

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia de Grijó

Isabel Neves Sousa

M

2020-2021

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia de Grijó



18 de janeiro a 30 de abril de 2021

1 de julho a 17 de julho de 2021

Isabel Neves Sousa

Orientador: Dr. Daniel Costa Pinto

Tutor FFUP: Prof. Doutora Manuela Morato

setembro de 2021

Declaração de Integridade

Eu, Isabel Neves Sousa, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº. 201605310, 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 referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e autoplágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 16 de setembro de 2021

Isabel Neves Sousa

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por estes cinco anos de crescimento académico, profissional e pessoal, e a todo o corpo docente, funcionários e colegas com quem tive a oportunidade de me cruzar. Em particular à Comissão de Estágios e à minha tutora, Professora Doutora Manuela Morato, pela orientação, auxílio, esclarecimentos prestados e por toda a disponibilidade para comigo demonstrada durante o meu estágio.

A toda a equipa da Farmácia de Grijó, um enorme obrigada pelos quatro meses fantásticos que me proporcionaram, por me terem acolhido tão carinhosamente, por todos os ensinamentos e conselhos. São uma família que me acolheu muito bem e cada um de vocês ensinou-me algo e marcou-me sem se ter apercebido.

À Dr^a. Maria Amélia Sousa, agradeço pela oportunidade de estagiar na Farmácia de Grijó, pelo carinho e por me ajudar e inspirar a ser uma melhor farmacêutica.

Ao Dr. Daniel Pinto, meu orientador, obrigada pela ajuda e acompanhamento, por todos os ensinamentos transmitidos, pelo apoio nos projetos desenvolvidos e por me ajudar a ultrapassar alguns obstáculos.

À Dr^a. Patrícia, Dr^a. Joana, Luciana, Ana e Rita, obrigada pela disponibilidade, por me ajudarem em todas as minhas questões, por me acompanharem em todas as atividades e pela paciência e confiança que depositaram em mim.

À Dona Adília quero agradecer pela amabilidade e por me acolher de braços abertos com a sua boa disposição.

Agradeço às minhas amigas da faculdade que partilharam comigo estes 5 anos, foi uma grande aventura por nós vivida e não podíamos ter criado melhores memórias. Fomos o apoio umas das outras, tanto pela partilha, pelos desabafos como pela amizade que criamos.

Às minhas amigas fora da faculdade, obrigada por me acompanharem há uma vida e por serem o meu apoio incondicional, por sempre me ajudarem e por me aconselharem da melhor forma.

Aos meus pais, obrigada é pouco para tudo o que fizeram e fazem por mim, pelos esforços, pelo amor incondicional, por toda a disponibilidade, carinho e compreensão que demonstram comigo, por serem aqueles que mais me apoiam em tudo e que me incentivam a ser uma pessoa melhor.

Ao resto dos meus familiares quero agradecer pelo apoio, pelo carinho e por acreditarem em mim.

A todos, um enorme e sincero obrigada! Termino este estágio muito mais enriquecida e uma pessoa melhor, pois sem vocês não teria sido possível.

Resumo

O estágio profissionalizante em Farmácia Comunitária é o culminar do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e ocorre no âmbito da unidade curricular Estágio, inserida no 5º ano, 2º semestre. Ao longo de nove semestres os estudantes adquirem competências e conhecimentos teóricos e práticos que os vão ajudar na sua vida profissional, além de contribuírem para o seu crescimento pessoal. Assim, o estágio é onde o estudante tem o primeiro contacto com o dia a dia de um farmacêutico, além de ter a oportunidade de conhecer e perceber a dinâmica de uma farmácia comunitária.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, encontram-se descritas as atividades por mim realizadas na Farmácia de Grijó durante os quatro meses de estágio, onde descrevo, de forma sucinta, a organização funcional da farmácia, a sua gestão, a dispensa de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, os serviços prestados, a minha experiência e atividades realizadas, que em tudo contribuíram para o meu crescimento como farmacêutica. Na segunda parte, encontra-se a descrição detalhada dos dois projetos que desenvolvi: Projeto I - “Semana do Sono” e Projeto II – “Seguimento Farmacoterapêutico – Método Dáder”, que tiveram como objetivo consciencializar tanto os utentes como a equipa da farmácia para tópicos importantes, de forma a acrescentar-lhes conhecimento.

Este estágio foi, acima de tudo, enriquecedor e carregou-me de ferramentas cruciais para o mundo do trabalho.

Índice geral

Declaração de Integridade.....	III
Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	V
Índice geral	VI
Índice de tabelas.....	IX
Índice de anexos	IX
Lista de abreviaturas	X
Parte I – Descrição das atividades desenvolvidas em Farmácia Comunitária.....	1
1. Introdução	1
2. Farmácia de Grijó.....	2
2.1. Localização e horário de funcionamento.....	2
2.2. Agrupamento de farmácias.....	2
2.3. Recursos humanos	2
2.4. Perfil dos utentes	2
2.5. Caracterização do espaço físico	3
2.5.1. Espaço exterior	3
2.5.2. Espaço interior.....	3
2.5.2.1 Área de atendimento ao público	3
2.5.2.2 <i>Back office</i>	4
2.5.2.3 Gabinete de atendimento privado	4
2.5.2.4 Zonas de armazenamento de medicamentos.....	4
2.5.2.5 Laboratório de manipulados	5
2.6. Divulgação e estratégias de marketing.....	5
2.7. Fontes de informação	5
2.8. Adaptações face à Pandemia “ <i>Corona Virus Disease 2019</i> ” (COVID-19)	5
3. Gestão e administração geral da Farmácia de Grijó.....	6
3.1. Sistema informático.....	6
3.2. Seleção, aquisição e gestão de stocks.....	6
3.3. Receção, verificação de encomendas e marcação de preços.....	7
3.4. Armazenamento.....	8
3.5. Reservas.....	9
3.6. Empréstimos da/à Farmácia de São Mamede.....	9
3.7. Devoluções e reclamações.....	9
3.8. Controlo de prazos de validade	10
3.9. Quebras.....	10
3.10. Controlo da humidade e temperatura	10
4. Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos.....	11
4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica	11

4.1.1	A Prescrição Médica e a Validação da Prescrição Médica	12
4.1.2	Sistema de saúde, participações e subsistemas.....	13
4.1.3	Conferência de receituário e faturação	14
4.1.4	Medicamentos genéricos	14
4.1.5	Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	15
4.2.	Medicamentos não sujeitos a receita médica	15
4.3.	Medicamentos manipulados	16
4.4.	Produtos e Medicamentos de uso veterinário.....	16
4.5.	Suplementos alimentares.....	17
4.6.	Produtos para alimentação especial.....	17
4.7.	Produtos de dermofarmácia, cosméticos e higiene corporal	18
4.8.	Artigos de Puericultura e Obstetrícia	18
4.9.	Dispositivos médicos.....	18
4.10.	Medicamentos e produtos homeopáticos	19
5.	Serviços farmacêuticos adicionais prestados pela Farmácia de Grijó.....	19
5.1.	Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos.....	19
5.2.	Administração de medicamentos injetáveis	19
5.3.	Furação de orelhas.....	20
5.4.	Consultas de nutrição	20
5.5.	Consultas de podologia	20
5.6.	Recolha de medicamentos através do VALORMED	20
5.7.	Campanha de reciclagem de radiografias.....	20
5.8.	Serviço de entregas ao domicílio.....	20
5.9.	Cuida.pt	21
5.10.	Preparação individualizada da medicação.....	21
5.11.	Testes rápido de deteção de antigénio.....	21
6.	Formação contínua	22
	Parte II – Projetos desenvolvidos em Farmácia Comunitária.....	22
	Projeto I – Semana do Sono	22
1.	Contextualização do projeto	22
2.	O sono.....	22
2.1.	O sono e a sua importância.....	22
2.2.	Ciclo do sono.....	23
2.3.	Fases do sono.....	23
2.4.	Fatores que influenciam o sono (idade e género).....	24
2.5.	Reguladores endógenos do sono	25
2.6.	Higiene do sono.....	26
2.7.	Distúrbios do sono.....	26
2.8.	Avaliação da qualidade do sono.....	27

3. MNSRM e Suplementos Alimentares com interesse na regulação do sono.....	27
4. Objetivos	28
5. Metodologia	28
6. Resultados e discussão	29
6.1. Índice de qualidade do sono	29
6.2. Caracterização demográfica da amostra.....	29
6.3. Perceção da qualidade do sono.....	29
6.4. Abordagem terapêutica.....	30
6.5. Hábitos de higiene do sono e recomendações.....	30
6.6. Relação entre valores.....	30
6.6.1. Perceção <i>versus</i> PSQI.....	30
6.6.2. PSQI <i>versus</i> Hábitos de higiene do sono.....	31
6.6.3. Uso de medicação/suplementos alimentares	31
6.7. Alcance das redes sociais	32
7. Conclusão.....	32
Projeto II – Seguimento Farmacoterapêutico – Método de Dáder	33
1. Contextualização do projeto	33
2. Cuidados farmacêuticos	33
3. Seguimento farmacoterapêutico	34
3.1 Problema relacionado com o medicamento e resultado negativo associado à medicação	34
3.2 Impacto de um método de seguimento farmacoterapêutico	35
3.3 Barreiras à implementação de um método de seguimento farmacoterapêutico	36
4. Método Dáder.....	36
4.1. História farmacoterapêutica do doente.....	36
4.2. Modelo de decisões partilhadas centrado no doente	36
4.3. Etapas	37
4.3.1. Oferta do serviço	37
4.3.2. Entrevista farmacêutica	37
4.3.3. Estado de situação	37
4.3.4. Fase de estudo.....	38
4.3.5. Fase de avaliação	38
4.3.6. Fase de intervenção	38
4.3.7. Entrevistas sucessivas.....	38
5. Objetivos	39
6. Metodologia	39
7. Resultados e discussão	39
8. Conclusão.....	40
Considerações finais.....	40
Bibliografia	41

Índice de tabelas

Tabela 1 - Cronograma das principais atividades e projetos realizados durante o estágio profissionalizante na FG.....	1
Tabela 2 - Horas de sono diárias recomendadas, segundo a National Sleep Foundation.	25
Tabela 3 - Exemplos de PRM.	34
Tabela 4 - Classificação de RNM	35

Índice de anexos

Anexo I. Cronograma das formações frequentadas.....	46
Anexo II. Instastories utilizados para divulgação do projeto I.....	47
Anexo III. Publicações colocadas na página de Facebook para divulgação do projeto I.	48
Anexo IV. Cartaz exposto na FG e na FSM para anunciar o projeto I, bem como linear elaborado para divulgação do projeto na FG.....	49
Anexo V. Publicações colocadas na página de Facebook e Instagram sobre higiene do sono.	50
Anexo VI. Publicações colocadas na página de Facebook relativas a mito <i>versus</i> verdade.	51
Anexo VII. Instastories relativos a mito <i>versus</i> verdade.....	52
Anexo VIII. Versão portuguesa validada do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.	53
Anexo IX. Inquérito de Qualidade e Higiene do sono efetuado aos participantes.....	55
Anexo X. Respostas ao inquérito PSQI.....	60
Anexo XI. Respostas ao inquérito de Qualidade e Higiene do sono.....	60
Anexo XII. Apresentação <i>powerpoint</i> relativa ao tema “Seguimento Farmacoterapêutico – Método Dáder”.	66
Anexo XIII. Inquérito de Qualidade e Satisfação.	80
Anexo XIV. Respostas ao inquérito de Qualidade e Satisfação.....	82

Lista de abreviaturas

AMI	Assistência Médica Internacional
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AOS	Apneia Obstrutiva do Sono
BPF	Boas Práticas de Fabrico
Cooprofar	Cooperativa dos Proprietários de Farmácia
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direção-Geral da Saúde
DT	Diretor Técnico
FEFO	<i>First Expired, First Out</i>
FG	Farmácia de Grijó
FIFO	<i>First In, First Out</i>
FSM	Farmácia de São Mamede
Glintt	<i>Global Intelligent Technologies Healthcare Solutions S.A.</i>
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MG	Medicamento Genérico
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
NMA	Novo Módulo de Atendimento
NREM	<i>Non-rapid eye movement</i>
OTC	<i>Over-the-counter</i>
PCHC	Produtos cosméticos e de higiene corporal
PIC	Preço impresso na cartonagem
PIM	Preparação Individualizada da Medicação
PRM	Problema relacionado com o medicamento
PSQI	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
PV	Prazo de validade
PVF	Preço de venda à farmácia
PVP	Preço de venda ao público
PWDT	Pharmacist's Workup of Drug Therapy
RCM	Resumo das Características do Medicamento
REM	<i>Rapid eye movement</i>
RM	Receita médica
RNM	Resultado negativo associado à medicação
SAMS	Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários

SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2
SFT	Seguimento Farmacoterapêutico
SI	Sistema informático
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SOAP	Subjective, Objective, Assessment, Plan
SWS	<i>Slow Wave Sleep</i>
TOM	Therapeutic Outcomes Monitoring
TRAg	Teste Rápido de Detecção de Antígeno
VMI	<i>Vendor Managed Inventory</i>

Parte I – Descrição das atividades desenvolvidas em Farmácia Comunitária

1. Introdução

O culminar dos estudos académicos é o estágio profissionalizante, onde as atividades realizadas pelo estagiário não se limitam ao atendimento e dispensa de medicação, mas são um meio de dedicação e confiança estabelecidos com o utente. A farmácia comunitária constitui, muitas vezes, o primeiro local ao qual os utentes recorrem nas suas questões de saúde. Devido à fase pandémica que atravessamos, o farmacêutico tem apresentado um papel de destaque quer pela proximidade estabelecida com os utentes, quer pela pouca facilidade de acesso a consultas. Desta forma, o farmacêutico, como especialista do medicamento, demonstrou que tem a capacidade de contribuir para a saúde e bem-estar da sua comunidade.

O presente relatório resume as atividades desenvolvidas nos quatro meses do meu estágio em farmácia comunitária na Farmácia de Grijó (FG), sob a orientação do Dr. Daniel Pinto, no período de 18 de janeiro a 17 de julho, com pausa para realização do estágio em Farmácia Hospitalar nos meses de maio e junho. Na tabela 1 encontra-se representado o cronograma das principais atividades e projetos realizados.

Tabela 1 - Cronograma das principais atividades e projetos realizados durante o estágio profissionalizante na FG.

Atividades realizadas	janeiro	fevereiro	março	abril	julho
Seleção, aquisição e gestão de stocks			✓	✓	✓
Receção e verificação de encomendas	✓	✓	✓	✓	✓
Armazenamento de produtos farmacêuticos	✓	✓	✓	✓	✓
Empréstimos da/à FSM		✓	✓	✓	✓
Reservas, devoluções e reclamações	✓	✓	✓	✓	✓
Controlo de prazo de validade	✓	✓	✓	✓	✓
Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	✓	✓	✓	✓	✓
Visualização de atendimentos (1 a 12 março)			✓		
Atendimento ao público com supervisão (15 a 26 março)			✓		
Atendimento ao público sem supervisão				✓	✓
Participação em formações	✓	✓	✓	✓	✓
Preparação individualizada da medicação		✓	✓	✓	✓
Manipulados (29 março a 1 abril)			✓	✓	
Semana do Sono (22 março a 1 abril)			✓	✓	
Seguimento Farmacoterapêutico – Método Dáder (16 julho)					✓

2. Farmácia de Grijó

2.1. Localização e horário de funcionamento

Fundada a 17 de dezembro de 2011, a FG é o resultado da atribuição de um novo alvará de farmácia por concurso público iniciado em 2003. Localiza-se na Rua Quinta da Fábrica nº 211, 4415-516, na união de freguesias Grijó-Sermonde, no concelho de Vila Nova de Gaia. Apresenta fácil acessibilidade através de carro, transportes públicos ou mesmo pela via pedonal. A proximidade à Estrada Nacional N1, escolas, zona industrial e locais de prestação de cuidados e serviços de saúde (como o centro de saúde e Associação de Socorros Mútuos e Fúnebres Familiares de Grijó), faz com que seja uma farmácia com bastante movimento e diversidade de utentes.

Encontra-se em funcionamento nos dias úteis das 9h às 20h e ao sábado das 9h às 18h com pausa para almoço das 13h às 14h. Aos domingos e feriados encontra-se encerrada.

O horário que realizei foi definido juntamente com o diretor técnico (DT) – Dr. Daniel Pinto: dias úteis das 9h às 18h com pausa de almoço das 13h às 14h. Sempre me foi permitida flexibilidade de horário e a meu pedido consegui estagiar ao sábado de modo a perceber as diferentes dinâmicas da farmácia.

2.2. Agrupamento de farmácias

Inicialmente, a direção técnica da FG pertencia à Dr^a Maria Amélia Sousa. Porém, em 2018, com a aquisição da Farmácia de São Mamede (FSM), houve alteração na direção técnica, ficando o Dr. Daniel Pinto como DT da FG e a Dr^a Maria Amélia Sousa como DT da FSM. Assim, a FG pertence a um agrupamento de farmácias da mesma proprietária – Dr^a Maria Amélia Sousa.

2.3. Recursos humanos

A equipa é constituída por nove colaboradores: quatro farmacêuticos, três técnicos de farmácia, uma colaboradora responsável pela organização do armazém e uma colaboradora responsável pela limpeza. Os colaboradores trabalham por turnos de forma a assegurar todos os horários de funcionamento da farmácia, onde cada um é responsável por determinadas funções, tais como: organização de lineares, controlo de stocks e de prazos de validade (PV), gestão das redes sociais, gestão da loja *online* cuida.pt, entregas ao domicílio, entre outras.

Durante o meu período de estágio, tive a oportunidade de participar nas várias funções das quais a equipa é responsável, como por exemplo na verificação dos PV no final de cada mês.

2.4. Perfil dos utentes

A localização da FG justifica a afluência de utentes de diferentes faixas etárias, na sua maioria idosos polimedicados, que devido à proximidade das suas casas, ali se dirigem para adquirir a sua medicação, pedir ajuda para interpretar análises clínicas ou mesmo para efetuar a medição de certos parâmetros bioquímicos. Por conseguinte, a farmácia apresenta utentes fidelizados há vários anos, o que permite conhecer a população circundante. A FG também é frequentada por utentes de outras faixas etárias, que, além de adquirir produtos farmacêuticos, vêm usufruir dos diversos

serviços que a farmácia presta, sendo que muitas vezes são atraídos pelo cartão de fidelização, onde há a possibilidade de acumular pontos e obter vales de desconto. Para além disso, alguns utentes deslocam-se à farmácia devido ao conhecimento desta através das redes sociais ou através da loja *online*.

2.5. Caracterização do espaço físico

2.5.1. Espaço exterior

A FG localiza-se no rés-do-chão de um edifício habitacional e garante a acessibilidade ao estabelecimento parte de todos os seus utentes, segundo as Boas Práticas de Fabrico (BPF) [1]. Apresenta no exterior a cruz verde luminosa e a denominação “farmácia”. Na fachada do edifício está descrito o nome “Farmácia de Grijó”, bem como o logótipo e website da farmácia. Na porta está indicado o nome do DT, horário de funcionamento, sinalética relativa à proibição de fumar e entrada de animais de estimação, aviso de sistema de alarme e videovigilância, bem como sinalética relativa à indicação de atendimento prioritário. A montra apresenta um papel de destaque pois apela à entrada na farmácia, pelo que está em contante renovação para divulgação de promoções e campanhas em vigor, além de que apresenta informação relativa aos serviços farmacêuticos prestados na FG.

2.5.2. Espaço interior

O espaço interior encontra-se repartido por dois pisos ligados por escadas. No piso térreo, encontra-se a área de atendimento ao público, *back office*, gabinete de atendimento privado, zona de armazenamento de medicamentos, gabinete da direção técnica, bem como instalação sanitária. No piso inferior (-1) encontra-se o armazém, laboratório de manipulados e a zona de refeições dos colaboradores.

2.5.2.1 Área de atendimento ao público

Composta por quatro postos de atendimento, cada um equipado com computador, impressora de recibos/faturas, leitor ótico, leitor de cartão de cidadão, terminal multibanco e caixa registadora, porém só um dos balcões apresenta uma impressora de etiquetas de posologia, que está conectada aos quatro postos. Além disso, cada balcão apresenta duas gavetas onde estão armazenados termómetros, alguns Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com bastante saída (como por exemplo paracetamol 500 mg) e amostras. Em cada balcão encontram-se expostos pósteres relativos a produtos *Over-the-counter* (OTC) ou serviços disponíveis na farmácia.

Atrás dos balcões de atendimento, numa área inacessível ao público, estão expostos, em prateleiras, diversos MNSRM e OTC, organizados por categorias, que variam sazonalmente: por exemplo, durante o inverno tem uma zona destinada a constipação e tosse e, durante o verão, uma zona destinada a picadas de insetos.

No centro da farmácia destacam-se os lineares de exposição organizados por secções específicas: dermofarmácia e cosmética, produtos veterinários, saúde oral, cuidado capilar, puericultura, cuidados para pré-mamãs e mamãs, aromaterapia, cuidado de hidratação corporal e podologia, produtos biológicos e de alimentação especial. Numa zona central desses lineares,

encontra-se um expositor móvel e uma gôndola, estrategicamente posicionados, onde estão expostos produtos farmacêuticos que variam conforme a época do ano e campanhas em vigor.

2.5.2.2 Back office

Área onde se faz a receção e verificação de encomendas, devoluções, reclamações, faturação, conferência de receituário e outras atividades relacionadas com a gestão da FG. Esta área está equipada com duas secretárias, computador, impressora, impressora de etiquetas, leitor ótico, telefone e telemóvel, material de apoio logístico e um arquivo onde se encontra toda a documentação destinada à contabilidade (como por exemplo faturas dos armazenistas e notas de crédito) e documentação referente a medicamentos psicotrópicos e estupefacientes e produtos veterinários.

2.5.2.3 Gabinete de atendimento privado

Local reservado e confidencial, onde o farmacêutico pode conversar com o utente em privado, além de ser o local onde se prestam os serviços farmacêuticos disponíveis na farmácia. Encontra-se equipado com uma mesa, marquesa, equipamento necessário à determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, material de escritório, armário e lavatório com torneira.

2.5.2.4 Zonas de armazenamento de medicamentos

No piso 0 encontram-se as gavetas deslizantes onde estão armazenados MNSRM ou Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), organizados alfabeticamente por Denominação Comum Internacional (DCI) ou nome comercial, e ordenados por ordem alfabética de forma farmacêutica e ordem crescente de dose. Em gavetas separadas, estão armazenados, respetivamente, medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, medicamentos veterinários sujeitos a receita médica e tiras e lancetas para serem utilizadas na medicação de parâmetros bioquímicos. Nos gavetões deslizantes encontram-se, organizadas alfabeticamente, as embalagens de maior tamanho, como por exemplo xaropes e cremes. Os excedentes desses produtos e dos produtos dos lineares no centro da farmácia, são colocados em prateleiras no *back office*.

