interaction to a specific individual is difficult to determine. Always consult your healthcare provider before starting or stopping any medication.	
● Major	Highly clinically significant. Avoid combinations; the risk of the interaction outweighs the benefit.
● Moderate	Moderately clinically significant. Usually avoid combinations; use it only under special circumstances.
● Minor	Minimally clinically significant. Minimize risk; assess risk and consider an alternative drug, take steps to circumvent the interaction risk and/or institute a monitoring plan.
● Unknown	No interaction information available.

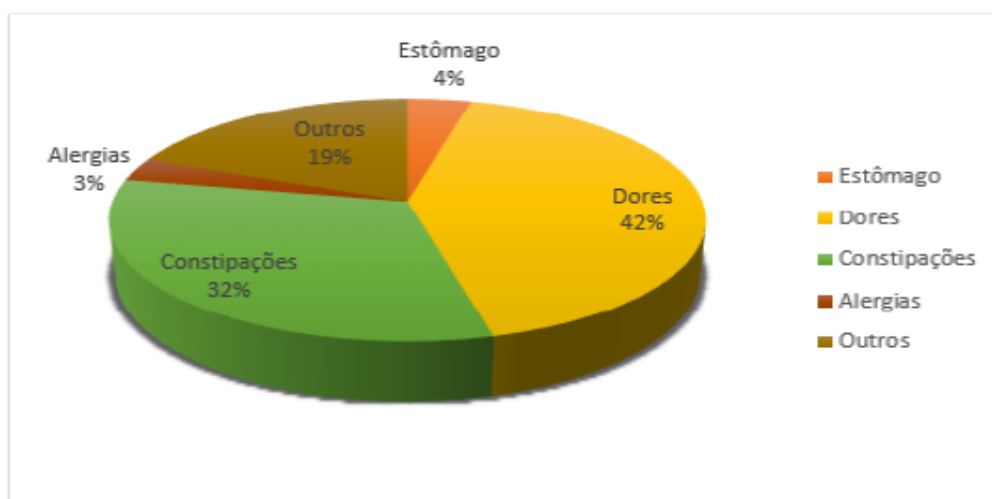
Anexo IV. Gráfico descritivo da prescrição de anti hipertensores, por sexo (Retirado de ⁶²⁾)



Anexo V. Gráfico descritivo da prescrição de anti hipertensores, por faixa etária (Retirado de ⁶²⁾)



Anexo VI. Gráfico descritivo das principais categorias de MNSRM através da automedicação (Retirado de ⁷⁰⁾)



Anexo VII. Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos segundo o Consenso de Granada 1998 (Retirado de ⁹⁰)

Clasificación <i>Classification</i>
INDICACIÓN PRM 1: El paciente no usa los medicamentos que necesita. PRM 2: El paciente usa medicamentos que no necesita. <i>INDICATION</i> DRP 1: <i>The patient does not use the medicines that he needs.</i> DRP 2: <i>The patient uses medicines that he does not need.</i>
EFFECTIVIDAD PRM 3: El paciente usa un medicamento que está mal seleccionado. PRM 4: El paciente usa una dosis, pauta y/o duración inferior a la que necesita. <i>EFFECTIVENESS</i> DRP 3: <i>The patient uses an erroneously chosen medicine.</i> DRP 4: <i>The patient uses a lower dosage and/or a different dosage schedule than required and/or does not continue therapy for the full duration of the treatment indicated.</i>
SEGURIDAD PRM 5: El paciente usa una dosis, pauta y/o duración superior a la que necesita. PRM 6: El paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa a Medicamentos. <i>SAFETY</i> DRP 5: <i>The patient uses a higher dosage or a different dosage schedule than required and/or exceeds the full duration of treatment indicated.</i> DRP 6: <i>The patient uses a medicine that causes an adverse drug reaction.</i>

Anexo VIII. Lista de Problemas Relacionados com Medicamentos (Retirado de ⁹⁰)

▪ Administración errónea del medicamento <i>Wrongly administered drug</i> ▪ Características personales <i>Personal characteristics</i> ▪ Conservación inadecuada <i>Unsuitable storage</i> ▪ Contraindicación <i>Contraindication</i> ▪ Dosis, pauta y/o duración no adecuada <i>Inappropriate dose, dosage schedule and/or duration</i> ▪ Duplicidad <i>Duplicity</i> ▪ Errores en la dispensación <i>Dispensing errors</i> ▪ Errores en la prescripción, <i>Prescription errors</i> ▪ Incumplimiento <i>Non-compliance</i> ▪ Interacciones <i>Interactions</i> ▪ Otros problemas de salud que afectan al tratamiento <i>Other health problems that affect the treatment</i> ▪ Probabilidad de efectos adversos <i>Probability of adverse effects</i> ▪ Problema de salud insuficientemente tratado <i>Health problem insufficiently treated</i> ▪ Otros <i>Others</i>
--

Anexo IX. Guia de Implementação de Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico na Farmácia Santa Catarina, Porto.



ÍNDICE

Lista de abreviaturas	3
Enquadramento	4
Introdução	4
Oferta do Serviço	5
Metodologia	6
Entrevista farmacêutica: primeira entrevista	6
Estado da situação	9
Fase de estudo	9
Fase de avaliação	10
Fase de intervenção: plano de atuação	12
Entrevistas farmacêuticas sucessivas	13
Conclusão	14
Anexos	15
Bibliografia	30

LISTA DE ABREVIATURAS

CSNSV Centro Social da Nossa Senhora da Vitória

CSPS Centro Social e Paroquial da Sé

FSC Farmácia de Santa Catarina

HF História Farmacoterapêutica

INE Instituto Nacional de Estatística

PS Problema de saúde

PRM Problemas Relacionados com Medicamentos

RNM Resultados Negativos associados à Medicação

SF Seguimento Farmacoterapêutico

ENQUADRAMENTO

No âmbito da unidade curricular de Estágio - realizado na Farmácia de Santa Catarina (FSC), Porto - do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto foi desenvolvido como projeto o **Guia de Implementação de Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico**.

INTRODUÇÃO

O Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos refere que *"o exercício da actividade farmacêutica tem como objectivo essencial a pessoa do doente"*¹, assim, em primeira instância o foco deste projeto será o utente da farmácia, pela necessidade social que apresenta de ser acompanhado pelo farmacêutico na indicação e dispensa de medicamentos. Esta necessidade deriva, de uma forma geral, do aumento de medicação prescrita consequente do aumento da prevalência de doenças crónicas, do envelhecimento da população e da baixa literacia em saúde. Em segunda instância, surge a valorização do ato farmacêutico e dos cuidados farmacêuticos. Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas da Ordem dos Farmacêuticos - 2009, os Cuidados Farmacêuticos englobam *"um conjunto de processos clínicos tais como a cedência, a indicação, a revisão da terapêutica, a educação para a saúde, a farmacovigilância, o seguimento farmacoterapêutico e no âmbito geral o conceito designado como o uso racional da medicação"*², sendo que a intercolaboração com outros profissionais de saúde revela-se fundamental para atingir resultados concretos na melhoria de qualidade de vida dos doentes e para que estes possam obter máxima efetividade da sua medicação.³

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2014 temos vindo a assistir a um gradual aumento do envelhecimento da população acompanhado de uma redução dos níveis médios de fecundidade e níveis médios de mortalidade, com o simultâneo aumento da esperança média de vida. A par destes indicadores, e com uma evolução notória estão o aumento das doenças crónicas e co-morbididades, que, consequentemente e invariavelmente, originam um aumento nos gastos em saúde, maioritariamente por parte do Serviço Nacional de Saúde. Para além disto, e com o envelhecimento do ser humano existe uma deterioração natural a nível biológico/físico, assim como psicológico, originando um aumento na necessidade e procura de cuidados de saúde.⁴

Considerando que o aumento do consumo de medicamentos acompanha o quadro acima descrito, no sentido de prevenir, tratar, atenuar os sintomas ou retardar a progressão de uma doença, surgem inevitavelmente efeitos adversos ou toxicidade associada ao uso dos medicamentos, podendo ainda verificar-se que os mesmos não alcançam os objetivos terapêuticos para os quais foram destinados. Conclui-se assim que os medicamentos podem originar problemas de eficácia ou segurança, que por sua vez, contribuirão também para o aumento das despesas em saúde.^{3,4}

Torna-se, portanto, evidente a necessidade do maior envolvimento do farmacêutico nos cuidados de saúde, bem como na avaliação dos resultados dos medicamentos, nomeadamente através do Seguimento Farmacoterapêutico (SF). O Terceiro Consenso de Granada, 2007, define-o como sendo *"um exercício profissional que consiste em procurar, identificar, prevenir e resolver Resultados Negativos associados à Medicação (RNM)"*⁵. Os RNM's são resultados na saúde do

doente não adequados ao objetivo da farmacoterapia resultantes do uso ou falha no uso de medicação, e podem ser de três tipos, relacionados com a necessidade do medicamento, com a segurança ou com a efetividade, sendo classificados em 6 categorias³ (Anexo I). Por sua vez, as suspeitas de RMN's surgem numa situação em que um doente está em risco de sofrer um problema de saúde (PS) derivado da utilização de determinado medicamento, geralmente devido à existência de um ou mais Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM). O Terceiro Consenso de Granada, 2007, define os PRM's como "situações que, no processo de uso da medicação, causam, ou podem causar, o aparecimento de um resultado negativo associado à medicação"³. No entanto, é do Segundo Consenso de Granada que se obtém a classificação dos diferentes PRM's em seis tipos. (Anexo II) Assim, o objetivo do SF torna-se claro: identificar e resolver RNM, com o objetivo secundário de identificar e prevenir o surgimento de outros RNM's.

OFERTA DO SERVIÇO

De forma geral, a oferta do serviço consiste em explicar ao doente, de forma clara e concisa, o cuidado de saúde que lhe será prestado: em que consiste, para que serve, e quais as suas características. O intuito será, portanto, convidar o doente a aderir ao serviço de SF: no momento de oferta do serviço, as técnicas de comunicação do farmacêutico revelam-se fulcrais, devendo o seu discurso focar-se nas vantagens que o serviço pode proporcionar ao utente, de forma não exagerada, para não criar falsas expectativas e originar deceções. Por outro lado, não se deve dar enfoque aos aspetos negativos que os medicamentos têm ou que os PS possam apresentar.⁴

Por forma a alcançar um dos objetivos definidos para o projeto – a valorização do serviço farmacêutico em questão – será atribuído um custo ao serviço: se o utente pretender aderir ao serviço, a primeira consulta (primeira entrevista farmacêutica) será *pro bono*, sendo que as consultas de acompanhamento após essa terão o valor de 10,00€. De acordo com a base salarial de um diretor técnico – 2000,00€ mensais – e considerando o custo por hora do mesmo: 11,36€; bem como o valor de taxa de segurança social mensal que é paga pela empresa, por diretor técnico, por hora: 2,70€; conclui-se que o custo real de um diretor técnico por hora é: 14,06€. No entanto, cada consulta terá a duração máxima de 30 minutos, e nesta circunstância, o diretor técnico custa 7,03€; assim estabeleceu-se que o custo da consulta seria 10,00€, por forma a gerar um retorno de 40% para a farmácia. Considerando que se trata de um serviço farmacêutico, o IVA é de 0%. Com o objetivo de acompanhar a evolução de cada caso, a periodicidade das consultas de SF serão de mês a mês, podendo existir casos esporádicos que justifiquem que esta periodicidade seja encurtada ou alongada.

Considerando os utentes fidelizados da FSC, existe uma percentagem considerável de doentes crónicos ou com medicação crónica, que se constituem como bons candidatos ao serviço. Devem também considerar-se os utentes do Centro Social e Paroquial da Sé (CSPS) – lar que levanta toda a medicação dos utentes na FSC, não só devido à boa relação existente entre as duas entidades, bem como pela facilidade logística, ou seja, a aproximação geográfica do CSPS à FSC – e os utentes do Centro Social da Nossa Senhora da Vitória (CSNSV) – ao qual a farmácia presta apoio social através da dispensa de medicação. No entanto, qualquer utente (fidelizado ou não) que reúna as condições para aplicação do serviço constitui-se como potencial candidato.