Ainda nesta zona de armazenamento, encontra-se um frigorífico com porta transparente onde estão armazenados medicamentos como colírios, insulinas, vacinas, entre outros, organizados da seguinte forma: a primeira prateleira é destinada aos produtos que estão reservados, e as seguintes organizadas por vacinas, insulinas ou outros produtos de frio, sendo que dentro destas categorias não existe uma organização específica.

Na bancada onde se faz a receção e verificação de encomendas, encontram-se numa gaveta as reservas divididas em pagas e não pagas. Além disso, por cima dessa bancada encontram-se os produtos com PV curto, e por baixo da bancada, os produtos fora de PV que necessitam de ser devolvidos.

No armazém do piso -1 encontram-se todos excedentes de produtos farmacêuticos que não tenham espaço nos lineares ou área de armazenamento do piso superior, organizados por categorias, bem como todo o material decorativo utilizado nas campanhas e promoções.

Nas primeiras semanas do meu estágio, passei a maior parte do tempo no back office e armazém, auxiliando na receção de encomendas, etiquetagem e armazenamento dos produtos em todos os locais da farmácia, o que me permitiu conhecer tanto os produtos farmacêuticos, como os locais de armazenamento.

2.5.2.5 Laboratório de manipulados

O laboratório encontra-se devidamente equipado, porém, como a FG faz parte de um agrupamento, e por haver mais pedidos na FSM, é lá que são realizados os manipulados, à exceção de suspensões orais extemporâneas, como por exemplo de antibióticos.

2.6. Divulgação e estratégias de marketing

Além da prestação de serviços farmacêuticos de promoção da saúde e bem-estar dos utentes, as farmácias são um espaço comercial, pelo que devem definir estratégias para otimizar as vendas. Neste sentido, é necessário que a farmácia se destaque das demais e capte a atenção do público. Assim, a FG apresenta uma página de Facebook e Instagram, onde são divulgadas promoções e campanhas em vigor, dias de aconselhamento de marcas, iniciativas da farmácia, entre outros assuntos que se demonstrem relevantes. Além disso, a FG ainda gere a loja de venda *online* cuida.pt.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de utilizar as redes sociais para divulgar o projeto I – Semana do Sono, que será posteriormente mencionado.

2.7. Fontes de informação

De acordo com as BPF, a farmácia deve apresentar uma biblioteca atualizada e organizada de fontes de informação sobre medicamentos, de modo a ser utilizada em qualquer momento [1]. Assim, a FG possui a nível de acesso físico, o Prontuário Terapêutico, o Índice Nacional Terapêutico, o Formulário Galénico e a Farmacopeia Portuguesa; e a nível de acesso eletrónico, o Resumo das Características do Medicamento (RCM) acedido através do site da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (Infarmed).

Algumas vezes durante o atendimento senti necessidade de recorrer ao RCM para consultar informações acerca de interações medicamentosas, posologia, composição, entre outros.

2.8. Adaptações face à Pandemia “Corona Virus Disease 2019” (COVID-19)

A FG elaborou um plano de contingência e procedimentos a deter nesta fase pandémica, de acordo com a Orientação da Direção-Geral da Saúde (DGS) 006/2020, de 26 de fevereiro de 2020. Assim, foram instalados dois dispensadores de álcool-gel, um à entrada da farmácia e outro junto dos balcões de atendimento, de forma a permitir a higienização das mãos dos utentes. Foram colocados acrílicos em todos os balcões de atendimento e no gabinete de atendimento privado, sendo que estes eram sujeitos a desinfeção frequente. Para além disso, passou a ser obrigatório o uso de máscara por todos os colaboradores, bem como por todos os utentes que entram na farmácia, para além de ser necessário cumprir o distanciamento de segurança. Adicionalmente, passaram a ser

permitidas apenas cinco pessoas dentro da farmácia, estando afixado um aviso para esse efeito, pelo que os utentes aguardam na parte exterior por ordem de chegada.

Durante os meus dois primeiros meses de estágio (meses de janeiro e fevereiro), notei, ao longo das semanas, um aumento tanto do número de entregas ao domicílio para pessoas que se encontravam infetadas, como do número de telefonemas a confirmar a disponibilidade de certos produtos, no sentido em que as pessoas não se queriam deslocar desnecessariamente à farmácia. Contudo, no final do meu estágio (mês de julho), notei um decréscimo no número de entregas ao domicílio a utentes infetados, mas, por outro lado, face à participação dos testes COVID-19, houve um aumento exponencial do número de testes realizados na FG.

3. Gestão e administração geral da Farmácia de Grijó

3.1. Sistema informático

O sistema informático (SI) utilizado pela FG é o Sifarma®, desenvolvido pela *Global Intelligent Technologies HealthCare Sollutions S.A.®* (Glintt®), nas suas duas valências: Sifarma2000 e Novo Módulo de Atendimento (NMA), que no seu conjunto, são fáceis e intuitivos de trabalhar, com todas as ferramentas necessárias para executar as funções diárias necessárias numa farmácia comunitária. Na FG, dão prioridade à utilização do NMA desde a receção automática de encomendas, atendimento, vendas suspensas, entre outras funcionalidades, no entanto, em algumas situações como vales de desconto, anulação de vendas, receção de algumas encomendas e gestão de fichas de cliente dão preferência ao Sifarma2000.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de trabalhar com as duas valências do Sifarma®, sendo que me foram explicadas as suas funcionalidades, mas também eu própria explorei o SI. Senti que o NMA era mais intuitivo e fácil de trabalhar, além de ter recebido uma breve formação pela Glintt® acerca da receção automática de encomendas, o que me permitiu começar a utilizar essa funcionalidade. No caso do Sifarma2000, inicialmente, senti maior dificuldade em realizar certas tarefas, como por exemplo regularização de vendas suspensas a crédito, mas sempre que me surgiam dúvidas a equipa estava lá para me ajudar.

3.2. Seleção, aquisição e gestão de stocks

Na FG, além do atendimento, também a gestão dos stocks mínimos e máximos é essencial para o bom funcionamento da farmácia e para a fidelização do utente. Na seleção de produtos, deve ser tida em atenção a sazonalidade e as necessidades dos utentes, de modo a evitar produtos sem rotatividade e armazenamento excessivo. A escolha do armazenista prende-se pela disponibilidade do produto, condição comercial, horário de entrega, facilidade para efetuar devoluções, entre outros parâmetros. A FG apresenta armazenistas habituais como Alliance Healthcare S.A., OCP Portugal, Cooperativa dos Proprietários de Farmácia (Cooprofar) e Plural+Udifar, sendo os últimos três preferenciais pelas condições que oferecem, no entanto, todos realizam várias entregas diárias na

farmácia. Para além disto, a FG pertence a um grupo de farmácias – grupo ADDO – beneficiando de melhores condições comerciais. Assim, são realizadas, essencialmente, quatro tipos de encomendas:

- **Diárias** – Estas encomendas são geradas automaticamente pelo SI tendo em conta os stocks mínimos e máximos definidos e o volume de vendas do mês anterior e atual, sendo realizadas pelo DT uma vez por dia.
- **Diretas** – Realizadas diretamente aos laboratórios pela proprietária da farmácia ou pelo DT, que encomendam quantidades suficientes para a FG e FSM. Estas encomendas apresentam a vantagem de estarem associadas a descontos ou bonificações porque se encomendam várias unidades de cada produto. Podem processar-se segundo calendarizações específicas ou quando for necessário.
- **Instantâneas** – Realizadas no momento do atendimento quando o produto não apresenta stock disponível na farmácia, podendo avisar-se a utente sobre o preço e hora prevista de chegada. O objetivo é garantir que o utente tem o produto que necessita o mais rapidamente possível. Podem ser efetuadas no próprio SI, via gadget da Cooprofar, telefone ou através do canal Via Verde do Medicamento, criado em 2015, pois alguns medicamentos encontram-se frequentemente esgotados ou rateados, e esta via tem como objetivo facilitar a sua aquisição e evitar quebras de stock e interrupções na terapêutica.
- **Vendor Managed Inventory (VMI)** – A FG faz parte de um projeto piloto da Cooprofar denominado VMI onde é o próprio armazenista que tem a responsabilidade de gerir o stock dos medicamentos a ele atribuídos, bem como quais os que são adquiridos no período de quinze dias ou de um mês, reduzindo-se custos logísticos. Este projeto é bastante útil pois poupa tempo ao DT de gerir o stock desses produtos e, no momento da receção, não é necessário proceder à verificação de preços, podendo nesse tempo o farmacêutico concentrar-se noutras atividades.

Durante o meu estágio, não tive a oportunidade de assistir à realização de encomendas diretas, pois estas eram feitas pela proprietária da FG, mas assisti à realização de encomendas diárias efetuadas pelo DT. Quando comecei a atender autonomamente, por diversas vezes tive que efetuar encomendas instantâneas, tanto no SI, via gadget, telefone ou Via Verde. Além disso, pude trabalhar com o projeto piloto VMI, bem como ver a gestão feita pela Cooprofar, pelo que percebi a facilidade que estas encomendas trazem ao dia a dia da farmácia no sentido que poupam tempo na sua receção e verificação.

3.3. Receção, verificação de encomendas e marcação de preços

As encomendas chegam à FG em banheiras ou caixas de cartão devidamente identificadas e seladas, acompanhadas da fatura e/ou guia de transporte em duplicado. Aquando da chegada, os produtos de frio devem ser armazenados o mais rapidamente possível, apontando na respetiva fatura a quantidade recebida e o PV.

Na FG, a receção de encomendas pode ser feita de duas formas: se forem encomendas diárias, diretas ou VMI rececionam-se no Sifarma2000, mas se forem encomendas instantâneas a receção é

feita no NMA. De qualquer das formas, os produtos são conferidos utilizando um leitor ótico, verificando-se sempre o PV, quantidade enviada, preço de venda à farmácia (PVF), margens, descontos ou bónus, além de se confirmar se o número de embalagens rececionadas corresponde às faturadas e se o preço final obtido no sistema corresponde ao faturado. No final da receção, são comunicadas faltas ao Infarmed e são gravadas as guias de requisição de medicamentos sujeitos a controlo especial, como psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas. De referir que no NMA é possível fazer receção automática de encomendas de três armazenistas: Cooprofar, Alliance Healthcare S.A. e OCP Portugal, o que facilita o processo pois não é necessário verificar os preços, poupando tempo ao farmacêutico.

No caso de produtos que apresentem preço impresso na cartongem (PIC), como os medicamentos, deve ser verificado se houve alteração do preço relativamente ao que se encontra em sistema, se for o caso, este deve ser modificado para o preço de venda atual. No caso de produtos que não apresentem PIC, este é calculado pela farmácia com base no PVF, no Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) e na margem de lucro aplicada pela farmácia, sendo que estes produtos devem ser etiquetados.

Após a receção e a conferência da encomenda, os produtos aos quais existe uma reserva associada são imediatamente separados, e os outros produtos são devidamente armazenados em local apropriado. Além disso, em caso de incongruências procede-se à reclamação ou devolução como posteriormente explicado.

A receção de encomendas foi uma das primeiras tarefas que me foram atribuídas. Nas primeiras semanas rececionava e verificava encomendas com supervisão da equipa, porém a partir do mês de fevereiro passei a fazê-lo de forma autónoma, pedindo ajuda apenas em situações muito específicas como, por exemplo, a margem de lucro a aplicar em certos produtos. Esta foi uma das tarefas que mais gostei de realizar pois permitiu-me familiarizar com vários produtos farmacêuticos, explorar o SI e perceber como é feita a gestão de stocks na FG.

Algumas vezes, durante o atendimento, tive de proceder ao cálculo do preço de certos produtos sem PIC, principalmente com produtos novos. Um exemplo dessa situação foi quando um utente pediu para verificar o preço de um champô veterinário específico para urticária que nunca tinha sido comercializado na FG.

3.4. Armazenamento

Na FG o processo de armazenamento de produtos que apresentem PV segue o princípio “First Expired, First Out” (FEFO), permitindo assim que os primeiros produtos a expirar sejam os primeiros a serem escoados. No caso de produtos que não apresentem PV, seguem o princípio “First In, First Out” (FIFO), onde os produtos mais antigos são os primeiros a serem escoados.

Juntamente com a receção e verificação de encomendas, também o armazenamento de produtos farmacêuticos foi das primeiras tarefas que me foram atribuídas, permitindo-me conhecer

a localização e modo de armazenamento, o que foi bastante importante porque, posteriormente, no momento do atendimento evitava perdas de tempo, agilizando o processo.

3.5. Reservas

As reservas que se efetuam na FG podem ter origem no atendimento ou nas chamadas telefónicas, podendo ser pagas ou não pagas, dependendo do produto ou da escolha do utente. No ato da reserva, é impresso um talão com a designação e quantidade do produto reservado, devendo este ser entregue ao utente para que seja de novo entregue ao farmacêutico no momento do levantamento. Quando os produtos encomendados chegam à FG, avisa-se o utente via mensagem telefónica que a reserva está disponível para levantamento, ficando o produto armazenado em local próprio, como anteriormente referido.

Durante o meu estágio, acompanhei todo o processo desde a reserva dos produtos farmacêuticos até à sua receção e dispensa ao utente. Além disso, quando estes se encontravam na farmácia separei-os e avisei os utentes já poderiam efetuar o levantamento dos mesmos.

3.6. Empréstimos da/à Farmácia de São Mamede

Como a FG pertence a um agrupamento, são efetuadas encomendas de maior valor numa farmácia e enviada à outra, pelo motivo de se obter melhor condição comercial e bónus na compra de certos produtos. Para tal, existe um método de transferência interno onde se devolve o produto em questão à farmácia escolhida, assinalando como motivo “Empréstimo”. Além disso, por vezes durante o atendimento em vez se efetuar uma encomenda instantânea, verifica-se o stock na FSM para evitar comprar a um fornecedor cujo PVF seria superior àquele conseguido pela FSM.

Durante o meu estágio, por diversas vezes verifiquei e pedi para verificarem stocks à FSM, além de ter feito a devolução ou receção dos produtos.

3.7. Devoluções e reclamações

Por vezes são detetadas situações que originam devoluções e/ou reclamações, tais como: produtos com PV curto ou expirado, produtos danificados e quantidade enviada inferior à faturada. Nestes casos, contacta-se o fornecedor de modo a proceder à reclamação, com posterior devolução dos produtos. Adicionalmente, há outras situações onde se procede apenas à devolução dos produtos, tais como erros no pedido, desistências de compra, produtos recolhidos por ordem do laboratório ou do Infarmed. Na FG ainda se fazem devoluções quando é necessário enviar produtos para a FSM, tal como anteriormente explicado.

As devoluções realizam-se através do Sifarma2000, no separador “Gestão de Devoluções”, onde há a emissão automática de uma nota de devolução em triplicado, onde o original e o duplicado são datados, carimbados e rubricados e enviados com o produto. O triplicado fica guardado no SI até a devolução ser resolvida pelo armazenista. Quando o armazenista aceita a devolução, procede-se à sua regularização no separador “Regularização de Devoluções” do Sifarma2000, sendo que esta pode

ser feita através da substituição do produto ou da emissão de uma nota de crédito. Quando o armazenista rejeita a devolução, os produtos são enviados de novo à farmácia.

Durante o meu estágio efetuei algumas devoluções e reclamações de produtos. As devoluções aconteciam na sua maioria por cancelamento por parte do utente ou devoluções de produtos para a FSM. Quanto às reclamações, estas aconteciam na sua maioria no caso de produtos que foram faturados e não foram enviados pelo armazenista, ou no caso de produtos que chegavam danificados.

3.8. Controlo de prazos de validade

O controlo dos PV é fundamental pelo que, como previamente referido, no momento de receção das encomendas os PV dos produtos são verificados e atualizados, caso seja necessário. Outro tipo de controlo é feito através da emissão, pelo SI, de listas de verificação – “Lista de Controlo de Prazos de Validade” – onde vêm discriminados todos os produtos cujo PV vai terminar nos próximos 2 meses. Porém, existem exceções, como é o caso dos produtos veterinários cujos PV são verificados com 6 meses de antecedência ou produtos de protocolo da diabetes que são verificados com 4 meses de antecedência. Assim, os produtos identificados nessa lista são separados para posterior devolução ao armazenista.

No final de cada mês de estágio auxiliei na retirada dos produtos que apareciam na lista de controlo de PV. De referir que nessa lista é mencionado o stock existente dos produtos e, em alguns casos, eram detetados erros, permitindo assim a sua correção. Senti que este processo me ajudou a familiarizar com os locais de armazenamento dos produtos com os quais tinha menos contato durante o atendimento ou armazenamento.

3.9. Quebras

Uma quebra dá-se quando um produto farmacêutico ultrapassa o seu PV ou se encontra danificado e nem o armazenista nem o laboratório o aceitam de volta. Assim, quando estas situações acontecem são apontadas numa lista designada para esse feito para que posteriormente sejam resolvidas. O objetivo é declarar que a FG não vendeu os produtos, sendo que estes são rejeitados no VALORMED.

Durante o meu período de estágio assisti a algumas quebras de produtos por PV ultrapassado ou produtos danificados, sendo eles rejeitados no VALORMED.

3.10. Controlo da humidade e temperatura

Segundo as BPF, é necessário garantir que os medicamentos e outros produtos farmacêuticos estão conservados em boas condições. O frigorífico apresenta temperatura compreendida entre 2 a 8°C, enquanto as outras zonas de armazenamento estão sob condições de temperatura e humidade relativa controladas, apresentando temperaturas inferiores a 25°C e valores de humidade relativa inferiores a 60% [1]. A FG dispõe de desumificador e ar condicionado para a manutenção destas condições. Além disso, o controlo desses parâmetros é feito semanalmente com recurso a

termohigrómetros, distribuídos por três locais diferentes: frigorífico, *front office* e armazém. Sempre que se verifiquem inconformidades é necessário proceder à justificação das mesmas e ao registo das medidas corretivas e preventivas aplicadas.

Durante o meu estágio, pude acompanhar o colaborador destinado a esta tarefa e verificar o modo como é feita a recolha da temperatura e da humidade, bem como ver o ficheiro onde se armazenam os dados.

4. Dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos

O farmacêutico assume um papel de destaque no uso racional do medicamento, acompanhando o seu percurso desde a entrada na farmácia até ao momento em que é dispensado ao utente. A dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos é uma das principais funções do farmacêutico comunitário, enquanto especialista do medicamento, pois é neste momento que transmite as informações necessárias para o uso correto da medicação, como posologia, ação farmacológica, interações medicamentosas, reações adversas, condições de conservação, entre outras [1].

A partir do mês de março comecei a assistir ao atendimento de utentes, de modo a familiarizar-me com a dispensa de medicação e, desde logo, senti que este processo exige grande conhecimento por parte do farmacêutico. Quando comecei a atender autonomamente, algumas vezes, tive necessidade de consultar o RCM ou o SI de modo a conseguir transmitir a melhor informação aos utentes.

4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

Segundo o Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, estão sujeitos a receita médica (RM) os medicamentos que cumpram as seguintes condições: administração por via parentérica; contenham substâncias ou preparações à base das mesmas, cuja atividade ou efeitos adversos seja necessário aprofundar; possam constituir um risco direto ou indireto para a saúde, mesmo quando usados para o fim a que se destinam ou mesmo quando utilizados com frequência em quantidades consideráveis para um fim distinto ao que está destinado [2].

Os MSRM ainda podem ser divididos em medicamentos de RM renovável, quando são utilizados em certas doenças ou tratamentos prolongados; medicamentos de RM especial como no caso de psicotrópicos e estupefacientes, e medicamentos que em utilização anormal possam criar adição ou toxicodependência ou serem utilizados para fins ilegais; e medicamentos de RM restrita, como os medicamentos de uso exclusivo hospitalar para pacientes em tratamento de ambulatório [2].

De acordo com a Portaria nº 284-A/2016, as farmácias apenas podem dispensar um máximo de duas embalagens por linha de prescrição, ou em caso de embalagens de dose unitária, quatro embalagens por mês. Contudo, pode haver dispensa de mais unidades mediante as seguintes justificações: dificuldade de deslocação à farmácia; extravio, perda ou roubo de medicamentos;

ausência prolongada do país; a quantidade de embalagens necessária para cumprir a posologia é superior a duas embalagens por mês [3].

Ao longo do meu estágio dispensei maioritariamente MSRM, tentando ao máximo fornecer todas as informações relevantes, questionava se o utente sabia tomar a medicação, imprimia uma etiqueta com a posologia, além de explicar oralmente como deveria tomar, qual o meio de conservação, entre outros.

Um motivo de descontentamento por parte dos utentes foi a entrada em vigor da portaria relativa à quantidade de embalagens possíveis de dispensar, sendo que, por vezes, tive que explicar que não poderiam levantar a totalidade da receita quando não cumpriam os critérios para exceção. Das justificações, aquela mais utilizada era “dificuldade de deslocação à farmácia”, além de que a rua da farmácia se encontrava em obras, o que dificultava efetivamente o acesso a esta.

4.1.1 A Prescrição Médica e a Validação da Prescrição Médica

A prescrição de MSRM (incluindo medicamentos manipulados, psicotrópicos e estupefacientes) é feita pelo médico através de uma RM, utilizando SI reconhecidos pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Ao longo dos anos tem havido uma tentativa de desmaterialização total da prescrição, revolucionando o seu circuito e dispensa de medicamentos [4]. Atualmente, coexistem duas formas de prescrição:

- A prescrição manual é apenas utilizada nas seguintes situações: falência informática; inadaptação fundamentada do prescriptor; prescrição ao domicílio; outras situações até 40 receitas/mês. Uma das desvantagens deste tipo de receitas é a obrigatoriedade da dispensa na íntegra, salvo rutura de stock ou vontade do utente. Este tipo de prescrição apresenta validade de 30 dias após a emissão e só é permitida a dispensa de 4 medicamentos no total, num máximo de 2 por linha [4].
- A prescrição eletrónica está dividida em prescrição eletrónica desmaterializada (prescrição acessível e interpretável por equipamentos eletrónicos, enviada para o utente por e-mail ou mensagem telefónica), e prescrição eletrónica materializada (impressa em papel). Elas apresentam número de receita, código de dispensa e código de opção, que permitem o acesso às mesmas a partir do SI. Além disso, possibilitam a dispensa parcial da receita consoante a necessidade, além de que apresentam menor erro do ponto de vista farmacêutico. O objetivo desta prescrição é facilitar todo o processo além de permitir maior segurança no momento da prescrição e dispensa da medicação [4].

Seja qual for a prescrição, a RM só é válida se incluir certos parâmetros: DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação, número de embalagens e posologia. Ainda deve conter nome e número de utente, número da receita, local de prescrição ou respetivo código, identificação do médico prescriptor incluindo número de célula profissional, especialidade (caso se aplique), entidade financeira responsável e número de beneficiário, além de que pode conter referência a um regime especial de comparticipação. Em certas situações, que acontecem nas receitas manuais, a prescrição pode ser efetuada sem recorrer à DCI, mas o médico prescriptor tem que recorrer ao nome comercial ou titular da Autorização de Introdução no Mercado, pois trata-se de

medicamentos que não possuem genéricos autorizados. Além dos aspetos acima referidos, as prescrições manuais devem conter meio de contato e assinatura do médico prescriptor [4, 5].