Podem considerar-se utentes com “alta prioridade” para usufruir do serviço aqueles que: tenham tido alta hospitalar recente; tenham sido vistos por múltiplos prescritores; tenha mais de 5 patologias; não consiga gerir a sua medicação de forma autónoma.⁶

Ao concluir a oferta do serviço, devem ser indicadas informações importantes ao utente acerca da primeira entrevista: o dia e a hora; que traga o “saco dos medicamentos”, isto é, que traga toda a medicação que tem em casa; que tome no momento ou que já tenha tomado antes e não tome no presente; que traga a documentação clínica disponível, preferencialmente os mais recentes (por exemplo, análises clínicas, relatórios com diagnósticos, medições bioquímicas) de forma a esclarecer e complementar a informação obtida durante a entrevista farmacêutica.⁶

METODOLOGIA⁶

Existem, hoje em dia, diversas metodologias pelas quais o SF pode ser aplicado, sendo que neste caso em concreto será aplicado o **Método de Dáder**, mais especificamente baseado na Terceira Edição do Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, 2009.

O Método de Dáder segue-se pelas seguintes fases:

1. Entrevista farmacêutica: primeira entrevista
2. Estado da situação
3. Fase de estudo
4. Fase de avaliação
5. Fase de intervenção: plano de atuação
6. Entrevistas farmacêuticas sucessivas

ENTREVISTA FARMACÊUTICA: PRIMEIRA ENTREVISTA

O objetivo desta primeira fase é, maioritariamente, recolher informação inicial de forma a abrir a história farmacoterapêutica (HF) e compreender qual a visão do utente sobre os seus PS e respetivo tratamento. Assim, e apesar do doente ser a principal fonte de informação para o SF, o fluxo de informação deve ser bidirecional, e por isso o farmacêutico deve tentar iniciar ações com o doente que melhorem ou preservem o seu estado de saúde atual, o que poderá servir para que o doente sinta que já está a beneficiar do serviço.

Nesta primeira fase, as técnicas de comunicação do farmacêutico são de extrema importância, em primeiro lugar, para garantir que a comunicação seja efetiva, e em segundo lugar, para garantir o sucesso, é necessário que o farmacêutico seja capaz de criar uma relação de empatia para facilitar a expressão de sentimentos por parte do doente e promover a tomada de decisões em conjunto. Nesta linha de pensamento, é também imprescindível que a linguagem seja adaptada ao doente com que se lida. Em anexo (*Anexo III*) encontra-se um documento para registo da informação resultante desta fase.

O Método de Dáder estrutura a primeira entrevista em 3 partes:

1. Preocupações e Problemas de Saúde;
2. Medicamentos;
3. Revisão geral por sistemas.

A fase das **preocupações e problemas de saúde** procura questionar o doente sobre as suas preocupações de saúde através da colocação de uma pergunta aberta para que o mesmo possa responder amplamente. Para cada PS que o doente refira, seria importante obter informação suficiente que permita analisar o caso e tomar decisões posteriores. Assim, e segundo o Método de Dáder, é importante:

- *“Registar e avaliar a preocupação do doente pelo problema de saúde, as expectativas que tem e como convive diariamente com o problema. Tudo isto permite relativizar a importância que o doente confere a cada problema de saúde, o qual pode ser determinante na fase posterior de intervenção, pois possibilita dar prioridade e orientar a atuação do farmacêutico.*
- *Conhecer o início dos problemas de saúde, já que isto permite estabelecer relações temporais com a toma/administração dos medicamentos. Se for possível, tenta-se obter relatórios médicos que indiquem o diagnóstico concreto do problema de saúde e a sua data de início.*
- *Conhecer a percepção do doente sobre o controlo de cada problema de saúde. Para isto, há que perguntar-lhe sobre:*
 - *Os sintomas, sinais e medidas clínicas que ele relacione com o controlo do problema de saúde. Se se dispõe de alguma medicação clínica (ex.: valor de colesterol total) seria conveniente que o doente realizasse a interpretação dos dados.*
 - *Magnitude ou gravidade das manifestações clínicas quando o problema de saúde não está controlado.*
 - *Situações ou causas que associa ao descontrolo do problema de saúde.*
 - *Periodicidade dos controlos médicos.*
- *Perguntar acerca dos estilos de vida (dieta, exercício, tabagismo, etc.) e medidas higieno-dietéticas relacionadas com o problema de saúde e que integram o tratamento não farmacológico. É importante avaliar o conhecimento e o cumprimento que o doente faz destas recomendações.”* ⁶ (Anexo III)

Para iniciar a fase dos medicamentos recomenda-se retirar todos os medicamentos do saco que o utente trouxe, um a um, para obter informação individualizada acerca de cada medicamento de forma oportuna. Pegar na embalagem e perguntar sobre aquele medicamento parece ser o mais eficaz, uma vez que o doente não relaciona de forma tão óbvia os nomes com os medicamentos em si: as embalagens são mais “familiares”⁶. Nesta fase deve aproveitar-se para fazer uma “limpeza” aos medicamentos⁶, isto é, esclarecer quais é que o utente já não necessita/não toma, de forma a retirá-los e evitar problemas. Esta fase da entrevista, segundo o Método de Dáder, deverá ser conduzida da seguinte forma:

“Para cada medicamento obter-se-á a informação necessária que permita identificar o conhecimento e a adesão do doente, assim como, a efetividade e a segurança da farmacoterapia. Para se conseguir esta informação sobre os medicamentos propõem-se as seguintes perguntas para cada um deles:

1. **Toma/utiliza o medicamento?** : Pretende saber se o doente usa o medicamento atualmente e de forma regular.
2. **Para que o toma/utiliza?** : Procura identificar se o doente conhece o problema de saúde para o qual toma o medicamento.

3. **Quem o prescreveu/indicou?** : Permite conhecer o destinatário de futuras intervenções.
4. **Desde há quanto tempo toma/usa o medicamento?** : Pretende identificar a data de início da prescrição. Trata-se da data de início do medicamento novo ou, nas casas em que o medicamento já está a ser utilizado, a data em que ocorreu a última modificação de: concentração, dose, dosagem, esquema terapêutica, forma farmacêutica, via de administração, etc. Nesta fase, também é conveniente perguntar **até quando deve tomá-lo/usá-lo?**, e determinar se o doente vai deixar de tomar o medicamento em algum momento determinado ou se vai modificar alguns dos aspetos comentados anteriormente.
5. **Quanto toma/utiliza?** : Permite identificar a quantidade de medicamento que o doente toma cada vez que o administra (dose), a frequência e a duração do tratamento e a distribuição das tomas ao longo do dia. Por cada um destes aspetos deverá obter-se informação acerca do modo como foram prescritas pelo médico e do modo como o doente o faz.
6. **Esquece-se alguma vez de o tomar/usar? Quando está bem, deixa de o tomar/usar?, E quando se sente mal?**: Estas perguntas também permitem conhecer o cumprimento ou a adesão do doente ao tratamento.
7. **Está melhor?, Sente o efeito do medicamento? (Como o nota?)**: trata-se de indagar sobre o modo como o doente perceciona o efeito do medicamento lhe está a fazer. É conveniente que o doente descreva a evolução dos sintomas, sinais e medições clínicas que associa ao efeito do medicamento.
8. **Como o utiliza? Tem alguma dificuldade na administração do medicamento? Conhece a(s) precaução(ões) de utilização?**: Este conjunto de perguntas pretende conhecer o modo de uso e de administração do medicamento: conhecimento e cumprimento das recomendações das normas de uso e administração do medicamento, dificuldades com a via de administração ou forma farmacêutica e situações em que deve ter um cuidado especial com o medicamento.
9. **Nota algo de estranho relacionado com o medicamento?** trata-se de perceber se o doente considera o medicamento seguro. Verificar se o doente estabelece alguma relação (causal, temporal) entre os problemas de saúde de que padece e a toma do medicamento.⁴⁶ (Anexo III)

A fase final da revisão geral por sistemas, deve consistir em colocar uma série de perguntas, e segundo o Método de Dáder deve ser feita "sobre o funcionamento e estado de organismos, por aparelhos e sistemas, da cabeça aos pés."⁴⁶ Esta fase pode servir para questionar o doente sobre possíveis alergias, para determinar os parâmetros bioquímicos do doente, e anotar o peso e altura caso ainda não tenha sido feito. (Anexo IV)

"Em traços gerais, a fase de revisão está pensada para:

- **Descobrir novos problemas de saúde e medicamentos** que não tenham sido mencionados anteriormente.
- **Obter informação** que o doente não tenha fornecido anteriormente.
- **Verificar a informação** obtida nas secções anteriores.
- **Aprofundar os aspetos** que não tenham ficado claros.
- **Corrigir qualquer erro e esclarecer confusões** que o doente possa apresentar.⁴⁶

ESTADO DA SITUAÇÃO

Com o estado da situação obtém-se uma esquematização dos PS e medicamentos do doente, resultando numa visão geral do estado de saúde do doente. Para realizar esta fase, dispõe-se de um documento próprio para fazer um resumo, a partir da informação obtida da HF do doente (Anexo V). O documento disponível possui uma apresentação horizontal por forma a tornar mais fácil e organizado o processo de identificação de RNM's e consequentemente, conferir maior probabilidade de sucesso a esta fase.

Esta fase apresenta três objetivos: avaliar a farmacoterapia do utente, obter uma imagem geral do estado de saúde do utente, e ainda "expor o caso numa sessão clínica", isto é, o caso pode e deve ser discutido com os restantes farmacêuticos da equipa.

Para além da informação acerca dos PS e dos medicamentos do doente, o documento para esta fase possui um local para "observações" onde se deverá incluir informação relevante da HF, mas que não consta nas outras células do documento do estado de situação, e ainda, uma tabela de medições clínicas destinada ao registo de qualquer medição clínica que possa ajudar na avaliação da perceção da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos. (Anexo V)

De forma a registar-se resumidamente uma lista dos RNM's detetados aquando à avaliação do caso existe também um documento onde se deverá fazer esse registo (Anexo VI). Por fim, é apresentado em anexo (Anexo VII) uma esquematização daquilo que deverá constar em cada célula do documento do estado de situação, e, portanto, de que forma o documento deverá ser preenchido.

FASE DE ESTUDO

Durante esta fase é realizado um estudo intensivo sobre cada PS do doente, bem como sobre a sua medicação, em fontes de informação científicas e credíveis, de forma a conferir maior rigor possível a esta fase. A pesquisa deve ser realizada tendo como foco a situação clínica do doente. É de grande importância que a informação à qual se aceda esteja atualizada, uma vez que a informação científica se encontra em constante evolução, e, para além disso, a tomada de decisões deve ser apoiada em conhecimento científico.

Pode então considerar-se que esta fase é dotada de três objetivos cruciais: "**avaliação**, de forma crítica, da necessidade, segurança e efetividade da medicação que o doente toma em determinada data⁶⁶"; **estruturação** de um "plano de atuação com o doente, e a equipa de saúde⁶⁶", de forma a promover uma melhoria contínua no tempo dos resultados da farmacoterapia do doente; "**promoção** de decisões clínicas baseadas em evidência científica⁶⁶". É também importante referir que esta fase deve ser conduzida da seguinte forma: primeiro, estuda-se um dos PS do doente, e depois o/os respetivo/respetivos medicamentos que o doente toma para tratar aquele problema, e assim sucessivamente.

A fase de estudo dos PS e a fase de estudo dos medicamentos, seguem ambas, diferentes guias (Anexo VIII e IX), com uma série de pontos que devem ser contemplados e abordados durante o estudo realizado, sendo que estes guias foram elaborados com o objetivo de não ser esquecida informação que possa ser relevante para o caso. Em certas alturas, poderá ser necessário consultar fontes de informação específicas, como por exemplo, livros de

patologia clínica, fisiopatologia e medicina clínica; Guias de Prática Clínica e Manuais de Terapêutica, que contêm informação base relevante acerca dos PS, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e ainda formas de atuação com as equipas de saúde (Anexo X).

FASE DE AVALIAÇÃO

A fase de avaliação apresenta o objetivo de "identificar resultados negativos associadas à medicação que o doente apresenta, quer sejam RNM's ou suspeitas de RNM's"⁴. Esta fase segue um "processo sistemático de perguntas"⁴ e "começa **pela primeira linha do documento do estado da situação que contenha células com medicação** e o seu resultado será uma lista com as diferentes RNM detetadas (sempre que surja algum), que serão classificados de acordo com o estipulado na classificação de RNM."⁴ (Anexo XI)

Por forma a realizar esta etapa de forma mais completa possível, abaixo apresenta-se as questões e método utilizado para acompanhar o Anexo XI:

*"1. A primeira premissa que a farmacoterapia tem de cumprir é que seja **necessária** para o doente. É por isto, que a primeira pergunta que se deve realizar é:*

É (ou são) necessário (s) o (s) medicamento (s)?