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de contactar com os dois tipos de receitas, mas, ainda assim, contactei mais com receitas manuais do que aquilo que estava à espera. Inicialmente, a dificuldade que senti foi em perceber a caligrafia do médico prescriptor, mas em caso de necessidade solicitava ajuda à equipa. Quanto às receitas eletrónicas, senti que são um grande auxílio pois há diminuição do erro associado à dispensa, além de possibilitar a dispensa parcial, o que é uma mais-valia para os utentes. No caso das receitas desmaterializadas, uma dificuldade que percebi que os utentes sentiam, era o facto de não conseguirem visualizar o que estava prescrito nem saber quantos medicamentos ainda tinham disponíveis para levantamento, assim, imprimia as RM para os poder ajudar.

4.1.2 Sistema de saúde, participações e subsistemas

A comparticipação corresponde à fração do preço de venda ao público (PVP) do MSRM que é paga pela entidade responsável pela comparticipação [6]. Segundo o Decreto-Lei nº48-A/2010, de 13 de maio, a comparticipação dos medicamentos pode ser feita através de um regime geral ou de um regime especial. O regime geral de comparticipação do Estado é fixo de acordo com escalões com descontos sobre o PVP: escalão A – comparticipação de 95%, escalão B – comparticipação de 69%, escalão C – comparticipação de 37% e escalão D – comparticipação de 15%. Estes escalões variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de certas patologias [6].

O regime especial prevê dois tipos de comparticipação: uma em função de patologias ou grupos especiais de utentes e outra em função dos beneficiários. O primeiro tipo está identificado como “O” e o médico ao prescrever deve mencionar na receita o respetivo despacho/diploma/portaria na linha correspondente ao medicamento. Estão abrangidas por este regime doenças como alzheimer, psoríase, lúpus, artrite reumatoide, entre outras [6, 7]. O segundo tipo, compartição em função dos beneficiários, está identificado pela letra “R” e a comparticipação do Estado no escalão A é acrescida de 5%, enquanto nos escalões B, C e D é acrescida de 15% para pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional [6].

Além disto, o Estado ainda comparticipa tiras-teste para determinação de variados parâmetros bioquímicos bem como lancetas, agulhas e seringas destinadas a pessoas com *diabetes mellitus*. O valor máximo da comparticipação das tiras-testes é de 85% do PVP e nas lancetas, agulhas e seringas é de 100% do PVP [8].

Para além desta comparticipação do Estado para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), alguns utentes ainda beneficiam de outras participações de subsistemas de saúde complementares, como por exemplo o Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS). A percentagem de comparticipação varia entre entidades, devendo o utente apresentar o cartão com o

número de beneficiário. No final da dispensa é impresso um documento que deverá ser assinado pelo utente e, posteriormente, enviado para a entidade responsável pela comparticipação.

Durante o meu estágio, contactei pouco com outros regimes de comparticipação complementares, sendo que quando o fazia, o processo de dispensa exigia bastante atenção da minha parte pois, inicialmente, a maior dificuldade era encontrar o plano no SI, tendo este obstáculo sido ultrapassado com alguma prática.

4.1.3 Conferência de receituário e faturação

Para que a farmácia receba o reembolso das comparticipações que efetuou, é necessário enviar, no início de cada mês, todas as receitas para o Centro de Conferência de Faturas (no caso dos medicamentos comparticipados pelo SNS) ou para a Associação Nacional de Farmácias (no caso de comparticipações efetuadas por outros organismos complementares).

A gestão do receituário é aplicada às receitas manuais e às receitas eletrónicas materializadas onde é necessário confirmar se estas cumprem os requisitos legais para estarem válidas, ou seja, se apresentam carimbo, data e assinatura do responsável pela dispensa; assinatura do utente; DCI, dose, quantidade, plano de comparticipação e número da receita igual ao da prescrição médica. Organizam-se tendo em conta a entidade de comparticipação, lote e número de receita dentro do lote. De referir que cada lote tem no máximo 30 receitas e está associado a um Verbete de Identificação do Lote, que discrimina todas as receitas presentes no lote, o PVP associado, o valor pago pelo utente e o valor correspondente à comparticipação. No final, o verbete é carimbado e anexado aos respetivos lotes, procedendo-se ao seu fecho, para que no mês seguinte se inicie uma nova série. São ainda impressos o documento de Relação de Resumo de Lotes para cada entidade participante e a fatura mensal associada [9]. Este processo é feito no separador “Conferência de Receituário” do Sifarma2000.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de acompanhar este processo e de auxiliar na organização das RM por entidade de comparticipação e lote e na verificação das mesmas. Os erros frequentemente detetados eram a falta de data, carimbo e assinatura do responsável pela dispensa. Pude ainda assistir à emissão dos verbetes de identificação de lotes, Relação de Resumos de Lote e fatura final para cada entidade participante.

4.1.4 Medicamentos genéricos

Segundo o Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, um medicamento genérico (MG) apresenta a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e estudos de biodisponibilidade apropriados que demonstram a bioequivalência com o medicamento de referência [2].

Com a introdução dos MG houve a criação de grupos homogêneos que representam o conjunto de medicamentos com a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se incluía pelo menos um MG existente no mercado [10]. Esses medicamentos são abrangidos pelo sistema de preços de referência,

onde esse preço é calculado com base na média dos cinco preços mais baixos dos medicamentos de cada grupo homogêneo, desde que não exceda o preço do MG mais caro desse mesmo grupo homogêneo [11]. A vantagem na sua aquisição está no reduzido PVP em relação ao medicamento que lhe deu origem.

Durante o atendimento senti que uma grande parte dos utentes preferia medicamentos de marca, apesar de não entender o conceito de MG. Por diversas vezes tive que esclarecer a diferença entre os dois e, após a explicação, uma grande parte das pessoas optava por levar MG, além do preço ser um fator aliciante. Contudo, mesmo assim, algumas pessoas, nomeadamente mais jovens, mostravam-se receosos quanto à eficácia dos MG, preferindo os medicamentos de marca.

4.1.5 Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes atuam a nível do Sistema Nervoso Central e podem desencadear dependência física, psíquica, alteração comportamental e tolerância [12], pelo que exigem especial controlo por parte do Infarmed, e apenas podem ser fornecidos aos utentes mediante apresentação de RM Especial. O Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro, refere quais as substâncias ativas classificadas como psicotrópicos e estupefacientes [13].

Na FG estes medicamentos são bastante controlados, desde a imediata conferência e armazenamento até ao momento da dispensa, onde é obrigatório que o adquirente apresente o cartão de cidadão para que se consigam registar informaticamente os seguintes dados: nome, data de nascimento, morada completa, número e validade do cartão de cidadão. De referir que o preenchimento desses dados é em si uma forma de assinalar e responsabilizar quem procede ao levantamento. No caso das receitas manuais ou materializadas, o adquirente deve assinar no verso da receita, de forma a comprovar a dispensa. Uma vez terminado o processo, são impressos dois talões que são arquivados em local apropriado na farmácia por três anos.

Durante o meu estágio contactei várias vezes com estes medicamentos, quer na receção e armazenamento, quer na dispensa, onde pude perceber o controlo a que são sujeitos.

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Segundo o Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, os MNSRM são aqueles que não preenchem qualquer das condições dos MSRM, são não comparticipáveis, salvo exceções previstas na legislação [2]. Estes medicamentos são destinados a tratar transtornos menores que estão inseridos na lista de casos passíveis de automedicação, devendo por isso ser sujeitos a devido aconselhamento e a critérios rigorosos de eficácia, segurança e qualidade [14], pois são largamente utilizados pelos utentes sem qualquer indicação ou uso responsável, podendo levar a riscos, reações adversas, interações medicamentosas, mascarar sintomas e problemas. Assim, o papel do farmacêutico é fundamental no seu uso racional, pois indica e dispensa o melhor MNSRM para auxiliar no transtorno menor, recolhendo toda a informação necessária para avaliar o caso, bem como natureza e duração dos sintomas, de forma a perceber se estão associados a transtornos menores ou a um problema de saúde grave, encaminhando para o médico se necessário [15]. Dentro da categoria de MNSRM

existem medicamentos de venda exclusiva em farmácia (MNSRM-EF) por necessitarem do aconselhamento e avaliação por parte do farmacêutico, como é o caso do ulipristal [2].

Durante o meu estágio, por diversas vezes dispensei MNSRM, tendo sido um desafio para mim pois implicava um grande conhecimento sobre os medicamentos disponíveis na farmácia, conhecimento das patologias, além de uma comunicação eficaz com o utente, pois era necessário questioná-lo e reunir todas as informações necessárias para poder dispensar o medicamento mais adequado face às queixas.

4.3. Medicamentos manipulados

Segundo o Infarmed, um medicamento manipulado é uma fórmula magistral ou preparado oficial, preparado e dispensado por um farmacêutico [16]. Estes medicamentos são prescritos pelo médico no caso de ser necessário um tratamento personalizado e a sua preparação é feita com base numa fórmula proveniente do Formulário Galénico Português e/ou da Farmacopeia Portuguesa, devendo obedecer às boas práticas descritas na legislação.

Na FG não é habitual a preparação de manipulados, pois é prática sempre que se recebe uma prescrição médica para esses medicamentos pedir à FSM para os preparar. Porém, há a dispensa de medicamentos manipulados preparados na FSM, onde se informa o utente sobre posologia, PV e condições de conservação.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de estar uma semana na FSM, onde pude conhecer o laboratório de manipulados e visualizar a sua preparação. Na FG recebi algumas prescrições médicas e efetuei pedidos à FSM, bem como rececionei e dispensei esses manipulados.

4.4. Produtos e Medicamentos de uso veterinário

De acordo com o Decreto-Lei nº314/2009, de 28 de outubro, um medicamento veterinário é toda a substância ou associação de substâncias, com propriedades preventivas ou curativas de doenças em animais ou dos seus sintomas, que possa ser administrada e utilizada num animal para estabelecer um diagnóstico, ou exercer uma ação metabólica, imunológica ou farmacológica, ou restaurar, modificar ou corrigir funções fisiológicas [17]. Enquanto no Decreto-Lei nº237/2009, de 15 de setembro, um produto de uso veterinário é uma substância ou mistura de substâncias que não apresentam indicação terapêutica ou profilática [18].

As receitas veterinárias devem conter data, assinatura e vinheta do médico veterinário para poderem ser válidas. De referir que nessas receitas podem ser dispensados medicamentos de uso humano que apresentam uso em animais.

Na FG existe um linear exclusivo de produtos veterinários não sujeitos a RM, onde estão expostos, por exemplo, suplementos alimentares, coleiras desparasitantes e produtos de higiene e cuidado como champôs ou toalhetes de limpeza.

Durante o meu estágio, era frequente a venda destes produtos, pelo que fiquei surpresa com a preocupação dos utentes face ao bem-estar dos seus animais. Os produtos mais pedidos eram os desparasitantes internos e externos principalmente para cão e gato. Destaco uma situação que me

marcou particularmente que ocorreu logo no início do meu atendimento autónomo: um utente queixou-se que o seu gato de um ano parecia estar com uma alteração gastrointestinal. Como ainda não me sentia muito segura sobre o que aconselhar liguei a um dos veterinários que nos auxiliam nestas situações, pelo que me foi dito que provavelmente seria uma bola de pelo e a pasta de malte ajudaria na regularização do sistema gastrointestinal. Qual não foi o meu espanto que na semana seguinte o senhor veio ter comigo à farmácia e referiu que o seu animal estava melhor.

4.5. Suplementos alimentares

Segundo o Decreto-Lei nº136/2003, de 28 de junho, os suplementos alimentares são definidos como géneros alimentícios que se destinam a complementar e/ou a suplementar um regime alimentar normal. Encontram sob variadas formas e representam fontes concentradas de nutrientes e outras substâncias, sendo da responsabilidade da Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) [19]. Tal como acontece com os MNSRM, o farmacêutico assume um papel de destaque no aconselhamento de suplementação e na promoção do seu uso responsável.

Na FG existe uma grande procura de suplementos alimentares para auxílio de distúrbios de sono (Arkopharma®), complexos multivitamínicos (Viterra® e Centrum®), suplementos para cansaço mental e muscular (Absorvit®), entre outros.

Durante o meu estágio, percebi que a venda destes produtos varia em função da época do ano, onde, como por exemplo, em alturas de exames e testes a procura por suplementos para cansaço mental aumentava. Além disso, face à pandemia que atravessamos, várias vezes aconselhei e vi aconselharem suplementos alimentares para auxiliar alterações do sono, sendo sempre transmitidas dicas para uma boa higiene do sono, pelo que esta foi uma das razões que me levou a implementar o meu projeto sobre esse tema. A acrescentar que, o farmacêutico, mais uma vez, apresenta um papel de destaque no aconselhamento destes produtos pois consegue adequar o pedido à variada gama existente no mercado.

4.6. Produtos para alimentação especial

Os produtos para alimentação especial são aqueles que se distinguem dos alimentos de consumo devido à sua especial composição ou devido a processos especiais de fabrico, mostrando-se adequados às necessidades de certas pessoas. A entidade reguladora destes produtos também é a DGAV [20]. Estes produtos satisfazem as necessidades nutricionais dos indivíduos cujo metabolismo e processo de assimilação se encontra alterado ou perturbado, como por exemplo, lactentes ou idosos.

Na FG destaca-se a venda de soluções hiperproteicas e/ou hipercalóricas da marca Fortimel® e espessantes alimentares da marca Nutricia®. A nível dos lactentes, destacam-se os leites Nan® e Aptamil® bem como as papas da marca Nestlé®, adaptados às várias fases de desenvolvimento.

Durante o meu estágio, recebi alguns pedidos de cuidadores ou familiares que se dirigiam à farmácia no sentido de obterem o produto mais apropriado, quer fossem soluções hipercalóricas/hiperproteicas, quer fossem espessantes alimentares, para auxiliarem idosos acamados com dificuldades de ingestão. Como era uma área na qual não me sentia muito à vontade,

optava por consultar os folhetos informativos ou pósteres disponíveis no back office para que o meu aconselhamento fosse o mais apropriado possível.

4.7. Produtos de dermofarmácia, cosméticos e higiene corporal

Segundo o Decreto-Lei nº189/2009, de 24 de setembro, um produto cosmético e de higiene corporal (PCHC) é definido como qualquer substância ou preparação destinada a ser colocada em contato com diversas partes superficiais do corpo humano, com o objetivo de, exclusiva ou principalmente, limpar, modificar aspeto, perfumar, manter em bom estado ou corrigir odores corporais [21].

A FG apresenta uma grande variedade de PCHC, sendo estes bastante requisitados pelos utentes. Encontram-se organizados por marca e gama de modo a facilitar a consulta e a organização na farmácia. Um auxílio na venda destes produtos são as redes sociais da FG, pois lá são divulgadas as campanhas em vigor e são promovidos novos produtos, atraindo os clientes. Dentro da dermocosmética e cosmética encontram-se marcas como Uriage®, SVR® e Filorga®. A nível de higiene oral, a FG apresenta marcas como Elgydium®, a nível de higiene íntima marcas como Lactacyd® e a nível de higiene capilar marcas como Dercos® e Lazartigue®.

Inicialmente, quando me era pedido um aconselhamento de PCHC, sentia um pouco de dificuldade dada a variada oferta de mercado, no entanto, quando necessário pedia ajuda à equipa, que graças ao seu vasto conhecimento nesta área conseguia indicar o melhor produto para a situação. Para melhorar o meu conhecimento acerca dos vários produtos, consultei os sites das marcas e procurei informar-me junto das respetivas conselheiras, como aconteceu no caso da Lazartigue®, assim, ao longo do tempo, ganhei mais confiança nos aconselhamentos.

4.8. Artigos de Puericultura e Obstetrícia

A FG aposta em produtos de higiene e cuidado para bebé, pré-mamãs e mamãs, bem como alguns brinquedos e acessórios adequados a várias idades e fases de crescimento, como por exemplo fraldas, biberões, chupetas, estojo de cuidados de bebé, malas de maternidade, produtos de higiene para bebé, produtos para auxílio na amamentação e pós-parto, entre outros.

Durante o meu estágio, dispensei alguns produtos desta categoria, nomeadamente fraldas, malas de maternidade, toalhitas e produtos de higiene e cuidado da pele do bebé, tentando sempre que possível adequar o produto à escolha do utente, como aconteceu quando me foi pedida uma máquina de extração de leite.

4.9. Dispositivos médicos

Segundo o decreto-Lei nº145/2009, de 17 de junho, um dispositivo médico inclui qualquer instrumento, equipamento, *software*, aparelho, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, lesão ou de deficiência. Contrariamente aos medicamentos, não envolvem ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas [22].

Na FG os dispositivos médicos mais dispensados incluem termómetros, testes de gravidez, produtos ortopédicos (como por exemplo canadianas e meias de compressão), material para ostomizados, material de penso, seringas, frascos de colheita de amostras, máscaras de proteção e autotestes à COVID-19.

Durante o meu período de estágio, e face à fase pandémica que atravessamos, notei uma grande procura por termómetros, máscaras cirúrgicas e FFP2, juntamente com os autotestes à COVID-19. Além desses dispositivos, também material de penso e alguns produtos ortopédicos, como meias de compressão, apresentavam bastante saída, dada a grande quantidade de população idosa que se dirige à FG.

4.10. Medicamentos e produtos homeopáticos

Segundo o Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de agosto, um medicamento homeopático é obtido a partir de matérias-primas homeopáticas ou de substâncias denominadas stocks, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia ou, na sua falta, na farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado Membro [2].

Na FG os produtos desta categoria apresentam bastante saída, nomeadamente do laboratório Boiron® como por exemplo *Rhus Toxicodendron*®, Arnigel®, Sedatif PC® e Coryzalia®.

Durante o meu estágio, senti bastante adesão dos utentes a estes produtos, muitas vezes para serem utilizados em bebés e crianças, como no caso de Camilia® e Arnidol®, ou como complemento de outros medicamentos ou produtos farmacêuticos que poderiam estar a fazer, como no caso de pessoas com herpes labial que utilizavam concomitantemente aciclovir e Rhus Toxicodendron®.

5. Serviços farmacêuticos adicionais prestados pela Farmácia de Grijó

A FG dispõe de uma grande variedade de serviços de promoção de saúde e bem-estar para a população, tendo estes um papel importante na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

5.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

A determinação destes parâmetros é uma das formas de rastrear ou monitorizar certas patologias, sendo que na FG se faz a determinação de: pressão arterial, frequência cardíaca, colesterol total, triglicérideos, glicemia e peso. Este é um dos serviços mais procurados pelos utentes.

Durante o meu estágio realizei, principalmente, medições de pressão arterial a utentes que, por indicação médica, necessitavam um controlo diário. Nessas situações tive o cuidado de perceber o caso, explicar os valores obtidos, e se necessário, aconselhar medidas não farmacológicas.

5.2. Administração de medicamentos injetáveis

Na FG é possível a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (como a vacina da gripe) e a administração de certos medicamentos injetáveis (como insulina).

Durante o meu estágio não me foi possível a visualização da administração destes medicamentos.

5.3. Furação de orelhas

A FG apresenta um serviço de furação de orelhas, sendo que na compra dos brincos o serviço fica gratuito.

5.4. Consultas de nutrição

A FG disponibiliza três consultas de nutrição que ocorrem em dias distintos, associadas a três marcas: a dieta EasySlim® que ocorre semanalmente às terças-feiras, a dieta do Bom Plano® que ocorre quinzenalmente às segundas-feiras e a dieta GoodDiet® que ocorre semanalmente à sexta-feira e ao sábado. Este serviço permite a intervenção nutricional individualizada, personalizada e adequada.

5.5. Consultas de podologia

As consultas de podologia são realizadas mensalmente, mediante marcação. Esta consulta surgiu da crescente necessidade dos utentes em prevenir ou tratar problemas ao nível dos pés. Além dessas consultas mensais, a FG ainda disponibiliza consultas de urgência de podologia.

5.6. Recolha de medicamentos através do VALORMED

Os medicamentos devem ser tratados como resíduos especiais, pelo que não devem ser colocados no lixo comum com risco de contaminação dos ecossistemas, do ambiente e da saúde pública. A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos que gere os resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de PV ou sem uso, garantindo um tratamento adequado [23]. Assim, os utentes só têm de se dirigir à farmácia e colocar dentro do contentor as embalagens, sendo que é um serviço de recolha gratuito.

A FG possui um contentor localizado à entrada da farmácia para fácil utilização por parte dos utentes. Quando este se encontra cheio é selado e entregue a um dos armazenistas que, posteriormente, o encaminham para os centros de triagem e tratamento.

Durante o meu estágio percebi que há uma grande consciencialização e adesão por parte dos utentes em colocar os seus medicamentos e embalagens no VALORMED.

5.7. Campanha de reciclagem de radiografias

O objetivo desta campanha é evitar a deposição de radiografias em aterro, reduzindo assim a contaminação do ambiente. A recolha é feita pela Assistência Médica Internacional (AMI), que separa as radiografias dos relatórios: estes últimos como contêm informação confidencial são destruídos, e das radiografias obtém-se prata, que é vendida e o resultado dessa venda é utilizado como fonte de angariação de fundos para as ações da AMI [24].

Na FG, as radiografias são rececionadas e colocadas em sacos ou caixas de cartão providenciados pela AMI. Quando cheios, são fechados e procede-se ao pedido de recolha gratuita.

5.8. Serviço de entregas ao domicílio

A FG disponibiliza um serviço de entrega ao domicílio. Os utentes fazem os seus pedidos via email ou telefone, com envio da RM no caso de MSRM. No caso desses medicamentos, o seu

transporte está limitado ao município onde se encontra a farmácia, bem como aos municípios limítrofes [25].

Ao longo do meu estágio, pude por diversas vezes, rececionar e preparar essas encomendas. Durante os dois primeiros meses, as encomendas eram, na sua maioria, para pessoas infetadas que se encontravam em casa, no entanto, também eram efetuadas entregas a outros utentes, como por exemplo idosos que dada a sua idade e condição física não se conseguiam deslocar à farmácia.

5.9. Cuida.pt

A FG em parceria com a FSM criou uma loja de venda *online* de produtos farmacêuticos. Nessa loja estão disponíveis todos os produtos que se encontram nas duas farmácias, além de que podem ser encontrados descontos especiais.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar o dia a dia desta loja online, no sentido em que vi o modo como processavam a receção e envio das encomendas, além de ter auxiliado na preparação das mesmas.

5.10. Preparação individualizada da medicação

A FG disponibiliza um serviço de preparação individualizada da medicação (PIM) que surge como alternativa a utentes, geralmente idosos e polimedicados, que tenham dificuldade em aderir à medicação ou que não se mostrem capazes de a tomar corretamente. Este serviço está implementado em algumas instituições como o Centro Social Paroquial de Argoncilhe. De acordo com um esquema estabelecido com a instituição, há a deslocação dos colaboradores ao local para preparação dos blisters semanais ou mensais. Este serviço é sujeito a dupla verificação, ou seja, um farmacêutico prepara o blister e outro farmacêutico verifica se a medicação está corretamente distribuída, evitando-se erros. Atualmente, este serviço não apresenta um custo associado, pois os medicamentos são obrigatoriamente adquiridos na FG. De referir que alguns utentes da própria farmácia aderem à PIM, mas neste caso efetua-se a preparação mensal.

Ao longo do meu estágio tive a oportunidade de realizar este serviço, sendo que por diversas vezes me desloquei às instituições e auxiliei na PIM, além de que na própria farmácia efetuava essa preparação para os utentes, sendo que nas duas situações os blisters eram sujeitos a dupla verificação.

5.11. Testes rápido de deteção de antigénio

A FG realiza testes rápidos de antigénio (TRAg) para deteção do vírus SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2), mediante marcação, onde o resultado é comunicado via email ou mensagem telefónica após 15-20 minutos. Este serviço foi implementado em fevereiro, sendo que nesse mês e em março se realizavam em média 40 testes por semana. Porém, a partir de 1 de julho, os testes passaram a ser participados a 100% pelo Governo se as pessoas cumprissem os critérios por ele estabelecidos, chegando a serem realizados cerca de 350 testes semanais.

Durante o meu estágio não me foi possível a visualização da realização de um teste, mas foi-me explicado todo o seu procedimento. Contudo, auxiliava no preenchimento de toda a documentação necessária, bem como procedia à marcação dos testes.

6. Formação contínua

O farmacêutico deve estar em contante formação de modo a manter-se atualizado e informado sobre toda a evolução científica. Posto isto, realizei várias formações ao longo do meu período de estágio, umas proporcionadas pela FG, outras realizadas de forma autónoma, com vista a adquirir conhecimentos que me possam ser úteis durante o aconselhamento. As formações em que participei encontram-se descritas no anexo I.

Parte II – Projetos desenvolvidos em Farmácia Comunitária

Projeto I – Semana do Sono

1. Contextualização do projeto

O sono é essencial e influencia a saúde e bem-estar, bem como o funcionamento do corpo humano [26]. Assim, durante o meu período de estágio notei duas situações: a primeira era que várias pessoas tomam MSRM para auxiliar o sono, referindo que “*tomo esta medicação há muitos anos*” (sic). A segunda situação era que, devido à fase pandémica que atravessamos, diversas pessoas procuravam MNSRM ou suplementos alimentares para as ajudar a dormir, referindo que “*não consigo dormir*”, “*durmo poucas horas*”, “*acordo frequentemente durante a noite*” (sic). Como tal, desde logo foi um tema que percebi ser relevante no contexto de farmácia comunitária.

A nível estatístico, um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia a 653 portugueses com idade igual ou superior 25 anos demonstrou que 46% dorme 6 horas ou menos por noite, além de que 32% consideraram apresentar um sono razoavelmente mau ou mau [27].

A nível mundial, um inquérito realizado a 13 mil pessoas representantes de 13 países, com idade média de 42,9 anos, retratou que o tempo médio de sono dessa população é de 6,9 horas, quando o recomendado é de 7 a 9 horas. 70% relatou que desde o início da pandemia apresenta novos desafios em dormir, onde 37% dessas pessoas referiu que a pandemia teve um impacto negativo na sua capacidade para terem um bom sono. Ainda segundo esse inquérito, apenas 55% dos adultos se demonstra satisfeito com o seu sono, mas o valor varia entre países, pois na China 57% das pessoas demonstram-se satisfeitas e em França apenas 35% das pessoas demonstram-se satisfeitas [28].

2. O sono

2.1. O sono e a sua importância

O sono é um processo dinâmico e complexo, importante para a manutenção de várias funções cerebrais e do organismo [29]. A nível de funções cerebrais, desempenha um importante papel na

remoção de toxinas do cérebro, ajuda na memória, cognição e desempenho cerebral, repara células e tecidos e ajuda-nos a manter motivados e em alerta [30, 31]. A nível do organismo, o sono ajuda no crescimento, desenvolvimento humano e conversão de energia, além de contribuir para um sistema imunológico forte [26].

A falta de sono afeta todos os tipos de tecidos e sistemas do corpo, podendo estar relacionada com um risco aumentado de diversas patologias, como doenças cardíacas, obesidade, depressão e diabetes tipo 2 [26]. Além disso, se o sono não for reparador o suficiente e não apresentar boa qualidade, podem desenvolver-se distúrbios relacionados com o sono que vão ter impacto em toda a saúde. Assim, percebe-se a importância que a educação para a saúde e medidas de higiene do sono apresentam, de modo a proporcionar um sono relaxante e com qualidade.

2.2. Ciclo do sono

O sono é regulado por dois sistemas distintos que trabalham em conjunto: o ritmo circadiano e a homeostasia sono/vigília. [32] De referir que os fatores que influenciam as necessidades de sono/vigília incluem condições médicas, medicamentos, stress, ambiente e alimentação [30].

O ritmo circadiano é modulado pelo núcleo supraquiasmático, localizado no hipotálamo, e sincroniza vários ritmos biológicos, como por exemplo o ciclo sono/vigília, ciclo de temperatura corporal e regulação da pressão arterial, ajustando-os a fatores que são denominados por *zeitgebers* (evento que ajuda a regular o ritmo circadiano [33]). O *zeitgeber* com maior impacto é a luz, pois inibe a secreção de melatonina por ativação das células fotorrecetoras da retina. Porém, existem outros fatores não luminosos, como por exemplo as refeições, temperatura, stress e melatonina exógena [32, 34].

A homeostasia sono/vigília descreve o impulso neurofisiológico interno do corpo em dormir ou acordar, havendo um equilíbrio entre o sono e a vigília [32, 35]. Este modelo defende que, com o passar do tempo em que se está acordado, há acumulação no Sistema Nervoso Simpático de substâncias promotoras do sono que são os somnogens. O aumento dessas substâncias conduz o corpo para o sono, sendo que, posteriormente, estas dissipam-se durante o mesmo. Um exemplo de somnogen endógeno é a adenosina que, durante a vigília, se acumula naturalmente com a atividade cerebral, e ao atingir concentração suficiente, inibe a atividade neural no circuito de promoção da vigília no prosencéfalo basal e aumenta a propensão ao sono, sendo que, posteriormente, os seus níveis diminuem com o descanso [32, 35].

2.3. Fases do sono

Existem dois tipos de sono: o sono NREM (*non-rapid eye movement*) e o sono REM (*rapid eye movement*), cada um com características próprias a nível do corpo e do cérebro, como ondas cerebrais e atividades neuronais específicas [36]. De modo a possibilitar a diferenciação das fases, são utilizados eletroencefalogramas, juntamente com os movimentos musculares e oculares [37].

O sono NREM é designado de fase de movimento ocular não rápido e representa 75% do sono total, estando dividido em 3 fases [36]:

- Fase 1 – transição entre vigília e sono: fase de menor duração, onde o corpo está totalmente relaxado, no entanto, há a presença de tônus muscular. A respiração ocorre a um ritmo regular, os batimentos cardíacos e movimentos oculares ficam mais lentos e a atividade cerebral diminui [29, 36, 37].
- Fase 2 – iniciação do sono: a atividade cerebral torna-se mais lenta e os movimentos oculares param. Há diminuição da temperatura corporal, relaxamento muscular, diminuição da frequência cardíaca e respiratória. Nesta fase, a pessoa tem dificuldade em ser acordada [36, 37].
- Fase 3 – sono profundo: a atividade cerebral apresenta as ondas delta, conhecidas como sono delta ou sono de ondas curtas (SWS). Há diminuição do tônus muscular, frequência cardíaca e respiratória, para os níveis mais baixos durante todo o sono. Esta é a fase onde a pessoa tem maior dificuldade em ser acordada [29, 36].

O sono REM é um sono profundo, que representa 25% do sono total. É caracterizado por atonia, com exceção dos músculos que controlam a respiração e os olhos, onde há movimentos oculares rápidos, daí ser designado de fase de movimento ocular rápido. A respiração torna-se mais rápida e irregular e a frequência cardíaca e pressão arterial aumentam para níveis próximos dos observados durante a vigília. É nesta fase que surgem os sonhos devido ao aumento da atividade cerebral [29, 36].

Por norma, cada ciclo demora cerca de 90-110 minutos [32], sendo que ao longo de uma noite normal de sono, percorrem-se várias vezes todas as fases do sono NREM e REM, com períodos de sono REM cada vez mais profundos e longos [29, 36].

2.4. Fatores que influenciam o sono (idade e género)

Segundo a *National Sleep Foundation*, e conforme a tabela 2, existem tempos de sono recomendados para cada fase da vida. Assim, um idoso necessita de 7 a 8 horas diárias de sono, contrariamente a um recém-nascido que necessita de 14 a 17 horas, uma vez que ainda está em fase de desenvolvimento e crescimento. Assim, percebe-se que com o avançar da idade há diminuição do número de horas de sono necessárias [38].

Além da idade, também o género influencia o sono. Durante uma noite normal de sono, as mulheres passam mais tempo na fase 3 (sono profundo) e menos tempo na fase 1 (transição entre vigília e sono) do sono NREM, comparativamente aos homens. Para além disso, as mulheres são mais propícias a apresentarem alterações no sono devido a variações hormonais durante o ciclo menstrual, gravidez ou durante a menopausa [39]. Estima-se que o risco de insónia ao longo da vida seja 40% maior nas mulheres do que nos homens, enquanto a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é mais prevalente (4%) nos homens do que nas mulheres (2,5%) [40].

Além disso, o inquérito mundial previamente referido na contextualização do projeto, refere que as mulheres apresentaram mais problemas no seu sono durante a pandemia do que os homens, onde 39% das mulheres, comparativamente a 33% dos homens, reportaram que a pandemia teve um impacto negativo na rotina de sono, e 41% das mulheres, comparativamente a 33% dos homens,

reportaram o impacto negativo na capacidade em dormir bem. Além disso, foi referido que as mulheres são mais prováveis de procurar estratégias para os seus problemas do sono do que os homens [28].

Tabela 2 - Horas de sono diárias recomendadas, segundo a National Sleep Foundation. Adaptado de [38].

	Idade	Recomendado
Recém-nascido	0-3 meses	14 a 17 horas
Infantil	4-11 meses	12 a 15 horas
Criança pequena	1-2 anos	11 a 14 horas
Pré-escolar	3-5 anos	10 a 13 horas
Idade escolar	6-13 anos	9 a 11 horas
Adolescente	14-17 anos	8 a 10 horas
Jovem	18-25 anos	7 a 9 horas
Adulto	26-64 anos	7 a 9 horas
Idoso	65 ou mais anos	7 a 8 horas

2.5. Reguladores endógenos do sono

Existem neurotransmissores que sinalizam excitação ou relaxamento da atividade celular, resultando em vigília ou sono. Por um lado, a vigília pode ser promovida por neurotransmissores como por exemplo a serotonina, noradrenalina, histamina, dopamina e hipocretina -1 e -2. Por outro lado, o sono pode ser promovido por neurotransmissores como por exemplo a acetilcolina e a melatonina [41-43].

A melatonina é a principal hormona secretada pela glândula pineal, porém existem outras fontes extrapineais, como por exemplo, as células da medula óssea, pele, intestino e retina [44]. A sua libertação é regulada pelo núcleo supraquiasmático que, quando recebe os estímulos luminosos, transmite essa informação da retina para a glândula pineal, havendo inibição da produção de melatonina. Contudo, na ausência de luz dá-se a síntese e libertação de melatonina [34, 44]. De facto, esta hormona é libertada na corrente sanguínea durante a noite e, duas horas após o início da sua produção endógena, ocorre um aumento da propensão ao sono, atingindo o seu pico após cinco horas [45]. A diminuição da produção de melatonina endógena, pode dever-se a vários fatores como o envelhecimento, toma de fármacos como benzodiazepinas e presença de comorbilidades tais como lesões na coluna cervical, doença de Parkinson e alzheimer [46, 47].

A melatonina exógena pode ser benéfica no sentido em que corrige certas anormalidades do ritmo circadiano e apresenta efeitos diretos na promoção do sono. Doses baixas (0,3 mg) de melatonina exógena são suficientes para restaurar os níveis plasmáticos de melatonina, para ajudar a

diminuir o tempo necessário para adormecer e para ajudar a retomar o sono após despertares noturnos. Porém, doses mais elevadas (1 a 10 mg) podem dessensibilizar os recetores cerebrais de melatonina e diminuir a sua eficácia na promoção do sono. De referir que os suplementos alimentares não deverão apresentar teores de melatonina superiores a 1 mg [48, 49].

2.6. Higiene do sono

A higiene do sono é definida como os comportamentos que devem ser adotados para promover uma boa noite de sono [50]. Incluem a criação de hábitos de sono regulares, como a definição de um horário de sono consistente, evitar estar acordado na cama e evitar sestas muito longas (duração superior a 30 minutos), pois caso contrário pode haver alteração do ritmo circadiano, causando interrupção do sono [50, 51]. Além disso, é bastante importante a criação de um ambiente tranquilo e confortável, evitando ruídos e luzes fortes, pois podem resultar em sonos mais leves, suprimindo o SWS e sono REM [51]. Quartos com temperaturas confortáveis e amenas são o ideal, pois caso contrário pode prejudicar o abaixamento da temperatura corporal e causar despertares noturnos indesejados [52]. Além disso, é importante o estabelecimento de uma rotina relaxante na hora de dormir, como banho quente, técnicas de meditação ou exercícios de relaxamento, pois apresentam efeito na temperatura corporal, aumentam o tempo total de sono e reduzem os problemas agudos ou crónicos associados ao início do sono [50, 51].

Outras recomendações para promover a higiene de sono podem incluir: evitar exposição a ecrãs que emitam luz azul, como televisão e dispositivos eletrónicos, pois estes podem causar excitabilidade das células da retina e promover a vigília, afetando o ritmo circadiano [50, 53]. Apesar de ser importante fazer exercício físico diariamente por 20 a 30 minutos, devem ser evitados exercícios físicos rigorosos imediatamente antes de dormir, no sentido em que podem promover despertares noturnos, ou dificuldade em adormecer porque há libertação de endorfinas [50]. Também deve ser evitada a ingestão de grande quantidade de líquidos antes de deitar, bem como de refeições muito pesadas à noite [53]. Acrescentar que é importante a exposição diária à luz solar, no sentido em que ajuda a reforçar o ritmo circadiano [54]. Devem ser evitadas bebidas alcoólicas antes de dormir, pois o álcool leva a um aumento dos despertares noturnos, perturbando o ritmo circadiano e a homeostasia do sono [51], além de se evitar cafeína e nicotina no final do dia, pois a cafeína apresenta propriedades estimulantes que levam à fragmentação do sono, promovendo a vigília e excitação corporal, enquanto a nicotina está associada à redução do tempo total de sono, com despertares noturnos e supressão do sono REM bem como do SWS [51].

2.7. Distúrbios do sono

Os distúrbios do sono são condições que afetam o tempo, a duração e/ou a qualidade do próprio sono e podem contribuir para o aparecimento de novos problemas de saúde ou agravamento dos já existentes [55]. Dependendo do tipo de distúrbios, as pessoas podem apresentar, por exemplo, dificuldade em iniciar e manter o sono (insónia); sonolência excessiva (hipersomnia); disfunções

associadas ao sono, fases do sono e despertares parciais (parassonias) e movimentos que perturbam o sono (síndrome das pernas inquietas) [56].

Quanto aos sintomas, e dependendo do tipo de distúrbios, podem surgir alterações humorais e comportamentais, fadiga, dificuldade de concentração, memória e atenção, respiração irregular, aumento dos movimentos durante o sono, cefaleias matinais, dores de garganta matinais e boca seca (associados a AOS), alucinações, sonambulismo e despertar confuso (associados a parassonias), cataplexia e comportamentos automáticos (associados a narcolepsia) [57].

Como causas devem ser referidas: problemas de saúde (como no caso da apneia), ingestão de álcool, nicotina e cafeína (como no caso da insónia), stress e ansiedade, histórico familiar (como no caso do transtorno sono/vigília não 24 horas e síndrome das pernas inquietas), desordens neurológicas como doença de Parkinson e esclerose múltipla, cegueira total (como no caso do transtorno sono/vigília não 24 horas), lesão cerebral traumática e causa idiopática (como no caso da narcolepsia) [57-60].

2.8. Avaliação da qualidade do sono

O *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh) é um questionário utilizado para avaliar de forma subjetiva (pois existe mais que uma resposta possível para cada questão) a qualidade do sono. Encontra-se dividido em 10 questões, agrupadas em 7 componentes sendo que cada questão apresenta uma escala de pontuação de 0 a 3. As componentes são: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicações para o sono e disfunção diurna [61].

No final, as componentes são somadas e obter-se-á um valor de 0-21 que retrata a qualidade do sono: pontuações entre 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam má qualidade do sono, e pontuações de 11-21 indicam indivíduos com perturbações do sono [62].

3. MNSRM e Suplementos Alimentares com interesse na regulação do sono

Estão disponíveis na farmácia vários MNSRM e suplementos alimentares, sob diversos formatos e quantidades, que podem ser aconselhados em caso de distúrbios do sono. Na sua maioria, são de fácil toma, não causam habituação e contêm melatonina e princípios ativos naturais, como por exemplo valeriana, passiflora e papoila da Califórnia, abaixo referidas.

- Valeriana – É utilizada a raiz da planta *Valeriana officinalis* devido às propriedades sedativas, conferidas pelos alcalóides, terpenos, ácidos orgânicos e seus derivados, valepotriados e flavonas, amplamente utilizados para induzir e melhorar a qualidade do sono, pois reduzem a latência do sono, dado que têm como alvo a sinalização GABAérgica, mais especificamente o recetor GABA_A (recetor que favorece o sono) [63, 64].
- Passiflora – É utilizada a parte aérea da planta *Passiflora incarnata* L., que apresenta propriedades sedativas, ansiolíticas e hipnóticas, com redução da latência do sono, aumentando a sua

qualidade devido aos seus constituintes primários: flavonoides, maltol, glicosídeos cianogénicos e alcalóides índoles [65]. É importante referir que as propriedades ansiolíticas e hipnóticas ainda não estão bem esclarecidas, mas pensa-se que os seus efeitos sejam ao nível da sinalização GABAérgica, atuando nos recetores GABA_A e GABA_B [63, 65, 66].

- Papoila da Califórnia – É utilizada a parte aérea da planta *Eschscholzia californica*, que é constituída por alcalóides que atuam no recetor GABA_A e no recetor da serotonina, levando a efeitos sedativos e ansiolíticos, que melhoram a duração e latência do sono [63, 67].

Além destes princípios ativos naturais, existe a doxilamina, um anti-histamínico derivado da etanolamina, que está na composição de um MNSRM (Dormidina®). Apresenta propriedades sedativas marcadas e anticolinérgicas moderadas. A sua capacidade sedativa é devida à inibição da histamina sobre os recetores H₁, reduzindo o tempo necessário para adormecer e aumentando a duração e profundidade do sono [68].

4. Objetivos

Este projeto teve como objetivos a comparação da percepção que as pessoas têm da qualidade do seu sono com o valor obtido pelo PSQI, além da avaliação dos hábitos de higiene do sono dos participantes.

5. Metodologia

O projeto “Semana do Sono” foi realizado nas duas farmácias pertencentes ao agrupamento (FG e FSM), mais especificamente nos dias 22 a 26 março na FG e nos dias 29 de março a 1 de abril na FSM, no entanto, a sua divulgação começou a ser feita na semana anterior (dias 15 a 19 de março) através das redes sociais (anexos II e III), além da exposição de um cartaz em cada farmácia e elaboração de um linear de exposição na FG (anexo IV). Durante a “Semana do Sono” foram colocadas nas redes sociais publicações relativas a cuidados de higiene do sono (anexo V) e mitos *versus* verdades (anexo VI e VII).

Assim, como métodos foram utilizados o cartaz de divulgação nas duas farmácias, a criação do linear de exposição, bem como as publicações nas redes sociais. Além disso, foram feitos dois questionários: o primeiro era baseado no PSQI, onde se obteria o valor da qualidade do sono, sendo que neste projeto foi utilizada a versão validada em português (anexo VIII) [69]. O segundo questionário (anexo IX) era constituído por questões que permitissem caracterizar a amostra; questões relativas à percepção que a pessoa tem da qualidade do seu sono; questões sobre abordagem terapêutica; e questões sobre hábitos de higiene do sono dos participantes. Por fim, foi realizada uma análise estatística descritiva dos resultados obtidos, onde as comparações entre variáveis foram feitas pelo teste do qui-quadrado.

O projeto iniciou com o preenchimento de um consentimento informado para autorização de recolha de dados pessoais, seguido dos questionários, com posterior análise, demorando aproximadamente 15 minutos. No final, decorreu um aconselhamento de medidas de higiene do sono e foram esclarecidas as dúvidas dos participantes, bem como aconselhamento de MNSRM ou suplementos alimentares, caso fosse pedido.

6. Resultados e discussão

O questionário foi realizado a 125 utentes das duas farmácias. Nos anexos X e XI encontram-se os resultados sob a forma de gráfico.

6.1. Índice de qualidade do sono

Do questionário do PSQI, o menor valor obtido foi de 1 e o maior valor obtido foi de 14. Os valores entre 1 a 4 representaram 38,4% dos inquiridos, no entanto, a maioria (53,6%) situou-se entre 5 a 10. A acrescentar que, 8% dos inquiridos situavam-se entre 11 a 21, representando valores sugestivos de distúrbios do sono.

6.2. Caracterização demográfica da amostra

Este questionário foi respondido por 70,4% de mulheres e 29,6% de homens, todos com idades compreendidas entre os 14 e os 87 anos, porém, a faixa etária mais representativa foi a dos 50 aos 64 anos (36,8%), seguida dos 30 aos 49 anos (21,6%). Quando questionados se apresentavam problemas de saúde, 79,2% dos inquiridos relatou apresentar, sendo que as quatro condições mais prevalentes foram a ansiedade (44,4%), dislipidemia (34,3%), problemas cardíacos e circulatórios (31,3%) e diabetes (31,3%). Relativamente aos hábitos tabágicos, 83,2% dos inquiridos referiu não ser fumador. Além disso, quanto aos hábitos de exercício físico semanal, 40,8% dos participantes referiu não fazer exercício físico, sendo que esta resposta foi condicionada pelo confinamento, pois, no momento em que foi realizado o questionário, os ginásios encontravam-se fechados. Dos que referiram fazer exercício físico (59,2%), este era principalmente realizado 1-2 vezes por semana (36,49%) ou 3-4 vezes por semana (27,03%).