É uma pergunta dirigida a toda a farmacoterapia que trata um problema de saúde e pretende indagar acerca do possível dano que uma farmacoterapia desnecessária pode causar.

Considera-se que um medicamento (s) é (são) necessário (s) quando o doente apresenta (ou está em risco de sofrer) um problema de saúde que justifique o seu uso; sem que isto implique efetuar um juízo sobre a idoneidade da prescrição.

Se a farmacoterapia for necessária (resposta afirmativa à pergunta), far-se-á a pergunta seguinte do processo de identificação dos RNM.

*Caso contrário, se se considerar o medicamento (s) desnecessário (s), ter-se-á detetado um PRM e haverá que perguntar se está a produzir algum **RNM ou suspeita de RNM associado a esse (s) medicamento (s)**. Isto é, utilizar um medicamento (s) desnecessário (s) pode produzir um dano (resultado negativo manifestado) ou, no mínimo, constituir o risco de aparecer (suspeita de resultado negativo).*

Neste caso, não se avaliará a efetividade, pois a medicamento não trata um problema de saúde que o doente apresente e, como tal, não se espera nenhum efeito terapêutico. Também não se avaliará a segurança, uma vez que está a produzir ou que possa produzir, foi associada ao facto da medicamento ser necessário.

Nas casas em que se considera o medicamento desnecessário, mas em que o efeito indesejado é dificilmente evidenciado (não existe uma manifestação clínica clara ou é difícil estabelecer com certeza que a sua presença é um risco), não se considerará a existência de um RNM, simplesmente, se considerará a identificação de um PRM: uso de um medicamento desnecessário para o doente, que se tentará solucionar.

2. Após garantir que a farmacoterapia é necessária, ter-se-á que questionar a sua efetividade: está (ão) o (s) medicamento (s) a ser efetivo (s)?

Entende-se que a melhoria de um problema de saúde deve-se à ação conjunta dos medicamentos que a estão a tratar. É por isto, que **a avaliação da efetividade também se faz para o conjunto de medicamentos que tratam o problema de saúde.**

Considera-se que um medicamento (s) é (são) efetivo (s) quando atinge (m) o objetivo terapêutico pretendido para a situação clínica concreta do doente. Este objetivo, geralmente, coincide com o estudado (anteriormente) para o problema de saúde que o medicamento trata. (...)

Ao identificar um resultado negativo associado à inefetividade de algum medicamento(s), ainda se deve questionar se existe uma relação entre o RNM detetado e a quantidade de medicamento(s), que não está a ser efetiva. Isto permite determinar se a **inefetividade é quantitativa ou não quantitativa.**

3. Depois de avaliar a efetividade do (s) medicamento (s), **independentemente do resultado desta avaliação, avança-se para a avaliação da segurança dos medicamentos.**

A **avaliação da segurança dos medicamentos, independentemente do resultado da avaliação da necessidade e da efetividade, realizar-se-á para cada medicamento em separado.** Isto é, os medicamentos, embora tenham sido prescritos para atuar conjuntamente sobre o problema de saúde, apresentam um perfil de segurança distinta. Qualquer medicamento pode causar um problema de segurança e distinto dos causados pelos outros.

Considera-se que um medicamento é inseguro quando produz ou agrava algum dos problemas de saúde (manifestado ou não) que aparecem no estado da situação.

Existe uma situação, em que embora o medicamento seja inseguro, não se classificará como resultado negativo. Isto acontece quando o efeito indesejado do medicamento (a insegurança) está a ser tratada com outro medicamento (s). Nestes casos, avalia-se a efetividade do medicamento (s) que trata(m) a insegurança, e se o problema de saúde (efeito indesejado) não está controlado, então o RNM classificar-se-á como uma inefetividade do tratamento. Isto é assim por questões metodológicas e o objetivo é estabelecer um acordo e ter o mesmo critério para classificar os RNM.

Uma vez detetado o resultado negativo associado à insegurança de um medicamento tem de se questionar, tal como se fez para a inefetividade, se existe uma relação entre a insegurança e a quantidade do medicamento implicada. Com base nisto, diferencia-se a **insegurança quantitativa da não quantitativa.**

4. Até agora avaliou-se apenas uma linha do estado da situação. Este processo repete-se tantas vezes quantas as linhas com problemas de saúde tratados com medicamentos.

Após a conclusão deste processo para todos os problemas de saúde tratados com medicamentos, pergunta-se: há algum problema de saúde que **não** esteja a ser tratado farmacologicamente e que **não** tenha sido relacionado com nenhum dos RNM identificados até ao momento? Ou seja, para além de não estarem a ser tratados farmacologicamente, estes problemas de saúde não

devem ter sido considerados um resultado negativo de um qualquer medicamento desnecessário, inefetivo ou inseguro.

Caso existam estes problemas de saúde, determinar-se-á se são suscetíveis de ser tratadas com medicamentos e, em caso afirmativa, avaliar-se-á se a instauração de farmacoterapia é necessária. Se a resposta for positiva, então ter-se-á detetado um RNM associado ao facto de o doente não receber um tratamento farmacológico que necessita.

Ao finalizar a identificação deste último tipo de RNM, conclui-se o processo de identificação sistemática de resultados negativos da medicação. Neste momento, ter-se-á uma lista dos resultados negativos da medicação, numa determinada data.”

FASE DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ATUAÇÃO

O objetivo desta fase é elaborar um plano de atuação, em conjunto com o doente, para que este o consiga cumprir. O plano de atuação consiste num programa de trabalho, contínuo no tempo, onde constam as várias intervenções farmacêuticas que pretendem melhorar ou preservar o estado de saúde do doente. Pode então dizer-se que a “*intervenção farmacêutica ocorre quando um profissional realiza a monitorização farmacoterapêutica.*”³ O seu objetivo será “*1) resolver ou prevenir os RNM, 2) preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados ou, simplesmente, 3) assessorar ou instruir o doente*”⁴ em obter melhores cuidados na assessoria aos seus PS ou melhoria no uso dos medicamentos.