6.3. Perceção da qualidade do sono

Dos participantes, 38,4 % referiu dormir entre 6-7 horas, enquanto 37,6% referiu dormir 7-8 horas por noite. Porém, 3,2% dos inquiridos referiu dormir menos que 5 horas por noite, o que é preocupante, pois para a faixa etária apresentada pelos participantes (14-87 anos), o ideal seria que pessoas com idades entre os 14-17 anos dormissem 8-10 horas por noite, pessoas com idade compreendida entre os 18-64 anos dormissem 7-9 horas por noite, e pessoas com 65 anos ou mais dormissem 7-8 horas por noite [38]. Portanto, uma pessoa que durma menos que 5 horas pode apresentar distúrbios do sono ou outros problemas, como os acima referidos no tópico 2.1.

Quando questionados se apresentam um sono adequado, 75,2% dos inquiridos acha que o seu sono é inadequado, não se mostrando satisfeito com ele. Desses inquiridos, 29,8% não conseguiu

identificar a causa, 26,6% atribuiu ao facto de se levantar para ir à casa de banho durante a noite e 23,4% atribuiu à ansiedade.

6.4. Abordagem terapêutica

Quando questionados acerca da utilização de algum tipo de substância para ajudar a dormir, as respostas foram distintas: 46,03% referiu tomar algo, enquanto mais de metade dos inquiridos (53,97%) referiu não tomar nada. Dos que referiram tomar, 65,52% recorria a MSRM e 34,48% recorria a outras alternativas como suplementos alimentares ou MNSRM.

Os dois MSRM mais utilizados para dormir foram alprazolam (23,7%) e trazodona (15,8%). De notar que 71,2% dos participantes referiu utilizar benzodiazepinas, o que também está de acordo com dados de 2019 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico onde Portugal representou o país com maior consumo reportado de ansiolíticos, e um dos países com maior consumo reportado de hipnóticos e sedativos [70]. A totalidade dos participantes começou a tomar esses medicamentos por indicação médica e cerca de 31,58% referiu que o medicamento não estava a fazer efeito. Na sua maioria (63,16%), os participantes revelaram tomar o MSRM há 1 ano ou mais, tendo sido reportados casos de pessoas que tomavam há mais de 15 anos.

Os dois MNSRM ou suplementos alimentares mais utilizados para dormir apresentavam na sua constituição melatonina, passiflora, valeriana e papoila da Califórnia (Arkorelax Sono Forte 8H®) (30%) ou unicamente valeriana (Valdispert®) (15%). De notar que a maioria dos participantes (70%), começou a tomar esses MNSRM ou suplementos alimentares por indicação farmacêutica e cerca de 10% sente que não está a fazer efeito. Quando questionados acerca do tempo de utilização, 30% referiu tomar há 2-6 meses, enquanto 20% referiu tomar há 2-3 semanas ou há 1 mês.

6.5. Hábitos de higiene do sono e recomendações

Quando questionados sobre se apresentavam algum hábito até duas horas antes de dormir, a quase totalidade dos participantes referiu ver televisão (90,4%), enquanto a segunda atividade mais comum foi a utilização do telemóvel/computador (39,2%).

As cinco principais recomendações de higiene do sono feitas a mais de metade dos inquiridos foram: criação hábitos de sono regulares (94,4%) a todos aqueles que referiam não apresentar uma hora para deitar e acordar definida; evitar ver televisão antes de deitar (90,4%); criar uma rotina relaxante antes de deitar (74,4%) com sugestão de exercícios de alongamento; apresentar um ambiente tranquilo e favorável no quarto (60,8%) com temperatura amena, colchão e almofada confortável; e redução da ingestão de líquidos próximo da hora de deitar (56%) para todos aqueles que referiram essa ingestão ou para aqueles que a referiram como causa de sono inadequado.

6.6. Relação entre valores

6.6.1. Perceção *versus* PSQI

Com vista a satisfazer um dos objetivos inicialmente impostos, os participantes foram divididos em dois grupos: o grupo A, que representa os indivíduos que percecionam dormir bem,

mas que o PSQI indica má qualidade do sono, pois apresentam um valor igual ou superior a 5 (composto por 7 pessoas); e o grupo B, que representa o resto dos inquiridos (composto por 118 pessoas). Quando analisados estatisticamente, e comparando o grupo A com o grupo B, não há diferença estatística significativa na distribuição de género ($p=0,9511$), idade ($p=0,9326$), existência ou não de patologias ($p=0,1389$), hábitos tabágicos ($p=0,8547$), nem nos hábitos de exercício físico ($p=0,1418$). Desta forma, conclui-se que o que leva a que as pessoas apresentem uma perceção errada do seu sono não são as variantes acima referidas.

Contudo, para a análise comparativa, o tamanho da amostra do grupo A é bastante desproporcional ao do grupo B, sendo considerada uma limitação. Porém, para evidenciar que há casos sugestivos de distúrbios de sono que não são percecionados pelos utentes, a amostra pode ser considerada válida. Assim, esta análise estatística deve ser encarada apenas como uma perspetiva preliminar, sendo necessários mais estudos.

6.6.2. PSQI *versus* Hábitos de higiene do sono

Para perceber se existe uma relação entre o PSQI e os hábitos de higiene do sono dos participantes, foram criados novos grupos: o grupo C, das pessoas que percecionam que dormem mal e que efetivamente apresentam um PSQI igual ou superior a 5 (composto por 82 pessoas) e o grupo D das pessoas que percecionam que dormem bem e apresentam um PSQI igual ou inferior a 4 (composto por 36 pessoas). Assim, o único hábito realizado antes de deitar que apresentou significado estatístico foi o uso de telemóvel e/ou computador, sendo que houve mais indivíduos no grupo C do que no grupo D a referir o uso ($p=0,0487$). Este hábito está descrito na literatura como sendo uma influência negativa para a qualidade do sono, primeiramente porque quando se utilizam esses dispositivos, há exposição a conteúdo estimulante próximo da hora de deitar, o que afeta a qualidade do sono. Além disso, há a emissão de luz azul que atrasa ou diminui a produção de melatonina, fazendo com que seja mais difícil adormecer ou manter o sono, além de diminuir o tempo que se passa no sono REM [71, 72]. Este hábito está retratado no inquérito mundial, mencionado na contextualização do projeto, onde em 2021 84% das pessoas referiram utilizar o telemóvel enquanto estão na cama, e 46% referiram que mexer no telemóvel é a última coisa que fazem antes de adormecer [28]. Posto isto, percebe-se que o uso de telemóvel e/ou computador antes de dormir influencia o sono, levando a que essas pessoas durmam pior do que as que não utilizam esses dispositivos perto da hora de deitar.

6.6.3. Uso de medicação/suplementos alimentares

De forma a perceber se o facto de a abordagem terapêutica não estar a fazer efeito estava relacionado com as características do indivíduo e/ou com os seus hábitos de higiene do sono, tentou-se restringir ainda mais o Grupo C (pessoas que percecionam que dormem mal e que efetivamente apresentam um PSQI compatível com má qualidade do sono) àqueles que tomam algo para ajudar a dormir que não faz efeito (composto por 12 pessoas), denominado por grupo C.1, sendo comparado com as pessoas desse grupo C que tomam algo para ajudar a dormir e que faz efeito (composto por

31 pessoas), denominado grupo C.2. O único dado demográfico que revelou significado estatístico foi a prática de exercício físico ($p=0,0372$). Na literatura não encontrei dados que retratassem o impacto desta prática no efeito da abordagem terapêutica, mas está referido que a prática de exercício físico diário faz com que haja diminuição do tempo necessário para adormecer, com que se consiga dormir mais tempo e ajuda a evitar a sonolência diurna. Indiretamente, a prática de exercício físico ajuda na diminuição do peso, o que pode tornar a pessoa menos propensa a apresentar AOS [73]. Quanto a hábitos de higiene do sono, há uma tendência para as pessoas que referem que a medicação não faz efeito fazerem uma refeição pesada antes de deitar ($p=0,0848$), porém não encontrei dados bibliográficos que relacionassem esta prática e o efeito da abordagem terapêutica. Contudo, o impacto que este hábito apresenta no sono pode estar associado à ingestão de certos alimentos que possam ter implicância na parte gastrointestinal e ao prolongamento da digestão, o que pode interferir no processo do sono e na sua qualidade [74, 75].

De referir que há mais pessoas a fazer MSRM do que MNSRM ou suplemento alimentar, tanto no grupo que referiu que a medicação não faz efeito ($p=0,0011$), como no grupo que referiu que a medicação faz efeito ($p=0,0754$).

De ressaltar o facto de ser contraditória a presença de um grupo C.2. que assume que a medicação faz efeito, tendo em conta que são pessoas que percecionam que dormem mal. Esta contradição pode dever-se ao facto de ter ocorrido algum erro no momento do preenchimento do questionário ou a pessoa não ter conseguido atribuir devido valor ao efeito da medicação. Este facto deveria ser investigado e aprofundado, pois as perguntas por mim feitas não o permitiram esclarecer. No entanto, o tamanho da amostra é pequeno para se poderem tirar conclusões, constituindo mais uma vez uma limitação a este estudo.

6.7. Alcance das redes sociais

As publicações feitas na página de Facebook e Instagram para divulgação do projeto, tiveram um alcance de aproximadamente 840 pessoas. Já as publicações feitas nessas redes sociais, realizadas na própria semana do projeto, relativas a cuidados de higiene do sono apresentaram um alcance de 693 pessoas, enquanto as publicações relativas a mitos *versus* verdades tiveram um alcance de 1149 pessoas.

7. Conclusão

Durante o meu período de estágio observei vários utentes descontentes com o seu sono, pelo que os resultados do meu questionário traduzem isso mesmo. Avaliando as respostas tornou-se claro que a maioria dos participantes vê televisão antes de deitar, porém apenas a utilização de telemóvel/computador demonstrou significado estatístico, estando essa atividade confirmada pela literatura como apresentando um impacto negativo na qualidade e duração do sono dos indivíduos.

Na concretização do projeto percebi que a percepção de algumas pessoas sobre o seu sono encontrava-se desviada da realidade, pelo que era necessário efetuar um estudo mais aprofundado e direcionado para essa temática, no sentido de apresentar uma amostra considerável desse grupo de pessoas e de conseguir perceber o porquê da sua percepção. Na literatura não encontrei dados estatísticos que me auxiliassem nesse sentido, pelo que considero que não há muitos estudos que comparem a percepção *versus* PSQI. Além disso, a quantidade de pessoas que refere que o tratamento não faz efeito é bastante considerável, o que se traduz numa problemática para a saúde populacional.

A acrescentar que, este projeto desde logo despertou um grande interesse em mim e senti que consegui aumentar o meu conhecimento relativamente ao tema, além de promover educação para a saúde devido aos esclarecimentos prestados aos participantes.

Projeto II – Seguimento Farmacoterapêutico – Método de Dáder

1. Contextualização do projeto

Durante o atendimento ao público, senti que, por vezes, idosos polimedicados tinham dificuldades em compreender os problemas de saúde que apresentavam, em identificar os seus medicamentos e a sua finalidade, ou mesmo perceber quais as medidas não farmacológicas que poderiam adotar, sendo que o desconhecimento desses aspetos fazia com que não aderissem à terapêutica. Como tal, senti a necessidade de abordar o tema de seguimento farmacoterapêutico (SFT) com a equipa da FG pois este é um serviço bastante importante sobretudo nesses idosos que não estão a conseguir atingir os seus objetivos terapêuticos. Só o facto de os ajudar a compreender os problemas que apresentam e a medicação que tomam, pode melhorar os resultados em saúde e consequentemente a qualidade de vida.

2. Cuidados farmacêuticos

Os programas de cuidados farmacêuticos, preparação individualizada da medicação, de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica e de educação sobre utilização de dispositivos médicos estão descritos no artigo 2º da Portaria nº1429/2007, de 02 de novembro, posteriormente alterado para o artigo 2º da Portaria nº97/2018, de 09 de abril, como atividades que integram o conteúdo do ato farmacêutico, no qual se incluem os serviços farmacêuticos de promoção da saúde e bem-estar dos utentes [76, 77].

De acordo com a definição desenvolvida por Hepler e Strand, o cuidado farmacêutico é “o fornecimento de uma terapia farmacológica com o objetivo de alcançar os objetivos definidos que vão melhorar significativamente a qualidade de vida do doente”. Neste processo “o farmacêutico coopera com o doente e outros profissionais de saúde no sentido de conceber, implementar e monitorizar um plano que irá produzir resultados específicos na terapêutica” [78].

3. Seguimento farmacoterapêutico

O SFT é uma prática profissional, em que o farmacêutico é responsável pelas necessidades medicamentosas do doente. É realizado por meio da deteção, prevenção e resolução de problemas relacionados com o medicamento (PRM) para a prevenção e resolução de resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e é realizado pelo farmacêutico de forma documentada, sistematizada e contínua, em conjunto com o doente e/ou profissionais de saúde, com o objetivo de alcançar objetivos específicos que melhorem a qualidade de vida do doente [79].

Existem vários métodos para se poder realizar o SFT, como o Método Dáder; Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP); Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) e Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) [80]. Neste projeto, o método que irá ser abordado será o Método Dáder, pois é um método bastante descrito na literatura, utilizado em trabalhos de investigação e com resultados que comprovam a melhoria na saúde dos utentes.

3.1 Problema relacionado com o medicamento e resultado negativo associado à medicação

Um PRM acontece em situações que, no processo de uso do medicamento, causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado à medicação [79]. Enquanto um RNM é um resultado na saúde do doente não consistente com os objetivos da farmacoterapia, estando associado ao uso ou à falha no uso de medicamentos [79]. Nas tabelas 3 e 4, abaixo apresentadas, estão referidos exemplos de PRM e a classificação de RNM, respetivamente.

Tabela 3 - Exemplos de PRM. Adaptado de [79].

PRM	
Administração errada do medicamento	Erros na prescrição
Caraterísticas pessoais	Incumprimento
Conservação inadequada	Interações
Contraindicação	Probabilidade de efeitos adversos
Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada	Outros problemas de saúde que afetem o tratamento
Duplicação	Problema de saúde insuficientemente tratado
Erros na dispensa	Outros

Tabela 4 - Classificação de RNM. Adaptado de [79].

RNM
Necessidade
O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de não receber a medicação que necessita. Problema de saúde não tratado.
O doente sofre de um problema de saúde como consequência de receber um medicamento que não necessita. Efeito do medicamento desnecessário.
Efetividade
O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação. Inefetividade não quantitativa.
O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação. Inefetividade quantitativa.
Seguridade
O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa da medicação. Inseguridade não quantitativa.
O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa da medicação. Inseguridade quantitativa.

3.2 Impacto de um método de seguimento farmacoterapêutico

O SFT apresenta um grande impacto para os doentes que integram o serviço, para as farmácias que o proporcionam, e no geral, para o sistema de saúde. Existem estudos internacionais que demonstram o impacto económico e clínico desta intervenção, no entanto a nível nacional esses dados são escassos [81].

A nível dos doentes, por haver acompanhamento com o farmacêutico são de realçar os melhores resultados clínicos obtidos, o controlo dos problemas de saúde e o cumprimento dos objetivos terapêuticos com melhoria da qualidade de vida do doente por identificação de PRM e prevenção e resolução de RNM. Além disso, há diminuição do uso inapropriado de antibióticos, identificação e gestão de reações adversas e, possivelmente, redução do número de medicamentos tomados, levando, a redução de custos para o doente [81-83].

A nível da farmácia, o SFT é uma mais-valia no sentido em que confere valor à própria farmácia e atrai novos utentes. Além disso, contribui para a satisfação do farmacêutico onde, por um lado, está a melhorar o seu conhecimento acerca de temas importantes e está a aperfeiçoar as suas capacidades de comunicação e gestão. E, por outro lado, está a prestar um serviço à comunidade envolvente onde contribui para a correta utilização da medicação e onde promove educação para a saúde [84].

Ao longo dos anos, foram desenvolvidos vários projetos em diversos países no âmbito do SFT onde foi retratada a mais-valia económica para o sistema de saúde do país em questão, uma vez que levaria a poupanças associadas à redução do número de consultas médicas, de baixas por doença, de internamentos ou de episódios de urgência, levando à redução dos custos em saúde e a potencial retorno económico tanto para o doente, como para o sistema de saúde [81, 83].

3.3 Barreiras à implementação de um método de seguimento farmacoterapêutico

Mais uma vez, não existem dados portugueses sobre quais as barreiras à implementação de um método de SFT, porém, existem estudos de alguns países europeus que referem as barreiras sentidas aquando da sua implementação. São exemplos a falta de recursos monetários, tempo, espaço nas farmácias, falta de dados sobre os doentes e falta de *software* que auxilie o processo. Além disso, foram apontadas outras barreiras como a falta de educação clínica para a área, bem como de educação sobre sistemas de saúde e capacidades de gestão e comunicação, barreiras legais à implementação, bem como atitudes e opiniões de outros profissionais de saúde [84]. Estes são os obstáculos referidos à implementação de um serviço que iria beneficiar não só os doentes, como todos os envolvidos.

4. Método Dáder

O Método Dáder foi desenvolvido em 1999 pelo *Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica* da Universidade de Granada e é um procedimento simples que permite realizar SFT de forma documentada, sistematizada e continuada. Através de procedimentos simples, claros e objetivos, permite registar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia instituída a um doente [85].

Resumidamente, baseia-se na recolha de informação sobre a farmacoterapia do doente e sobre os seus problemas de saúde, gerando-se o estado da situação que permite avaliar os resultados dessa farmacoterapia. Como consequência dessa análise, estabelece-se um plano de atuação, onde a cada consulta vão sendo constituídos novos estados de situação e vão sendo definindo novos planos terapêuticos [81]. Este método apresenta sete etapas que serão abordadas posteriormente com maior detalhe.

4.1. História farmacoterapêutica do doente

A história farmacoterapêutica engloba toda a informação reunida pelo farmacêutico desde o motivo da oferta do serviço, dados do doente, pareceres clínicos (relatórios médicos e análises laboratoriais) e farmacêuticos e informação destinada a monitorizar e a avaliar os efeitos da farmacoterapia [85]. De modo a facilitar este processo, o Método Dáder utiliza um conjunto de documentos que permitem o registo de toda a informação recolhida durante o SFT, sendo que esses documentos podem ser arquivados como parte da história farmacoterapêutica. Com a finalidade de a consulta de informação ser facilitada, o Programa Dáder de SFT desenvolveu uma aplicação – DaderWeb – para registo informático de toda a informação [85].

4.2. Modelo de decisões partilhadas centrado no doente

A tomada de decisões é baseada no modelo de decisões partilhadas centrado no doente, onde tanto ele como o farmacêutico partilham responsabilidades e informações para escolherem a melhor opção terapêutica possível. A participação do doente é essencial na medida em que ele é o principal

interessado na sua saúde e irá querer colaborar naquilo que se lhe propuser, participando ativamente nas decisões tomadas. Assim, para que este modelo funcione da melhor forma, é necessário explicar ao doente o que se pretende, como se pretende conseguir e a finalidade, de forma a haver maior adesão ao plano estabelecido [85].

4.3. Etapas

4.3.1. Oferta do serviço

O objetivo desta etapa é convidar o doente a integrar o serviço de SFT. Tal, envolve a explicação clara e objetiva em que consiste, quais os seus objetivos e o que poderá beneficiar ao integrar este serviço [85]. Poderá ser oferecido a:

- Doentes cujos problemas de saúde possam ser tratados e monitorizados em farmácia comunitária, como por exemplo diabetes e hipertensão [85];
- Doentes que apresentem problemas relacionados com os seus medicamentos [85];
- Doentes que possam melhorar os resultados da sua farmacoterapia e/ou que possam beneficiar deste serviço de saúde [85];

A conclusão da oferta deve incluir a marcação do dia e hora para a primeira entrevista, bem como a comunicação da duração aproximada. Deve ser dada a indicação ao doente para trazer consigo o “saco da medicação”, bem como chás, suplementos alimentares ou medicação não habitual, além de documentação clínica recente, como relatórios médicos e análises clínicas [85].

4.3.2. Entrevista farmacêutica

Na primeira entrevista o objetivo consiste em iniciar a história farmacoterapêutica onde se pretende obter informação sobre o doente, as suas preocupações e problemas de saúde (através de uma pergunta aberta), sobre os seus medicamentos (através de perguntas semiabertas) e fazer uma revisão geral por sistemas (perguntas sobre o funcionamento ou estado do organismo por sistemas e aparelhos). Em entrevistas posteriores, o objetivo varia, podendo ser para obter informação que possa faltar, propor um plano de trabalho ao doente, educação para a saúde, iniciar ou rever uma intervenção, entre outros objetivos [85].

Nos dois tipos de entrevistas, há partilha de informações entre o farmacêutico e o doente, porém na primeira entrevista o fluxo de informação pode ser predominantemente do doente para o farmacêutico [85].

4.3.3. Estado de situação

Nesta fase, há o preenchimento de um documento que retrata, numa determinada data, a relação entre os problemas de saúde que o doente apresenta e os medicamentos que utiliza, através de um emparelhamento horizontal, orientado e estruturado, onde se conseguem identificar os RNM presentes. Tem como finalidade avaliar a farmacoterapia do doente, visualizar o panorama global do estado de saúde e, em caso de necessidade, facilitar a exposição do caso [85].

4.3.4. Fase de estudo

Nesta etapa o objetivo é procurar informação científica concreta e atualizada, em fontes relevantes, sobre os problemas de saúde e a medicação do doente. Podem ser consultadas fontes como RCM, guias de prática clínica, livros de farmacoterapia e farmacologia, manuais de terapêutica, entre outros. A informação deve ser recolhida de modo a permitir avaliar a necessidade, efetividade e segurança da medicação, desenhar um plano de atuação com o doente e/ou profissionais de saúde, e promover a tomada de decisões [85].

4.3.5. Fase de avaliação

Realiza-se através de um processo sistemático de questões onde, para cada medicamento, é avaliada a necessidade, efetividade e segurança, sendo que o resultado será uma lista com os diversos RNM detetados ou suspeitos de RNM apresentados pelo doente, classificados de acordo com a classificação de RNM (tabela 4) [85].

4.3.6. Fase de intervenção

Consiste na conceção e na concretização do plano de atuação com o doente, de forma a:

- Preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados [85];
- Resolver ou prevenir um ou vários RNM [85];
- Instruir o doente para o seguimento dos seus problemas de saúde, para melhorar a utilização dos seus medicamentos e para ter melhores cuidados de saúde [85];

Para tal, devem ser definidos objetivos exequíveis de modo a resolver os problemas anteriormente detetados, hierarquizar esses objetivos por prioridade (tendo em conta a relevância clínica e as preocupações e preferências do doente), determinar quais as intervenções farmacêuticas (baseado na evidência clínica e experiência do farmacêutico) e planificá-las (estabelecendo uma data de início, de revisão e de avaliação do resultado da intervenção) [85].

Em caso de serem necessárias alterações na farmacoterapia, o farmacêutico pode sugerir essas mesmas alterações redigindo um relatório que o doente entregará ao médico, para que não haja confusões quando é o doente a transmitir a informação oralmente [85].

4.3.7. Entrevistas sucessivas

As entrevistas sucessivas fecham o processo de SFT, tornando-o cíclico. Este processo cessa quando as intervenções farmacêuticas já não conseguem contribuir para a melhoria do estado de saúde do doente. Estas entrevistas permitem obter informação sobre a continuidade ou resultado das intervenções, ou permitem alterar o plano de atuação. Além disso, em certos casos, são utilizadas para conhecer a resposta do médico às intervenções sugeridas pelo farmacêutico. Se, por ventura, algum resultado demonstrado pelo doente não for positivo ou se surgirem novos problemas de saúde, o ciclo inicia novamente, pois deve ser criado um novo estado de situação, com nova análise da situação, planeando-se novas intervenções [85].

5. Objetivos

Com este projeto, tive como objetivos aumentar o nível de conhecimento da equipa da FG sobre o conceito de SFT, bem como dar o exemplo de um desses métodos, nomeadamente o Método Dáder. Pretendi consciencializá-los para a importância desta temática, bem como de uma futura implementação deste serviço, uma vez que senti que a FG tinha utentes que beneficiariam deste tipo de seguimento, o que acrescentaria crédito e valor à própria farmácia, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes.

6. Metodologia

O projeto foi apresentado à equipa através de uma formação teórica em formato *powerpoint* (anexo XII), com duração aproximada de 20 minutos, que ocorreu em regime pós-laboral via *zoom*, uma vez que só assim conseguiria juntar grande parte da equipa. Primeiramente, foram explicados alguns conceitos fundamentais que auxiliam a compreensão do SFT, bem como qual o impacto e quais as barreiras à implementação que um método destes apresenta. De seguida procedeu-se à explicação do Método Dáder e das suas etapas, e, posteriormente, ocorreu um momento onde puderam ser esclarecidas todas as dúvidas e partilhadas ideias e experiências. No final da formação, foi proposto um inquérito anónimo de qualidade e satisfação (anexo XIII) de modo a avaliar o conhecimento dos participantes, a pertinência e interesse do tema, mas também o orador. De referir que inquérito foi elaborado através da plataforma *Google Forms*.

7. Resultados e discussão

A formação contou com a presença de seis colaboradores, onde lhes foi pedido que classificassem de 1 (nenhum conhecimento) a 5 (conhecimento extenso) os conhecimentos que teriam sobre o tema antes e após a formação. A classificação média obtida antes da apresentação foi de 2,5, o que retrata o baixo nível de conhecimento relativamente ao tema. No entanto, após a formação, a classificação média obtida foi de 4,7. Assim, através da análise dos resultados registados, é possível concluir que o projeto serviu para aumentar o nível de conhecimento da generalidade dos participantes, sendo que quando questionados sobre isso, todos classificaram que a formação efetivamente contribuiu bastante para aumentar o nível de conhecimento sobre o tema.

Quando lhes foi pedido para classificarem a formação interna quanto ao grau de pertinência do tema, de 1 (nada pertinente) a 5 (bastante pertinente), todos consideraram o tema bastante pertinente. Já quanto à relevância, de 1 (nada relevante) a 5 (bastante relevante) esta obteve uma classificação média de 4,7, sendo considerada bastante relevante.

Por fim, foi pedida uma avaliação do orador, de mau, razoável, bom a muito bom, quanto a variados aspetos: uso de linguagem técnica, discurso (eloquência, ritmo e tom), organização da

apresentação e capacidade em transmitir a informação, onde em todos os parâmetros foi obtida a classificação de muito bom.

De referir que no anexo XIV encontram-se estes resultados sob a forma de gráfico.

8. Conclusão

Este projeto desmontou-se bastante enriquecedor, na medida em que existiu uma participação ativa dos colaboradores quer pelas dúvidas apresentadas, quer pela partilha de experiências, ideias e futuras perspetivas. Senti que vão estar mais atentos a utentes polimedicados com problemas facilmente monitorizáveis e tratados em farmácia comunitária, onde os vão conseguir acompanhar, pelo menos a nível individual, mesmo que o projeto não seja implementado na farmácia.

No geral, consegui aprofundar os meus conhecimentos sobre o tema e aumentar o conhecimento dos colaboradores, tal como demonstram os resultados. Além disso o *feedback* que recebi foi bastante positivo e foi demonstrada a satisfação de todos relativamente à formação. Posso dizer que os objetivos foram atingidos com sucesso, e acredito que transmiti todas as informações essenciais.

Considerações finais

Concluído o meu estágio na FG, sinto que estes quatro meses foram cheios de aprendizagens que me enriqueceram tanto a nível profissional como pessoal. Senti-me logo integrada e acolhida na equipa da FG, mesmo após os dois meses que me ausentei para realizar o estágio profissionalizante em Farmácia Hospitalar. Desenvolvi competências fulcrais e consolidei vários conhecimentos previamente adquiridos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Além disso, consegui perceber que o farmacêutico não é só um conhecedor do medicamento, mas sim capaz da confiança dos utentes nas questões em saúde, e é sem dúvida essencial na comunidade onde está integrado.

Em suma, não poderia estar mais contente com o rumo que o meu estágio teve e considero que desenvolvi aptidões que, no futuro, me tornarão uma melhor farmacêutica.

Bibliografia

1. Conselho Nacional da Qualidade, *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF)*. 2009. 3ª ed. Ordem dos Farmacêuticos, Lisboa.
2. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, *Estatuto do Medicamento*, Diário da República, 1ª série, n.º 167, 2006, 6297-6383.
3. Portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro, *Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos*, Diário da República, 1ª série, n.º 212/2016, 1º Suplemento, 2016, 3908-(2)-3908-(11).
4. Infarmed, *Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde* 2019. Disponível em https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872 (acedido a 18 de maio de 2021).
5. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, *Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes*. Diário da República, 1ª série, n.º 144/2015, 2015, 5037-5043.
6. Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, *Regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos*. Diário da República, 1ª série, n.º 93/2010, 1º Suplemento, 2010, 1654-(2)-1654-(15).
7. Serviço Nacional de Saúde. *Comparticipação de Medicamentos*. 2017. [Online] Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/09/25/medicamento-comparticipado/> (acedido a 2 de junho de 2021).
8. Portaria n.º 222/2014, de 4 de novembro, *Define o regime de preços e comparticipações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes*, Diário da República, 1ª série, n.º 213/2014, 2014, 5643-5645.
9. ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., *Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS*. 2015.
10. Infarmed. *Sistema de Preços de Referência*. [Online] Disponível em <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/avaliacao-tecnologias-saude/avaliacao-terapeutica-e-economica/sistema-de-precos-de-referencia> (acedido a 16 de julho de 2021).
11. Direção de Informação e Planeamento Estratégico, *Sistema de Preços de Referência*. 2019, Infarmed.
12. Infarmed, *Saiba mais sobre Psicotrópicos e Estupefacientes*, 2010. [Online] Disponível em https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf (acedido a 30 de maio de 2021).
13. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, *Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos*. Diário da República, 1ª série, n.º 18/1993, 1993, 234-252.
14. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, *Lista das situações de automedicação*. Diário da República, 2ª série, n.º 17690/2007, 2007, 22849-22850.
15. Ordem dos Farmacêuticos, OF.C-N005-00 *Norma Específica sobre indicação farmacêutica*, 2018. [Online] Disponível em https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n005_00_norma_especifica_sobre_indicacyayo_farmaceytica_5541776765afd9c982f505.pdf (acedido a 1 de julho de 2021).
16. Infarmed, *Medicamentos Manipulados*. 2005. [Online] Disponível em <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manipulados.pdf/e97d7cfe-6ff5-4cba-929a-64c95364a7e1> (acedido a 28 de abril de 2021).
17. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro, *Medicamentos veterinários*, Diário da República, 1ª série, n.º 209/2009, 2009, 8106-8215.
18. Decreto-Lei n.º 237/2009, de 24 de junho, *Produtos de uso veterinário*, Diário da República, 1ª série, n.º 179/2009, 2009, 6473-6482.

19. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho, *Legislação respeitante aos suplementos alimentares*, Diário da República, 1ª série, nº147/2003, 2003, 3724-3728.
20. Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho, *Regime geral dos géneros alimentícios destinados a alimentação especial*, Diário da República, 1ª série, n.º 118/2010, 2010, 2198 - 2201.
21. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro, *Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal*, Diário da República, 1ª série, nº 185/2008, 2008, 6826-6905.
22. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, *Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios*, Diário da República, 1ª série, nº 115/2009, 2009, 3707-3765.
23. VALORMED. *Quem Somos*. [Online] Disponível em <http://valormed.pt/paginas/2/quem-somos/> (acedido a 3 de junho de 2021).
24. AMI. *Reciclagem de radiografias*. [Online] Disponível em <https://ami.org.pt/missao/reciclagem-de-radiografias/> (acedido a 3 de junho de 2021).
25. Portaria n.º 1427/2007, de 2 de novembro, *Regula as condições e os requisitos da dispensa de medicamentos ao domicílio e através da Internet*, Diário da República, 1ª série, nº 211/2007, 2007, 7991-7992.
26. National Heart, Lung, and Blood Institute. *Sleep Deprivation and Deficiency - Why Is Sleep Important?* [Online] Disponível em <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/sleep-deprivation-and-deficiency> (acedido a 21 de maio de 2021).
27. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. *Quase Metade Dos Adultos Com Mais De 25 Anos Dorme Menos De Seis Horas Por Dia*. [Online] Disponível em <https://www.sppneumologia.pt/noticias/quase-metade-dos-adultos-com-mais-de-25-anos-dorme-menos-de-seis-horas-por-dia> (acedido a 18 de março de 2021).
28. Philips. *World Sleep Day - Seeking solutions: how COVID-19 changed sleep around the world 2021* [Online] Disponível em <https://www.usa.philips.com/c-dam/b2c/master/experience/smartsleep/world-sleep-day/2021/philips-world-sleep-day-2021-report.pdf> (acedido a 22 de agosto de 2021).
29. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Brain Basics: Understanding Sleep*. [Online] Disponível em <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep> (acedido a 19 de fevereiro de 2021).
30. Sleep Foundation. *How Sleep Works*. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works> (acedido a 26 de fevereiro de 2021).
31. Zielinski, M.R., McKenna, J.T., McCarley, R.W., *Functions and Mechanisms of Sleep*. AIMS Neurosci, 2016. 3(1): 67-104.
32. Bathory, E., Tomopoulos S., *Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2017. 47(2): 29-42.
33. Biology Online. *Zeitgeber*. 2021 [Online] Disponível em <https://www.biologyonline.com/dictionary/zeitgeber> (acedido a 1 de julho de 2021).
34. Khullar, A., *The Role of Melatonin in the Circadian Rhythm Sleep-Wake Cycle*. Psychiatric Times. 2012. 29(7).
35. Fuller, P.M., Gooley, J.J., Saper, C.B., *Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback*. J Biol Rhythms, 2006. 21(6): 482-93.
36. Sleep Foundation. *Stages of Sleep*. 2020. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/stages-of-sleep> (acedido a 18 fevereiro de 2021).
37. American Sleep Association. *Stages of Sleep: The Sleep Cycle*. [Online] Disponível em <https://www.sleepassociation.org/about-sleep/stages-of-sleep/> (acedido a 18 fevereiro de 2021).
38. Sleep Foundation. *How Much Sleep Do We Really Need*. 2021. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need> (acedido a 15 de março de 2021).

39. Sleep Foundation. *How Is Sleep Different For Men and Women*. 2020. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-is-sleep-different-for-men-and-women> (acedido a 22 de maio de 2021).
40. Lubit, R.H. Medscape. *Sleep-Wake Disorders*. 2019. [Online] Disponível em <https://emedicine.medscape.com/article/287104-overview#a5> (acedido a 22 de maio de 2021).
41. Watson, C.J., Baghdoyan, H.A., Lydic R., *Neuropharmacology of Sleep and Wakefulness: 2012 Update*. Sleep Medicine Clinics, 2012. 7(3): 469-486.
42. Oh, J., Petersen, C., et al., *The role of co-neurotransmitters in sleep and wake regulation*. Mol Psychiatry, 2019. 24(9): 1284-1295.
43. Siegel, J.M., *The neurotransmitters of sleep*. J Clin Psychiatry, 2004. 65(16): 4-7.
44. Tordjman, S., Chokron, S. et al., *Melatonin: Pharmacology, Functions and Therapeutic Benefits*. Curr Neuropharmacol, 2017. 15(3): 434-443.
45. Xie, Z., Chen, F., et al., *A review of sleep disorders and melatonin*. Neurol Res, 2017. 39(6): 559-565.
46. Riha, R.L., *The use and misuse of exogenous melatonin in the treatment of sleep disorders*. Curr Opin Pulm Med, 2018. 24(6): 543-548.
47. Zisapel, N., *New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation*. Br J Pharmacol, 2018. 175(16): 3190-3199.
48. Infarmed., *Definição fronteira entre medicamentos e suplementos alimentares - Parecer Melatonina*. 2016. [Online] Disponível em https://www.infarmed.pt/documents/15786/1541422/Melatonina_final_DGAV_26072016_PB.PDF/1555a5fc-e444-4ff5-be47-2cf39c985afe (acedido a 19 de março de 2021).
49. Wurtman, R.J., *Low doses of melatonin promote sleep onset and maintenance in older people—an update*. US Neurol, 2014. 10(2): 117-9.
50. American Sleep Association. *Sleep Hygiene Tips*. [Online] Disponível em <https://www.sleepassociation.org/about-sleep/sleep-hygiene-tips/> (acedido a 13 de fevereiro de 2021).
51. Irish, L.A., Kline, C.E. et al., *The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence*. Sleep Med Rev, 2015. 22: 23-36.
52. Okamoto-Mizuno, K., K. Mizuno, *Effects of thermal environment on sleep and circadian rhythm*. J Physiol Anthropol, 2012. 31(1): 14.
53. CDC - Centers of Disease Control and Prevention. *Sleep and Sleep Disorders - Tips for Better Sleep*. 2016. [Online] Disponível em https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/sleep_hygiene.html (acedido a 13 de fevereiro de 2021).
54. Sleep Foundation. *Circadian Rhythm*. 2020. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/circadian-rhythm> (acedido a 21 de março de 2021).
55. Sleep Foundation. *Sleep Disorders*. 2020. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/sleep-disorders> (acedido a 27 de fevereiro de 2021).
56. Walker, H.K., Hall, W.D., Hurst, J.W., editors. *Sleep Disturbances, in Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 1990, Butterworths Copyright© 1990, Butterworth Publishers, a division of Reed Publishing.: Boston. Capítulo 77.
57. Thorpy, M.J., *Classification of sleep disorders*. Neurotherapeutics, 2012. 9(4): 687-701.
58. Pavlova, M.K., Latreille, V., *Sleep Disorders*. Am J Med, 2019. 132(3): 292-299.
59. Sleep Foundation. *Sleep Apnea*. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/sleep-apnea> (acedido a 27 de fevereiro de 2021).
60. Sleep Foundation. *Non-24-Hour Sleep Wake Disorder*. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/non-24-sleep-wake-disorder> (acedido a 3 de março de 2021).
61. Buysse, D.J., Monk, T.H., et al., *The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Research, 1989. 28(2): 193-213.
62. Fonseca, D.C., et al., *Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária*. Revista neurociencias, 2010. 18(3): 294-299.

63. Bruni, O., Ferini-Strambi, L., et al., *Herbal Remedies and Their Possible Effect on the GABAergic System and Sleep*. Nutrients, 2021. 13(2).
64. *Valerian. Drugs and Lactation Database (LactMed)*. 2006, National Library of Medicine (US): Bethesda (MD). [Online] Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30000874/>.
65. Miroddi, M., Calapai, G., et al., *Passiflora incarnata L.: ethnopharmacology, clinical application, safety and evaluation of clinical trials*. J Ethnopharmacol, 2013. 150(3): 791-804.
66. Guerrero, F.A., Medina G.M., *Effect of a medicinal plant (Passiflora incarnata L) on sleep*. Sleep Sci, 2017. 10(3): 96-100.
67. Lemoine, P., Bablon, J.C., Da Silva, C. *A combination of melatonin, vitamin B6 and medicinal plants in the treatment of mild-to-moderate insomnia: A prospective pilot study*. Complement Ther Med, 2019. 45: 104-108.
68. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Dormidina 12,5 mg comprimidos revestidos por película. 2011.
69. João, B., Jesus, & Martins, *Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)*. 2017. [Online] Disponível em <https://ics.lisboa.ucp.pt/system/files/assets/files/instrucoes-psqi-pt.pdf>.
70. OECD iLibrary. *OECD Health Statistics - Pharmaceutical Market*. 2021. [Online] Disponível em https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-pharmaceutical-market_data-00545-en (acedido a 20 de julho de 2021).
71. Rafique, N., Alsunni, A.A., et al., *Effects of Mobile Use on Subjective Sleep Quality*. Nat Sci Sleep, 2020. 12: 357-364.
72. Sleep Foundation. *How Electronics Affect Sleep*. 2020. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-electronics-affect-sleep> (acedido a 16 de julho de 2021).
73. Sleep Foundation. *Exercise and Sleep*. 2021. [Online] Disponível em <https://www.sleepfoundation.org/physical-activity/exercise-and-sleep> (acedido a 02 de agosto de 2021).
74. WebMD. *Eat Right, Sleep Better*. [Online] Disponível em <https://www.webmd.com/sleep-disorders/features/doze-control-eat-right-youll-sleep-like-baby> (acedido a 30 de agosto de 2021).
75. Duan, D., Gu C., et al., *Effects of Dinner Timing on Sleep Stage Distribution and EEG Power Spectrum in Healthy Volunteers*. Nat Sci Sleep, 2021. 13: 601-612.
76. Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro, *Definição dos serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias*, Diário da República, 1ª série, nº 211/2007, 2007, 7993-7993.
77. Portaria nº 97/2018, de 9 de abril, *Primeira alteração à Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias*. Diário da República, 1ª série, nº 69/2018, 2018, 1556-1557.
78. Council of Europe - Committee of Ministers, *Resolution CM/Res(2020)3 on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services*. 2020. [Online] Disponível em <https://rm.coe.int/09000016809cdf26> (acedido a 24 de abril de 2021).
79. Comité de Consenso, *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)*. Ars Pharm, 2007. 48: 5-17.
80. Ferreira, V.L., *A importância do seguimento farmacoterapêutico na saúde: uma revisão da literatura*. Monografia. João Pessoa, 2014.
81. Condinho, M.S.L., *Contributo para o estudo do impacto económico do Acompanhamento Farmacoterapêutico*. Tese de doutoramento. Coimbra, 2015.
82. Nau, D.P., Ried, L.D., et al., *Patients' perceptions of the benefits of pharmaceutical care*. Journal of the American Pharmaceutical Association (1996), 2000. 40(1): 36-40.
83. EDQM. *Pharmaceutical Care - Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System*. 2012. [Online] Disponível em

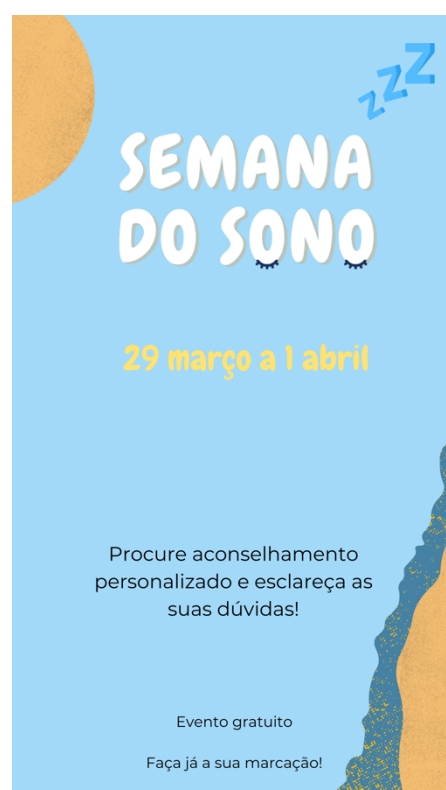
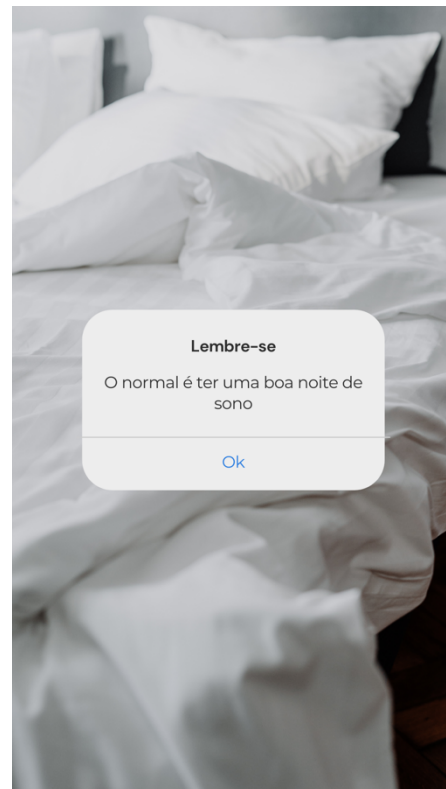
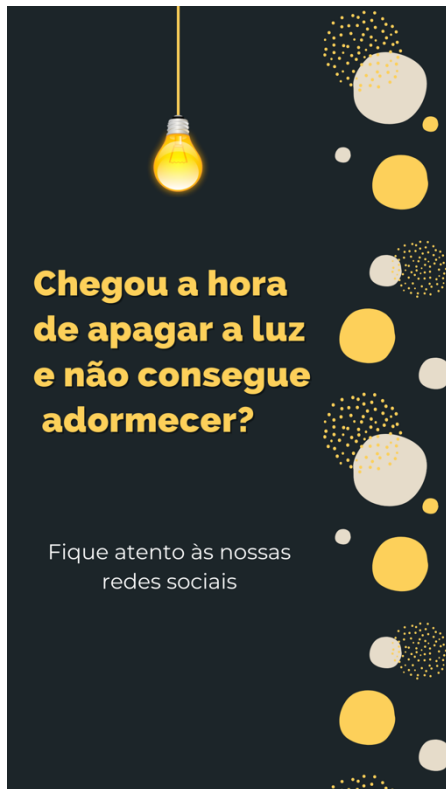
- https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf.
84. Mil, J.W.F.V., *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy*. Dissertação. 1999. [Online] Disponível em <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/14524956/thesis.pdf>.
85. Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

Anexos

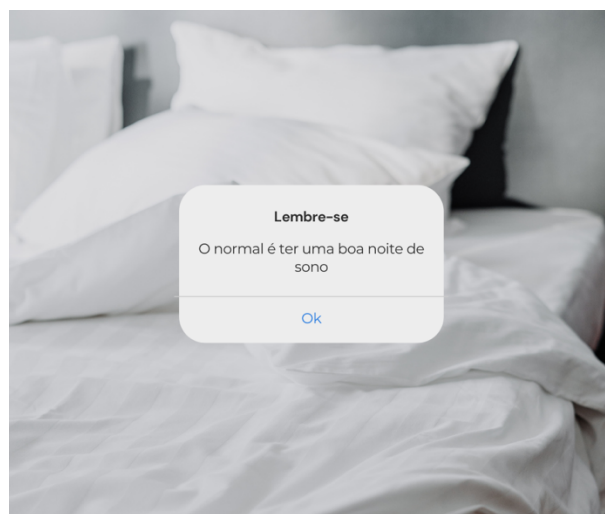
Anexo I. Cronograma das formações frequentadas.