O desenho do plano de atuação, implica, obrigatoriamente, a tomada de decisões clínicas, e terá de ser feito considerando sempre os objetivos mais tangíveis e exequíveis para o doente. Neste processo, é fundamental considerar a opinião do doente, uma vez ser ele o principal responsável pela sua saúde, e como tal, provavelmente quererá colaborar naquilo que lhe for proposto. Por esta razão, o modelo clínico para a tomada de decisões no SF é o “*modelo de decisões partilhadas centrado no doente*”⁴ em que tanto o farmacêutico como o doente partilham informação e responsabilidades por forma a chegar à melhor opção terapêutica. Este método contempla alguns requisitos base, tais como: intimidade entre o farmacêutico e o doente; conversar sobre medos, expectativas e realidades; apresentação de todas as vantagens e desvantagens de qualquer decisão clínica; partilha de recomendações pessoais; negociação da melhor decisão clínica para o doente.

Durante esta fase é importante considerar que outros profissionais de saúde poderão também estar envolvidos, como por exemplo, se a intervenção farmacêutica consistir numa mudança de alguma característica do tratamento e assim necessite de avaliação pelo médico.

A estruturação do plano de atuação passa pelos seguintes passos:

1. “*Definir objetivos;*
2. “*Hierarquizar por prioridade os objetivos, tendo em conta a relevância clínica dos problemas de saúde, bem como as preferências do doente;*
3. “*Determinar as intervenções farmacêuticas – existem 10 tipos de intervenções farmacêuticas que podem ser realizadas para tentar resolver ou prevenir RNM’s; (Anexo XII)*
4. “*Planificar as intervenções.*”⁴

No que diz respeito a que tipo de intervenções devem ser escolhidas, é importante ter em consideração que deve ser seleccionada a intervenção farmacêutica mais adequada ao objetivo

a atingir, de acordo com bases científicas que demonstraram que aquela seria efetiva no controlo e melhoria de determinado problema de saúde.

Embora o objetivo desta fase seja resolver RNM's, é natural que surjam intervenções farmacêuticas de caráter mais específico, que não sejam obrigatoriamente de índole farmacológica, mas "vinculadas à gestão integral do problema de saúde"⁶, uma vez que têm valor clínico reconhecido e apresentam melhorias significativas na saúde do doente.

Quando são realizadas intervenções farmacêuticas em que seja necessário comunicar com outro profissional de saúde, por exemplo com o prescritor do doente, recomenda-se fazê-lo através de um relatório escrito que deve contemplar os seguintes pontos: "apresentação do doente – motivo do encaminhamento – parecer farmacêutico – despedida"⁶.

De forma a finalizar esta fase é necessário definir quando se introduzirão as intervenções farmacêuticas. Haverá situações em que estas terão de ser iniciadas de forma gradual, ou então, caso a premência do caso assim o exija, poderá ser necessário iniciar várias intervenções simultaneamente. Ainda assim, recomenda-se estabelecer uma data de iniciação de qualquer intervenção farmacêutica, ainda que estimada. Também se deverá marcar uma "data de revisão da intervenção farmacêutica"⁶ de forma a avaliar os resultados produzidos até então e por fim uma "data de avaliação do resultado da intervenção"⁶. Neste sentido, existe um documento no qual se deve registar o objetivo de cada intervenção farmacêutica bem como a sua data de início. (Anexo XIII). Por fim, devem também registar-se as intervenções a realizar na "agenda do doente", por ordem de prioridade, de acordo com os objetivos que devem ser atingidos pelo doente (Anexo XIV).

Uma intervenção específica que poderá ser realizada pela FSC – no caso particular de um doente não ter capacidade de gerir a sua própria medicação, ou caso não tenha apoio social para o assistir neste processo – será através do **FarmaPack®**, um serviço de Dispensa Individualizada de Medicamentos.⁸

ENTREVISTAS FARMACÊUTICAS SUCESSIVAS

A fase de entrevistas farmacêuticas "encerra"⁶ a SF, e torna-o "cíclico"⁶ na medida em que, a partir deste momento, a SF só terminará caso o doente ou o farmacêutico o decida abandonar. Assim, esta fase servirá para:

- "Conhecer a resposta do doente e/ou do médico à proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico
- Comprovar a continuidade da intervenção
- Obter informação sobre o resultado da intervenção farmacêutica".⁶

As entrevistas sucessivas servirão, não só apenas para acompanhar as intervenções em curso, mas também para colocar outras intervenções em marcha de acordo com as circunstâncias que surjam. Servem também de motivos para marcar novas consultas o surgimento de novos PS ou novos medicamentos, ou caso o doente assim o solicite. É normal que no decorrer das entrevistas se adquira nova informação acerca do doente, informação atualizada, que deverá integrar a HF. Existe também documentação de apoio para esta fase: a folha de registo das entrevistas sucessivas (Anexo XV).

CONCLUSÃO

Em suma, é importante realçar que o projeto só poderá ser aplicado caso as condições da farmácia assim o permitam, ou seja, caso existam recursos humanos apropriados e suficientes para tal. Previamente à implementação deste projeto deverá ser feita uma leitura intensiva do documento, e consequentemente uma preparação aprofundada, de forma a estar devidamente preparado perante o primeiro doente utilizador deste serviço. É fulcral que o farmacêutico apresente confiança, sem nunca desconsiderar a postura científica necessária e inerente ao serviço apresentado. É ainda importante referir que, independentemente da constituição da equipa da farmácia, este será um serviço que deve ser realizado exclusivamente por farmacêuticos.

Por fim, a primeira premissa do serviço nunca deverá ser esquecida: o centro é o doente. E como tal, todas as ações tomadas serão com vista à sua melhoria contínua, no entanto, e apesar disto, também se deve ter em vista o crescimento contínuo do farmacêutico, não só pessoal, mas como parte integrante de uma comunidade social, e acima de tudo, como agente constante de promoção da saúde.

ANEXOS

Anexo I. Classificação de Resultados Negativos associados ao Medicamento pelo Terceiro Consenso de Granada, 2007 (Retirado de ⁶)

NECESSIDAD Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita. Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita. Necessity Untreated health problem. The patient suffers from a health problem as a consequence of not receiving the medicine that he needs. Effect of unnecessary medicine. The patient suffers from a health problem as a consequence of receiving the medicine that he does not need.
EFFECTIVIDAD Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación. Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación. Effectiveness Non-quantitative ineffectiveness. The patient suffers from a health problem associated with of a non-quantitative ineffectiveness of the medication. Quantitative ineffectiveness. The patient suffers from a health problem associated with of a quantitative ineffectiveness of the medication.
SEGURIDAD Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento. Safety Non-quantitative safety problem. The patient suffers from a health problem associated with a non-quantitative safety problem of the medication. Quantitative safety problem. The patient suffers from a health problem associated with a quantitative safety problem of the medication.