Data	Entidade Formadora	Tema	Duração	Local
23/01/2021	Academia Perrigo	Formação Tosse – Bronchodual®	30 minutos	Online
24/01/2021	Academia Perrigo	Formação Cessação Tabágica – Niquitin®	30 minutos	Online
30/01/2021	Academia Perrigo	Formação Multivitamínicos – Viterra®	30 minutos	Online
06/02/2021	Academia Perrigo	Formação Função Cerebral e desempenho Mental – MentalAction®	30 minutos	Online
16/02/2021 a 17/02/2021	Cura+	Aconselhamento Terapêutico	4 horas	Online
18/02/2021	Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos	Pandemias na História	3 horas	Online
23/02/2021 a 24/02/2021	Cura+	Aconselhamento Geriátrico	4 horas	Online
02/03/2021 a 03/03/2021	Cura+	Saúde Infantil	4 horas	Online
24/03/2021 a 26/03/2021	nowScience	Curso de Introdução à Dermatologia e Cosmética powered by Caudalie	12 horas	Online
30/03/2021	Boiron	Camilia®	30 minutos	Online
20/04/2021	Boiron	Família Mags	30 minutos	Online
21/04/2021	Pierre Fabre	Avène – INTENSE PROTECT: a inovação em proteção solar	1,5 horas	Online
26/04/2021	Pierre Fabre	Ducray: a Queda de Cabelo	1,5 horas	Online
27/04/2021	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão	Contraceção de Emergência: Mitos e Factos	1,5 horas	Online
28/04/2021	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão	Novos horizontes na terapia de cancro com medicamentos de patente expirada – Da Mecânica à Evidência Clínica	1,5 horas	Online
29/04/2021	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão	Síndrome Pós-COVID-19: Quando as sequelas são um desafio a longo prazo	1,5 horas	Online
30/04/2021	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão	Intervenção Farmacêutica na Utilização de Dispositivos Inalatórios Reutilizáveis	2 horas	Online
03/05/2021	Boiron	Homeoptic®	30 minutos	Online
16/05/2021	Academia Perrigo	Formação Inverno	30 minutos	Online
02/06/2021	Boiron	Sedatif PC ®	30 minutos	Online
09/06/2021	Boiron	Família Osmobiotic Flora	30 minutos	Online
15/06/2021	Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão	Contexto regulatório em Farmácia Comunitária – desafios e oportunidades	1,5 horas	Online
16/06/2021	Boiron	Família Arnica	30 minutos	Online
14/07/2021	Boiron	Simple Selling	30 minutos	Online

Anexo II. Instastories utilizados para divulgação do projeto I.



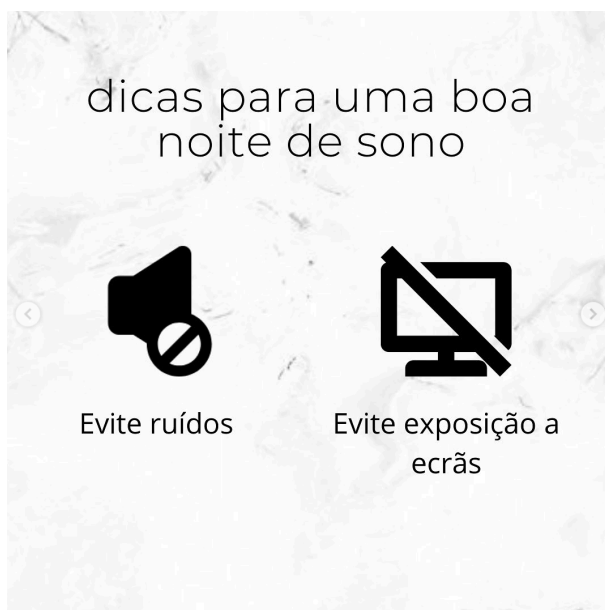
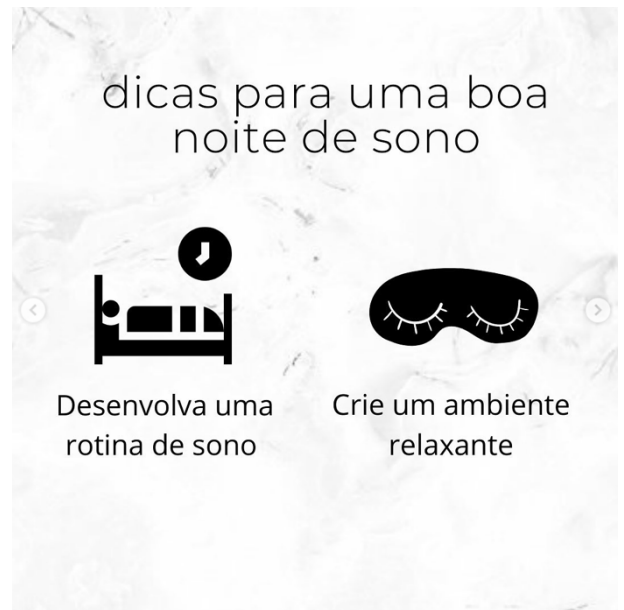
Anexo III. Publicações colocadas na página de Facebook para divulgação do projeto I.



Anexo IV. Cartaz exposto na FG e na FSM para anunciar o projeto I, bem como linear elaborado para divulgação do projeto na FG.



Anexo V. Publicações colocadas na página de Facebook e Instagram sobre higiene do sono.



Anexo VI. Publicações colocadas na página de Facebook relativas a mito *versus* verdade.

Verdade ou mito?

O álcool garante uma boa noite de sono

Mito

O álcool reduz o tempo necessário para adormecer. Além de que, pode dificultar o acordar e aumenta os despertares noturnos.

Verdade ou mito?

Um quarto quente é melhor para dormir

Mito

A temperatura corporal diminui durante o sono e um quarto quente pode prejudicar esse abaixamento e causar despertares indesejados.

Verdade ou mito?

É saudável fazer sestas de 20 minutos

Verdade

Se teve uma má noite de sono, uma sesta de 20 minutos pode ajudar a recuperar o sono perdido e a recarregar energias.

Verdade ou mito?

Devo permanecer na cama mesmo que não consiga adormecer

Mito

Se não consegue adormecer em 20 minutos deve levantar-se e fazer algo relaxante num ambiente silencioso e escuro e, em seguida, tentar dormir novamente.

Verdade ou mito?

Não é saudável adormecer a qualquer hora e em qualquer lugar

Verdade

A sonolência diurna é indicativa de sono insuficiente durante a noite. O facto de dormir a qualquer hora pode estar relacionado com um distúrbio do ritmo circadiano.

Anexo VII. Instastories relativos a mito *versus* verdade.

Verdade ou mito?

Mito

O álcool garante uma boa noite de sono

O álcool reduz o tempo necessário para adormecer. Além de que, pode dificultar o acordar e aumenta os despertares noturnos.

Verdade ou mito?

Mito

Um quarto quente é melhor para dormir

A temperatura corporal diminui durante o sono e um quarto quente pode prejudicar esse abaixamento e causar despertares indesejados.

Verdade ou mito?

Verdade

É saudável fazer sestas de 20 minutos

Se teve uma má noite de sono, uma sesta de 20 minutos pode ajudar a recuperar o sono perdido e a recarregar energias.

Verdade ou mito?

Mito

Devo permanecer na cama mesmo que não consiga adormecer

Se não consegue adormecer em 20 minutos deve levantar-se e fazer algo relaxante num ambiente silencioso e escuro e, em seguida, tentar dormir novamente.

Verdade ou mito?

Verdade

Não é saudável adormecer a qualquer hora e em qualquer lugar

A sonolência diurna é indicativa de sono insuficiente durante a noite.
O facto de dormir a qualquer hora pode estar relacionado com um distúrbio do ritmo circadiano.

Anexo VIII. Versão portuguesa validada do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)
(João, Becker, Jesus, & Martins, 2017)

Instruções de pontuação e referência

Referência

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225-229.

Pontuações - reportadas em publicações

Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono

Examine a **questão 6** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Pontuação da componente 1: _____

Componente 2 – Latência do sono

1. Examine a **questão 2** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
< ou = 15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine a **questão 5a** e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação da **questão 2 e 5a**

4. Atribua a pontuação da Componente 2 da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 2: _____

Componente 3 – Duração do sono

1. Examine a
- questão 4**
- e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
>7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
<5 horas	3

Pontuação da componente 3: _____

Componente 4 – Eficiência do sono

1. Atribua a pontuação da seguinte forma:

- a) Escreva o número de horas dormidas (**questão 4**): _____
- b) Calcule o número de horas de sono: [horário de levantar (**questão 3**)] – [horário de deitar (**questão 1**)]
- c) Calcule a eficiência do sono: $[\text{n}^\circ \text{ de horas dormidas} / \text{n}^\circ \text{ de horas de sono}] \times 100 = \text{eficiência do sono } \%$

2. Atribua a pontuação da componente 4 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
>85%	0
75% a 84%	1
65% a 74%	2
<65%	3

Pontuação da componente 4: _____

Componente 5 – Distúrbios do sono

1. Examine as
- questões de 5b a 5i**
- e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Some a pontuação das
- questões 5b a 5i**

3. Atribua a pontuação da componente 5 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Pontuação da componente 5: _____

Componente 6 – Uso de medicação para dormir

1. Examine a
- questão 7**
- e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

Pontuação da componente 6: _____

Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas

1. Examine a
- questão 8**
- e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Examine a
- questão 9**
- e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação das
- questões 8 e 9**

4. Atribua a pontuação da componente 7 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 7: _____

Qualidade do sono – valor global

Some as pontuações das 7 componentes para obter o valor global do PSQI (Qualidade do sono).

A pontuação varia de 0 a 21.

<5 boa qualidade do sono

>5 pobre qualidade do sono

Anexo IX. Inquérito de Qualidade e Higiene do sono efetuado aos participantes.



Inquérito de Qualidade e Higiene do Sono

Consinto que a Farmácia de Grijó utilize os meus dados pessoais no âmbito do projeto "Semana do Sono" que decorre de 22 de março a 1 de abril, destinado a toda a população. Este projeto está a ser realizado com o objetivo da conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas de Isabel Neves Sousa. Consiste no preenchimento de um questionário para recolha de dados relativos a hábitos e higiene do sono, com conseguinte explicação dos resultados obtidos. Fui informado de que tenho a possibilidade de fazer um seguimento após 30 dias através de contacto telefónico. Tenho conhecimento que neste estudo está prevista a realização de um questionário, tendo-me sido explicado em que consiste. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive respostas satisfatórias. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

☐ Sim
 ☐ Não

Próxima

Página 1 de 8

Informações pessoais

Género

☐ Feminino
 ☐ Masculino

Idade

☐ <18 anos
☐ 18-29 anos
☐ 30-49 anos
☐ 50-64 anos
☐ 65-75 anos
☐ >75 anos

Apresenta algum problema de saúde?

☐ Sim
 ☐ Não

Se respondeu SIM à questão anterior, alguma destas condições se aplica?
(selecione todas as opções que se apliquem)

- ☐ Ansiedade
- ☐ Apneia do sono
- ☐ Asma
- ☐ Depressão
- ☐ Diabetes
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Doenças da tiroide
- ☐ Dor crónica
- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Problemas circulatórios
- ☐ Problemas gastrointestinais
- ☐ Problemas neurológicos
- ☐ Problemas respiratórios
- ☐ Stress
- ☐ Nenhuma das anteriores
- ☐ Outro: _____

É fumador?

☐ Sim

☐ Não

Faz exercício físico?

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu SIM à questão anterior, quantas vezes por semana faz exercício físico?

☐ Diariamente

☐ 5 a 6 vezes por semana

☐ 3 a 4 vezes por semana

☐ 1 a 2 vezes por semana

☐ Não faço exercício físico

Resultado Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (0-21)

Sua resposta _____

[Voltar](#) [Próxima](#)

Página 2 de 8

Hábitos de sono

Durante o mês anterior, quantas horas de sono efetivo teve?

☐ > 8 horas

☐ 7-8 horas

☐ 6-7 horas

☐ 5-6 horas

☐ < 5 horas

Acha que apresenta um sono adequado?

☐ Sim

☐ Não

Quando apresenta um sono inadequado, consegue identificar uma causa?
(selecione todas as opções que se apliquem)

☐ Ansiedade

☐ Pesadelos

☐ Problemas de saúde

☐ Stress

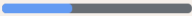
☐ Vontade de urinar durante a noite

☐ Não consigo identificar a causa

☐ Não apresento sono inadequado

☐ Outro: _____

[Voltar](#) [Próxima](#)

 Página 3 de 8

Dificuldade em adormecer/manter o sono

Toma algo para ajudar a dormir?

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu SIM à questão anterior, o que toma para ajudar a dormir?

☐ MSRM

☐ MNSRM ou suplementos

[Voltar](#) [Próxima](#)

 Página 4 de 8

Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)

Que MSRM utiliza?

Sua resposta _____

Porque começou a tomar esse MSRM?

☐ Indicação médica

☐ Indicação Farmacêutica

☐ Indicação de familiares ou amigo

☐ Iniciativa própria

☐ Outro: _____

Sente que o MSRM está a fazer efeito?

☐ Sim

☐ Não

Há quanto tempo toma esse MSRM?

☐ < 1 semana

☐ 2-3 semanas

☐ 1 mês

☐ 2 a 6 meses

☐ 7 a 11 meses

☐ 12 meses

☐ > 1 ano

[Voltar](#) [Próxima](#)

Página 5 de 8

Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) ou suplementos

Que MNSRM/suplemento utiliza?

Sua resposta _____

Porque começou a tomar esse MNSRM/suplemento?

☐ Indicação médica

☐ Indicação Farmacêutica

☐ Indicação de familiares ou amigo

☐ Iniciativa própria

☐ Outro: _____

Sente que o MNSRM/suplemento está a fazer efeito?

☐ Sim

☐ Não

Há quanto tempo toma esse MNSRM/suplemento?

☐ < 1 semana

☐ 2-3 semanas

☐ 1 mês

☐ 2 a 6 meses

☐ 7 a 11 meses

☐ 1 ano

☐ > 1 ano

[Voltar](#) [Próxima](#)

 Página 6 de 8

Higiene do sono

Selecione a(s) atividade(s) que faz 2 horas antes de se deitar.

☐ Exercício físico

☐ Fumar

☐ Ingestão de álcool

☐ Ingestão de cafeína

☐ Jogos de vídeo

☐ Ler um livro

☐ Mexer no telemóvel

☐ Refeição pesada

☐ Trabalhar

☐ Utilizar o computador ou tablet

☐ Ver televisão/séries/filmes

☐ Outro: _____

[Voltar](#) [Próxima](#)

 Página 7 de 8

Recomendações

Recomendações feitas

☐ Ambiente tranquilo e confortável, propício para dormir

☐ Criar hábitos de sono regulares

☐ Estabelecer rotina relaxante na hora de dormir

☐ Evitar sestas

☐ Evitar ver televisão antes de dormir

☐ Evitar utilizar computador, telemóvel ou tablet próximo da hora de dormir

☐ Evitar bebidas alcoólicas próximo da hora de dormir

☐ Evitar ingestão de cafeína próximo da hora de dormir

☐ Evitar nicotina próximo da hora de dormir

☐ Evitar refeições muito pesadas próximo da hora de dormir

☐ Exercício físico diário de 20 a 30 minutos

☐ Exposição solar durante o dia

☐ Reduzir ingestão de líquidos próximo da hora de dormir/Evitar diuréticos

☐ Outro: _____

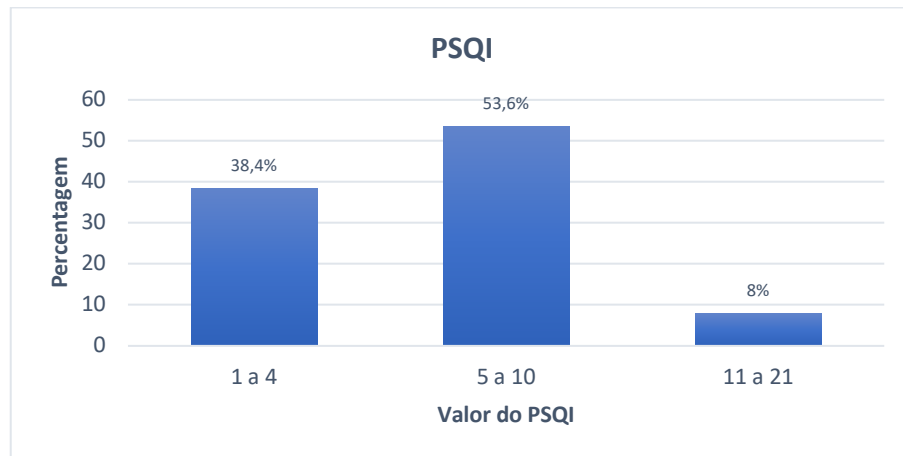
Aconselhamento de suplementos

Sua resposta

Voltar
Enviar

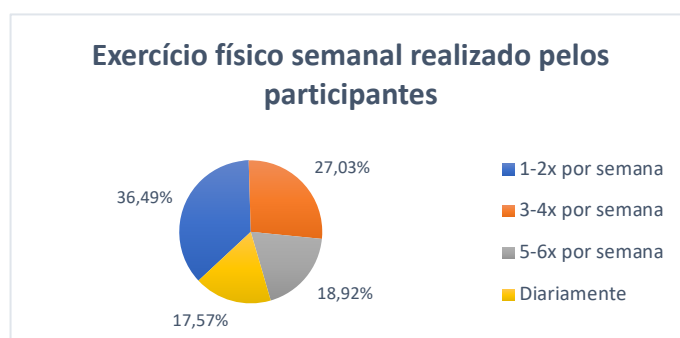
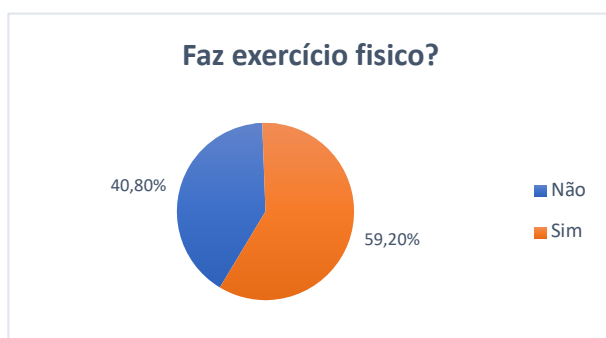
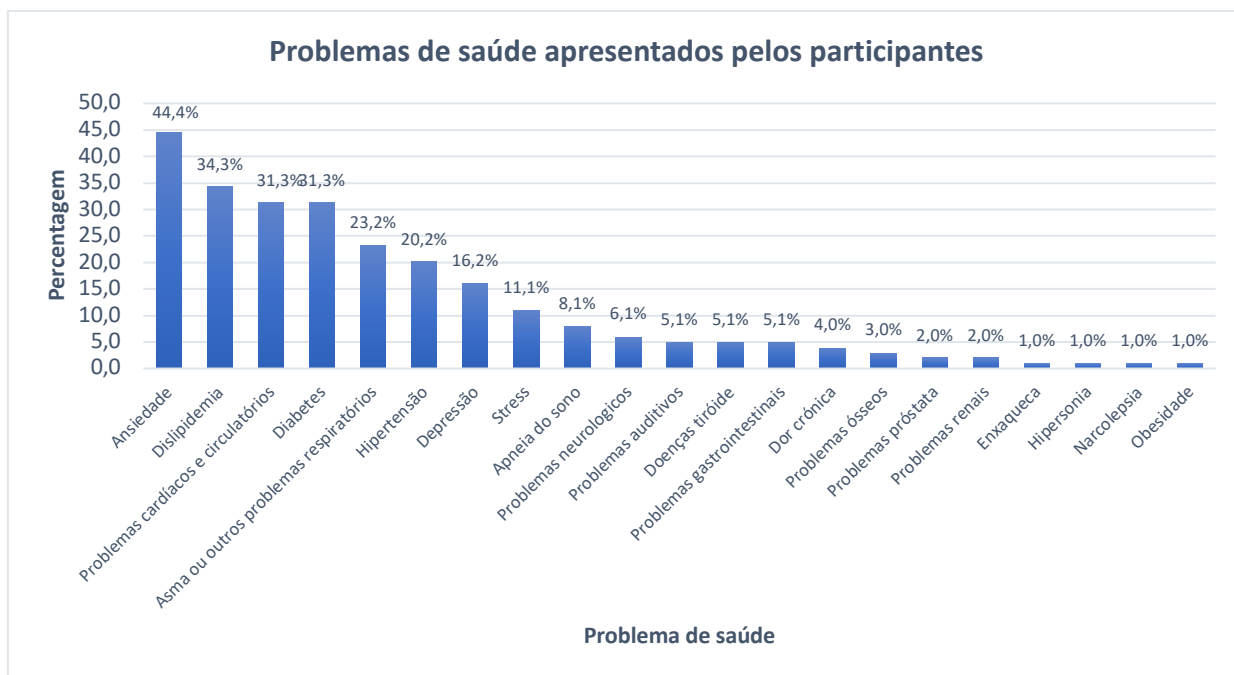
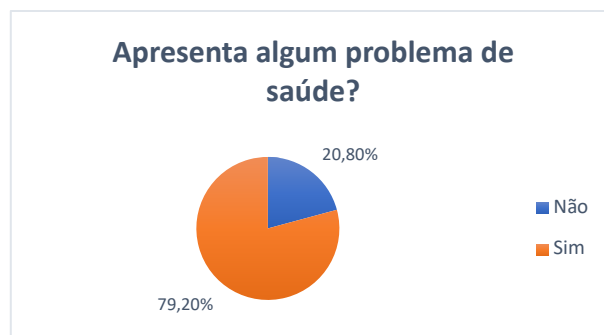
Página 8 de 8

Anexo X. Respostas ao inquérito PSQI.

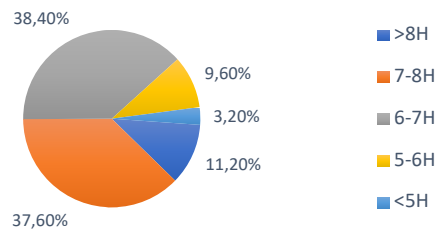


Anexo XI. Respostas ao inquérito de Qualidade e Higiene do sono.