Anexo II. Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos pelo Segundo Consenso de Granada, 2002 (Retirado de ¹)

Quadro II - Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM)

Necessidade:

PRM 1 – O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita

PRM 2 – O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita

Efectividade:

PRM 3 – O doente tem um problema de saúde por uma inefectividade não quantitativa da medicação

PRM 4 – O doente tem um problema de saúde por uma inefectividade quantitativa da medicação

Segurança:

PRM 5 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento

PRM 6 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Anexo III. Documentos para a Entrevista Farmacêutica (Retirado de ⁶⁾)

Entrevista Farmacêutica: **Problemas de Saúde**

Data: _____

Folha: _____ / _____



Problema de Saúde: _____ Início: _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____
Problema de Saúde: _____ Início: _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____
Problema de Saúde: _____ Início: _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____

Informação básica a obter sobre os problemas de saúde (P.S.): 1) Preocupações e expectativas do paciente em relação ao problema de saúde; 2) História da doença; 3) Sintomas e sinais; 4) Período de duração dos sintomas; 5) Tratamento e medidas higiênicas relacionadas com o problema de saúde.

Entrevista Farmacêutica: **Medicamentos**



Data: _____

Folha: / _____

Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ PS. que trata: _____ Prescrição prescrita Prescrição utilizada Prescritor: _____	Percepção da Eficácia: "na melhor" _____ Percepção da Segurança: "na melhor" _____ Data de início Data de fim Modo de uso e de administração: _____ Observações: _____	Data de início Data de fim Modo de uso e de administração: _____ Observações: _____
---	---	--

Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ PS. que trata: _____ Prescrição prescrita Prescrição utilizada Prescritor: _____	Percepção da Eficácia: "na melhor" _____ Percepção da Segurança: "na melhor" _____ Data de início Data de fim Modo de uso e de administração: _____ Observações: _____	Data de início Data de fim Modo de uso e de administração: _____ Observações: _____
---	---	--

Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ PS. que trata: _____ Prescrição prescrita Prescrição utilizada Prescritor: _____	Percepção da Eficácia: "na melhor" _____ Percepção da Segurança: "na melhor" _____ Data de início Data de fim Modo de uso e de administração: _____ Observações: _____	Data de início Data de fim Modo de uso e de administração: _____ Observações: _____
---	---	--

Pressão Arterial

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Anexo IV. Sequência que permite fazer a revisão da cabeça aos pés. (Retirado de ⁶⁾)

Revisão:

Cabelo:

Cabeça:

Ouvidos, olhos, nariz, garganta:

Boca (aftas, secura...):

Pescoço:

Mãos (dedos, unhas...):

Braços:

Coração:

Pulmões:

Barriga:

Rins:

Fígado:

Orgãos genitais:

Pernas:

Pés (dedos, unhas):

Músculos:

Pele (securas, erupções...):

Psicológico:

Parâmetros quantificáveis (PA, colesterol, peso, altura...):

Estilos de vida (tabaco, álcool, dieta, exercício...)

Vacinas e alergias.

Anexo V. Modelo do Estado da Situação. (Retirado de ⁶⁾)

(NOTA: O "Código Dóder" é uma forma de identificar o doente, no entanto, neste caso em concreto deverá ser desconsiderado.)



Estado da Situação

Data: / / Folha: /

Doente:

Sexo: Idade: IMC: Alergias:

Código Dóder:

Problemas de Saúde

Problema de saúde	Conteúdo	Presença	Desde	Medicamentos (substância ativa)	Prescrição	Utilizada	Classif. IMA	Data início

Observações

Principais Pontos (7's Regalar (6's Bactaria (6)

Avaliação

N	E	S	Classif. IMA	Data início

DATA

PASARELOS

Anexo VI. Tabela Resumo dos RNM's. (Retirado de ⁴⁶)

RNM	Medicamento implicado	Classificação RNM	Causa (PSM)	Observações (gêneros do medicamento)

[illegible]

Anexo VIII. Para cada problema de saúde, deverão ser colocadas as questões abaixo. (Retirado de ⁶⁾)

1. Definição e conceito do problema de saúde
2. Causas do problema de saúde
3. Controle do problema de saúde
4. Critérios de encaminhamento ao médico
5. Fatores que podem influenciar no controle do problema de saúde
6. Tratamento do problema de saúde
7. Atuações com a equipa de saúde
8. Educação para a saúde

Anexo IX. Para cada medicamento utilizado pelo doente, devem ser consideradas as questões abaixo. (Retirado de ⁶⁾)

1. Indicação do medicamento
2. Ação farmacológica e mecanismo de ação
3. Objetivo terapêutico do medicamento
4. Dose, dosagem e frequência (posologia) do medicamento
5. Normas do correto uso e administração
6. Efeitos adversos
7. Aspectos que possam comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos
8. Educação para a saúde sobre o medicamento

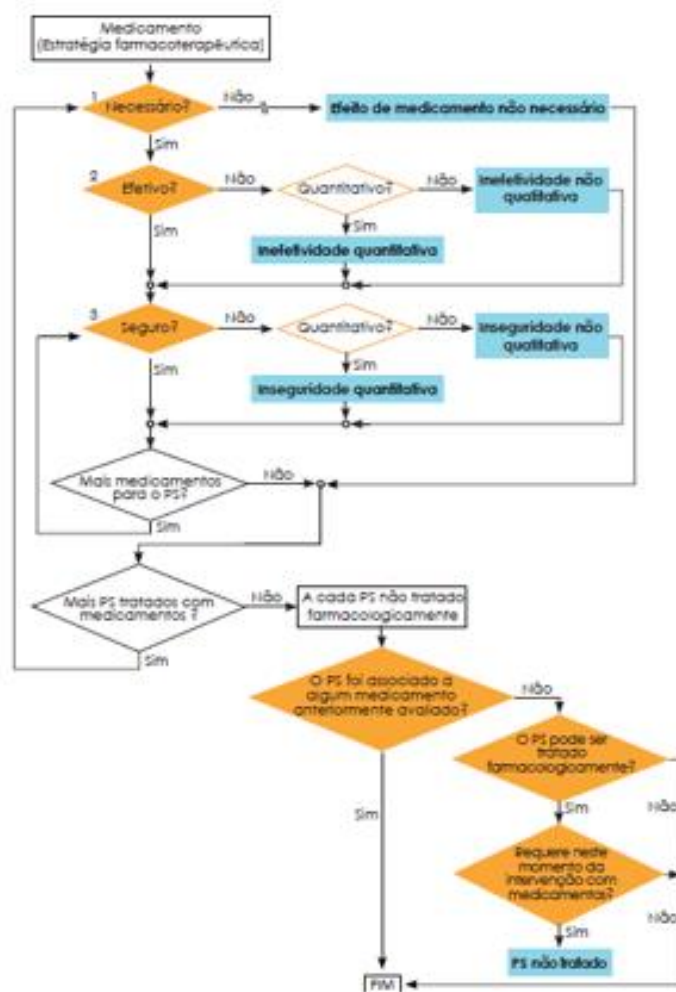
Anexo X. Fontes de informação essenciais sobre medicamentos. (Retirado de *)

Indicação	Resumo das Características do Medicamento (RCM)/Ficha técnica, Catálogo de especialidades, Vade-mécums
Ação farmacológica	Livros de farmacologia básica
Mecanismo de ação	Livros de farmacoterapia
Objetivo terapêutico do medicamento	Guias de Prática Clínica Livros de Farmacoterapia Manuais de Terapêutica Vade-mécums
Intervalo de utilização do Medicamento (margem terapêutica)	RCM, Catálogo de especialidade Livros de farmacoterapia Vade-mécums
Dose, dosagem e frequência do medicamento	Fontes específicas*
Normas de correto uso e administração	Catálogo de especialidades, prospectos/folhetos de informação Livros de farmacoterapia Vade-mécums Fontes específicas*
Efeitos indesejados	RCM, Catálogo de especialidades Livros de farmacologia básica Livros de farmacoterapia Vade-mécums Fontes específicas*
Aspectos que podem comprometer a efetividade e segurança dos medicamentos	RCM, Catálogo de especialidades Livros de farmacologia básica Livros de farmacoterapia Guias de Prática Clínica Fontes específicas*
Efeito dos problemas de saúde e outras situações do doente sobre o medicamento	Livros de farmacoterapia Livros de medicina clínica Guias de Prática Clínica Fontes específicas*

* Fontes específicas: livros, bases de dados, recursos web ou aplicações informáticas desenhadas para algum aspeto concreto da farmacoterapia.

IMPORTANTE: Na fase de estudo de medicamentos novos ou de pertinência terapêutica, efetividade ou segurança questionável deve recorrer-se a fontes mais especializadas pela seguinte ordem (1) **Evidência para os Cuidados de Saúde**, (2) **revisões sistemáticas** e (3) **artigos originais**.

Anexo XI. Esquematização do processo de identificação de RNM's. (Retirado de ⁴⁾)



Anexo XII. Tipos de Intervenções Farmacêuticas. (Retirada de ⁶⁾)

Categoria	Intervenção	Definição
Intervir na quantidade de medicamentos	Alterar a dose	Ajuste da quantidade de fármaco que se administra de uma vez.
	Alterar a dosagem	Alteração na frequência e/ou duração do tratamento.
	Alterar a frequência da administração (redistribuição da quantidade)	Alteração do esquema pelo qual ficam repartidas as tomas do medicamento ao longo do dia.
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento (s)	Incorporação de um novo medicamento aos que o doente já usa (não substitui).
	Retirar um medicamento (s)	Abandono da administração de um determinado(s) medicamento(s) dos que o doente utiliza.
	Substituir um medicamento (s)	Substituição de algum medicamento dos que o doente utilizava por outros de composição diferente, diferente forma farmacêutica ou via de administração.
Intervir na educação ao doente	Educar no uso do medicamento (diminuir o incumprimento involuntário)	Educação nas instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento.
	Alterar atitudes respeitantes ao tratamento (diminuir incumprimento voluntário)	Reforço da importância da adesão do doente ao seu tratamento.
	Educar nas medidas não farmacológicas	Educação do doente em todas as medidas higieno-dietéticas que favoreçam a realização dos objetivos terapêuticos.
Não está claro: Não se estabelece com clareza qual é a ação que se deveria realizar. Encaminha-se ao médico para que este avalie a situação do doente e leve a cabo a ação mais adequada.		

Anexo XIII. Modelo do Plano de atuação. (Retirado de ⁴⁾)

Plano de atuação



Data:
Folha: /

Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planejada)	Prioridade	Alcançado	Data
1				☐	
2				☐	
3				☐	
4				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenções farmacêuticas		
Descrição e Planificação	Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controle, resultado

Anexo XIV. Modelo da Agenda do Doente. (Retirado de ⁶⁾)

[illegible]

Anexo XV. Folha das Entrevistas Sucessivas. (Retirado de ⁴⁾)

Entrevistas Sucessivas				Data: /	Folha: /
Data	Problema de Saúde e Motivo da Consulta	Observações	Problema revisado		

BIBLIOGRAFIA

- [1] **ORDEM DOS FARMACÊUTICOS:** *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*. Acessível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/codigo_deontologico_da_of_443_6676175988472c14020.pdf [Acedido em 1 de agosto de 2019]
- [2] Ordem dos Farmacêuticos, *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária*. Conselho Nacional da Qualidade, 2009. 3.
- [3] Santos, H. M., Ferreira, P. I., Ribeiro, P. L., & Cunha, I. (2007). Introdução ao seguimento farmacoterapêutico. *GICUF-UHT*, 1, 1.
- [4] ~~Estevão, J.~~ (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*, (56), 41-63.
- [5] Santos, H., Iglesias, P., Fernández-Llímós, F., Faus, M. J., & Rodrigues, L. M. (2004). Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Acta Med Port*, 17, 59-66.
- [6] Hernández, D. S., & Castro, M. M. S. (2009). Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico. *Universidade de Granada*. Tradução: *Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Brasil*.
- [7] Correr, C. J., Rotta, I., & Fernandez-Llímós, F. (2013). Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas?. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(1), 21-34.
- [8] FarmaPack: Dispensa Individualizada de Medicamentos: ~~Home~~. Acessível em: <https://farmapack.pt/>. [Acedido a 12 de setembro de 2019]
- [9] de Consenso, C. (2007). ~~Terceiro~~ Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos ~~asociados~~ a la ~~medicación~~ (RNM). *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 48(1), 5-7.



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
www.ff.up.pt