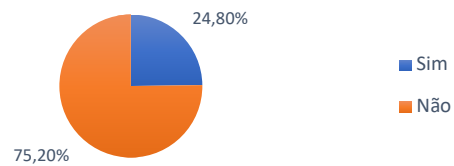




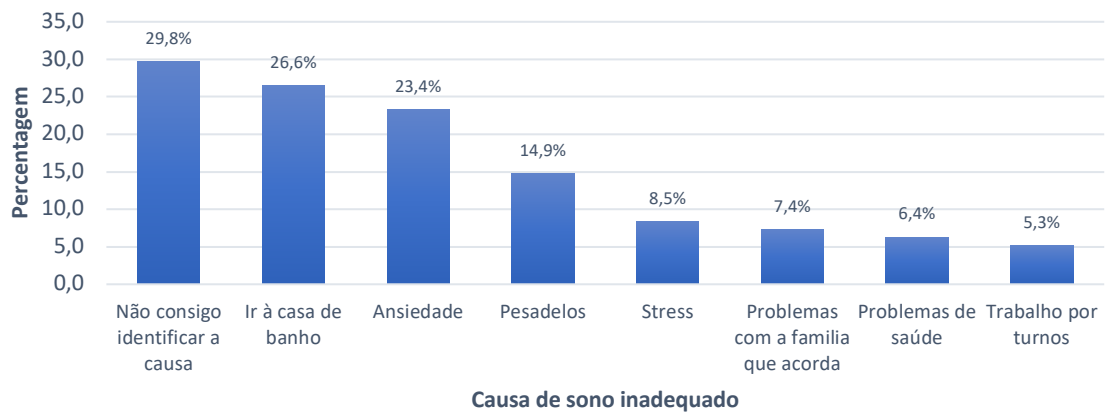
Horas de sono dos participantes



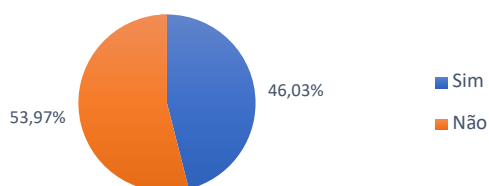
Acha que apresenta um sono adequado?



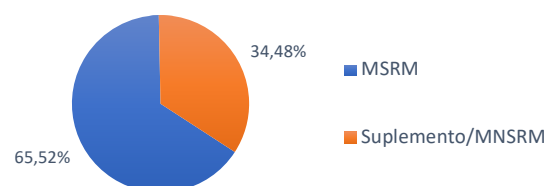
Qual a causa do sono inadequado?

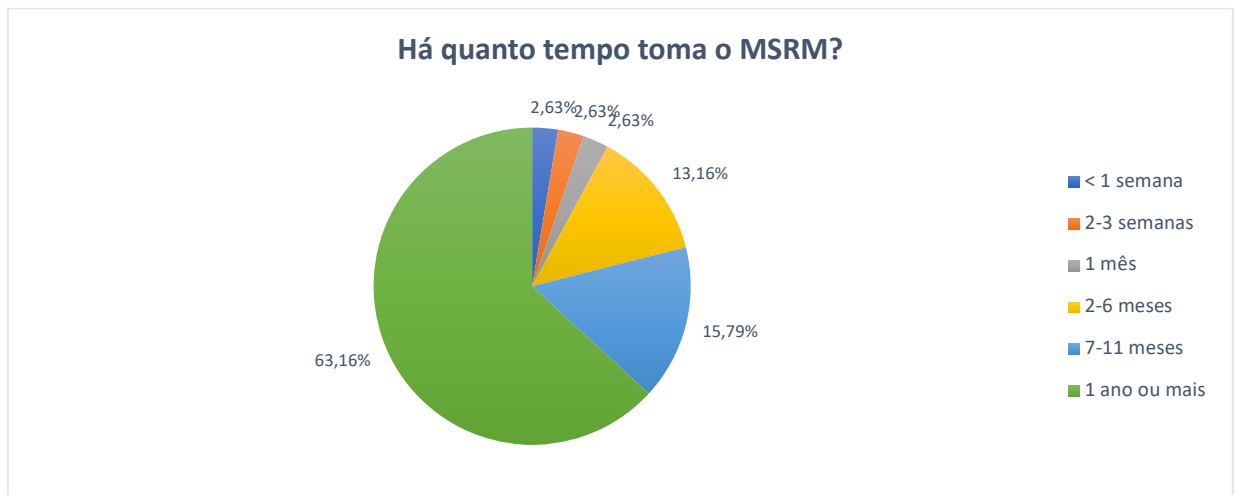
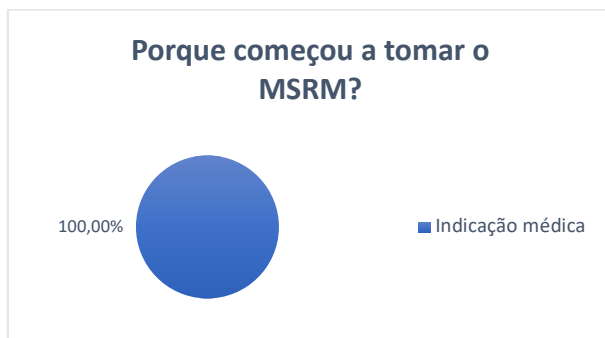
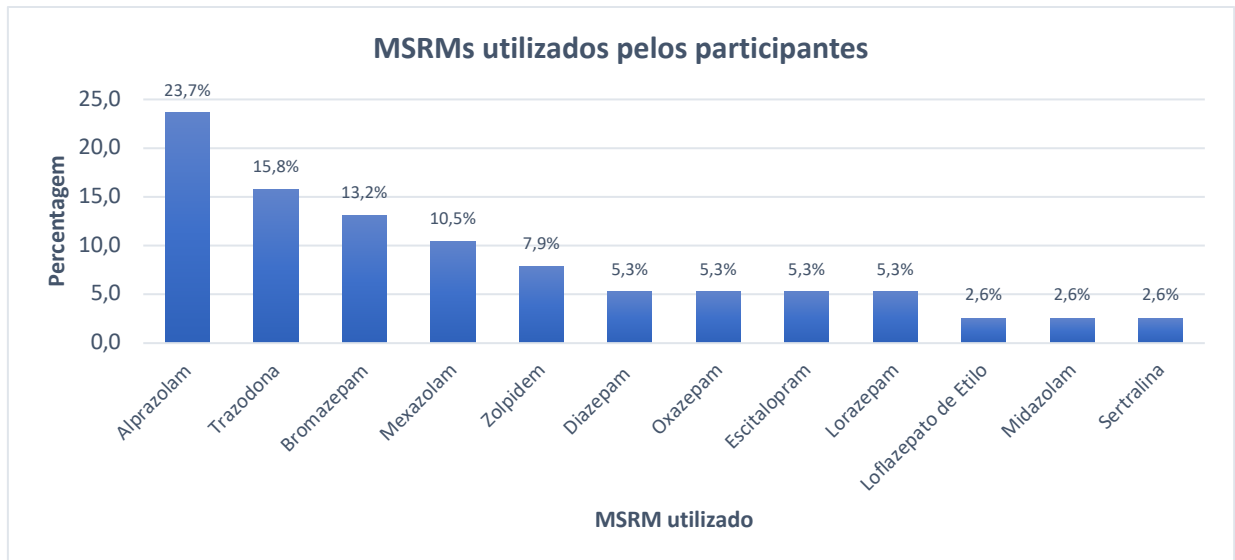


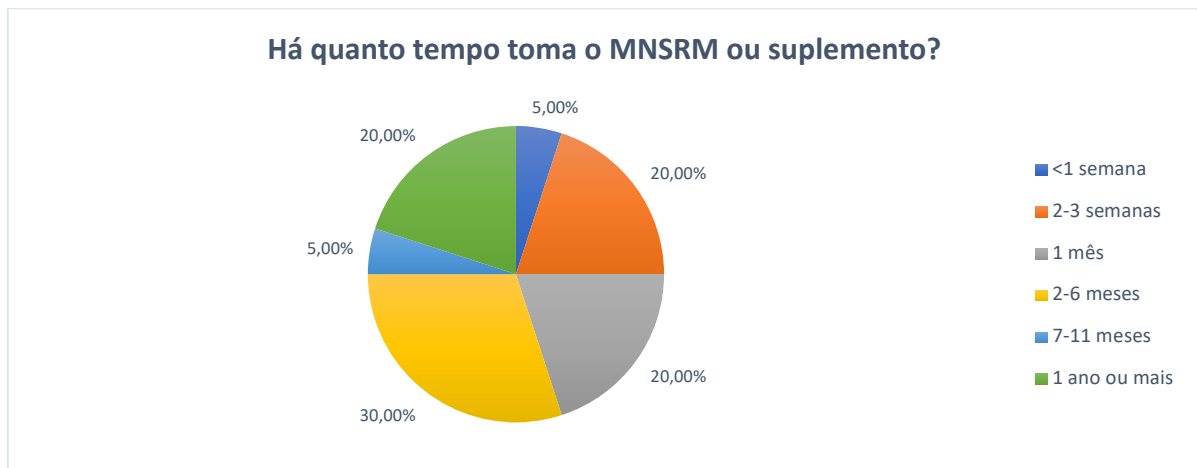
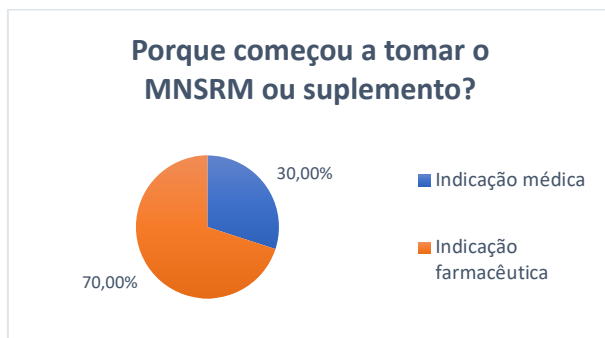
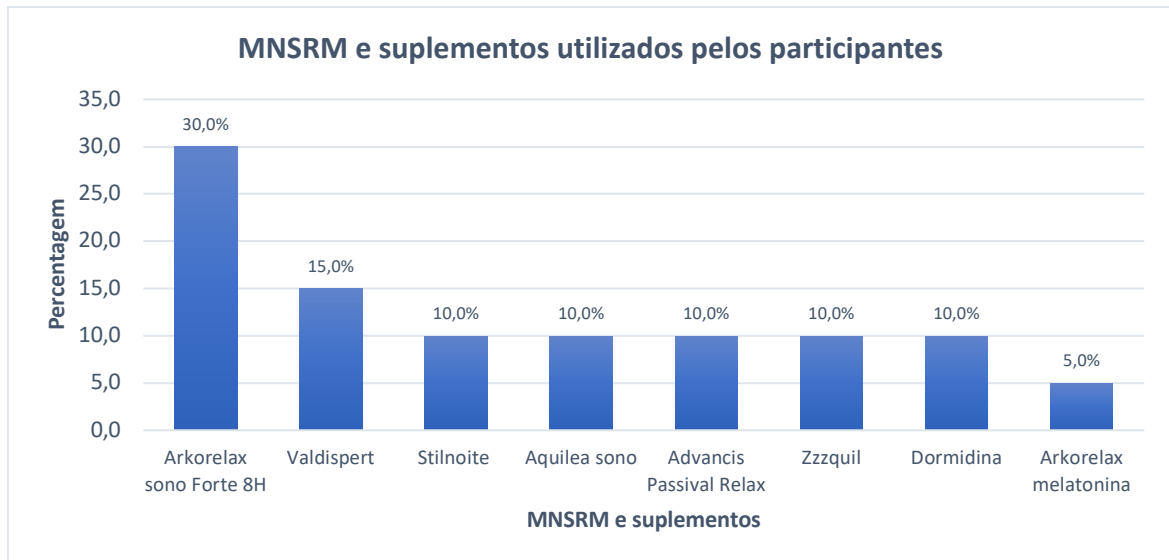
Toma algo para ajudar a dormir?

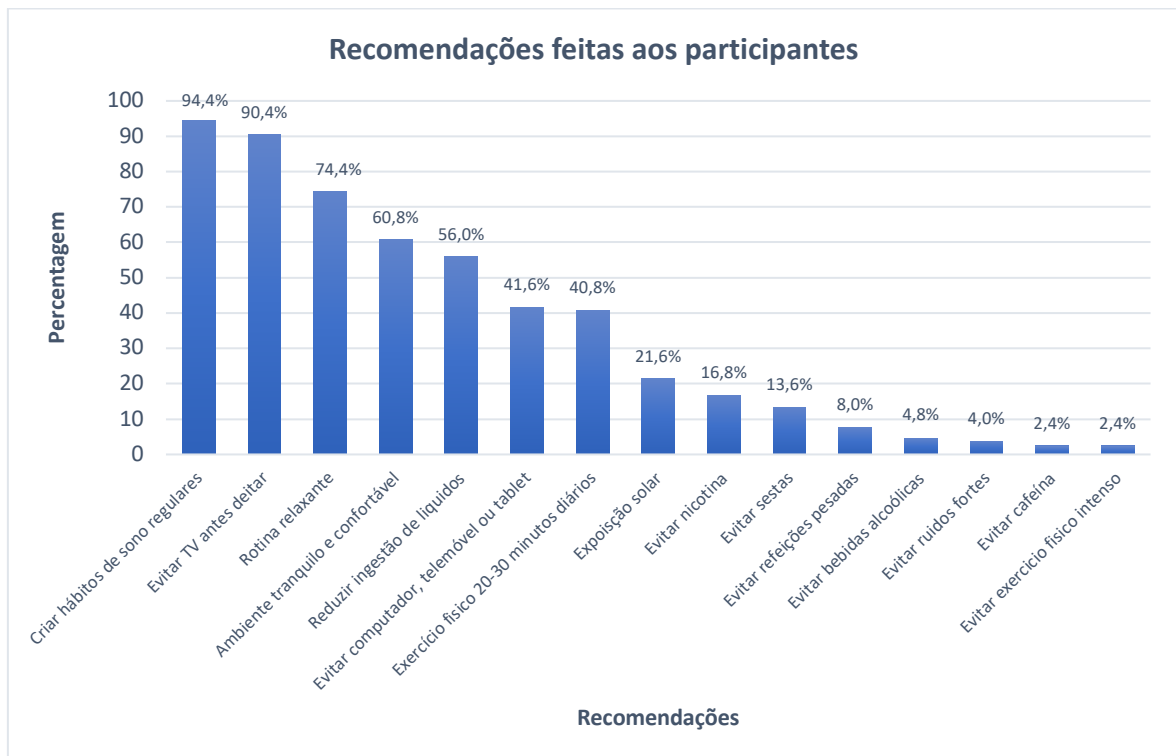


O que toma para ajudar a dormir?









Anexo XII. Apresentação *powerpoint* relativa ao tema “Seguimento Farmacoterapêutico – Método Dáder”.

Seguimento Farmacoterapêutico

Método Dáder



Isabel Neves Sousa
Formação interna – Projeto de estágio
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Índice

01. Conceitos Fundamentais (Slides 3 a 9)	02. Seguimento Farmacoterapêutico (Slide 9)	03. Impacto (Slides 38 a 40)
04. Barreiras à implementação (Slides 41 a 42)	05. Método Dáder (Slides 41 a 42)	

01. Conceitos fundamentais



Serviço Farmacêutico

Artigo 2.º

Serviços farmacêuticos

As farmácias podem prestar os seguintes serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes:

- a) Apoio domiciliário;
- b) Administração de primeiros socorros;
- c) Administração de medicamentos;
- d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- f) Programas de cuidados farmacêuticos;
- g) Campanhas de informação;
- h) Colaboração em programas de educação para a saúde.

Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro. Definição dos serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República, 1.ª série, nº 211/2007, 2007, 7993-7993

Artigo 2.º

Serviços farmacêuticos, de promoção da saúde e bem-estar dos utentes

1 — As farmácias podem prestar os seguintes serviços:

- a) [...];
- b) [...];
- c) [...];
- d) [...];
- e) [...];
- f) [...];
- g) Consultas de nutrição;

h) Programas de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica e de preparação individualizada de medicamentos, assim como programas de educação sobre a utilização de dispositivos médicos;

i) Realização de testes rápidos para o rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB (testes "point of care"), incluindo o aconselhamento pré e pós-teste e a orientação para as instituições hospitalares dos casos reativos, de acordo com as redes de referenciação hospitalar aprovadas e os procedimentos estabelecidos pelas entidades do Ministério da Saúde com competência na matéria;

j) Serviços simples de enfermagem, nomeadamente tratamento de feridas e cuidados a doentes ostomizados;

k) Cuidados de nível I na prevenção e tratamento do pé diabético, de acordo com as orientações estabelecidas pela Direção-Geral da Saúde.

2 — As farmácias podem ainda promover campanhas e programas de literacia em saúde, prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis.

Portaria nº 97/2018, de 9 de abril. Primeira alteração à Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República, 1.ª série, nº 69/2018, 2018, 1556-1557.

Cuidados Farmacêuticos

"the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life"

"involves the process through which a pharmacist co-operates with a patient and other professionals in designing, implementing and monitoring a therapeutic plan that will produce specific therapeutic outcomes for the patient"

Hepler and Strand

Council of Europe - Committee of Ministers, Resolution CM/Res(2020)3 on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services, 2020. [Online] Disponível em <https://rm.coe.int/09000016809cdf26> (Acedido a 24 abril de 2021).

Problema relacionado com o medicamento (PRM)

Situações que, no processo de uso do medicamento, causam, ou podem causar, o aparecimento de um resultado negativo associado à medicação.

- Administração errada do medicamento
- Características pessoais
- Conservação inadequada
- Contra-indicação
- Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada
- Duplicação
- Erros na dispensação
- Erros na prescrição
- Incumprimento
- Interações
- Outros problemas de saúde que afetem o tratamento
- Probabilidade de efeitos adversos
- Problema de saúde insuficientemente tratado
- Outros

Comitê de Consenso, Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm, 2007, 48: 5-17

Resultado negativo associado à medicação (RNM)

Resultado na saúde do doente não consistente com os objetivos da farmacoterapia e estão associados ao uso ou à falha no uso de medicamentos.

Necessidade

- Problema de saúde não tratado. O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de não receber a medicação que necessita.
- Efeito do medicamento desnecessário. O paciente sofre de um problema de saúde como consequência de receber um medicamento que não necessita.

Efetividade

- Inefetividade não quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.
- Inefetividade quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.

Seguridade

- Inseguridade não quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa da medicação.
- Inseguridade quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa da medicação.

Comité de Consenso, Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm, 2007; 48: 5-17

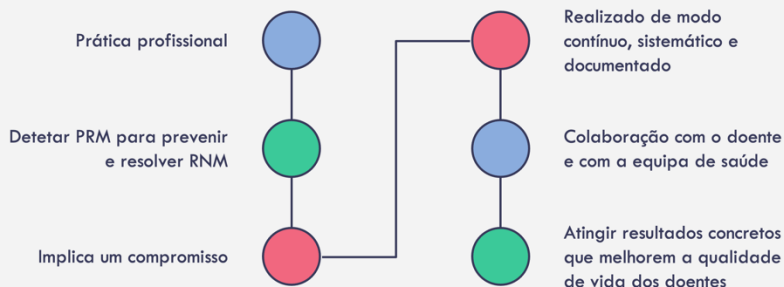
7

02. Seguimento Farmacoterapêutico



8

Seguimento Farmacoterapêutico



Comité de Consenso, Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm, 2007; 48: 5-17

9

Métodos de Seguimento Farmacoterapêutico

- SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)
- PWDT (Pharmacist's Workup of Drug Therapy)
- TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring)
- **Método Dáder**



Ferreira, V.L., A importância do seguimento farmacoterapêutico na saúde: uma revisão da literatura. Monografia. João Pessoa, 2014.

10

03. Impacto para o doente, farmácia e para a economia



11

Impacto para o Doente	
Melhores resultados clínicos	Melhoria na qualidade de vida
Cumprimento dos objetivos terapêuticos	Identificação, prevenção e resolução de PRM e RNM
Redução do número de medicamentos	Poupança
Redução de erros	Educação para a saúde
Diminuição do uso inapropriado de antibióticos	Identificação e gestão de reações adversas



Impacto para a Farmácia	
Confere uma mais-valia	Confere valor ao farmacêutico
Satisfação do farmacêutico	Pessoa alocada ao serviço
Impacto económico	
Diminuição dos internamentos hospitalares	
Diminuição do número de consultas médicas e de baixas por doença	
Diminuição dos episódios de urgência	

Nau, D.P., Ried, L.D., et al., Patients' perceptions of the benefits of pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmaceutical Association* (1996). 2000. 40(1): 36-40.
 EDQM. *Pharmaceutical Care - Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System*. 2012. [Online] Disponível em https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf.
 Mil, J.W.F.V., *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy*. Dissertação. 1999. [Online] Disponível em <https://pure.rug.nl/ws/portafilles/portal/14524956/thesis.pdf>.

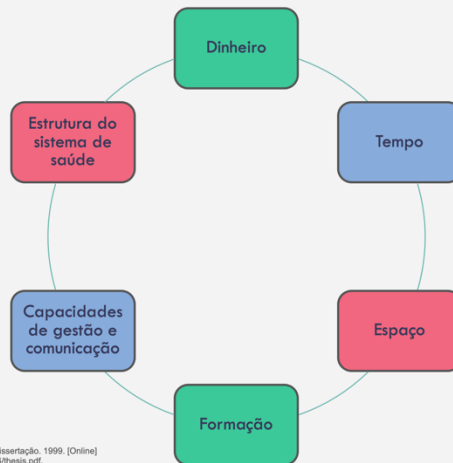
12

04. Barreiras à implementação



13

Barreiras à implementação



MIL, J.W.F.V., *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy*. Dissertação. 1999. [Online] Disponível em <https://pure.rug.nl/ws/portafolios/portafol14524956/thesis.pdf>.

14

05. Método Dáder



15

Método Dáder

- Desenvolvido em 1999 pelo Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada;
- Procedimento operativo **simple**s e **claro** que permite registrar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um doente;
- Obtenção de informação sobre os problemas de saúde e a farmacoterapia do doente, com vista à elaboração da história farmacoterapêutica → estado da situação → plano de atuação.



Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

16

História farmacoterapêutica do doente

- Conjunto de documentos elaborados e/ou reunidos pelo farmacêutico que contém informações, dados e opiniões;
- **Objetivo:** monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia;

Código Dáder:

- Número que identifica cada doente.



História Farmacoterapêutica

Doente: _____

Código Dáder:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

↑ País ↑ Região ↑ Farmácia ↑ Farmacêutico ↑ Doente

Dados de Contacto

Morada: _____

e-mail: _____

Telefone: _____

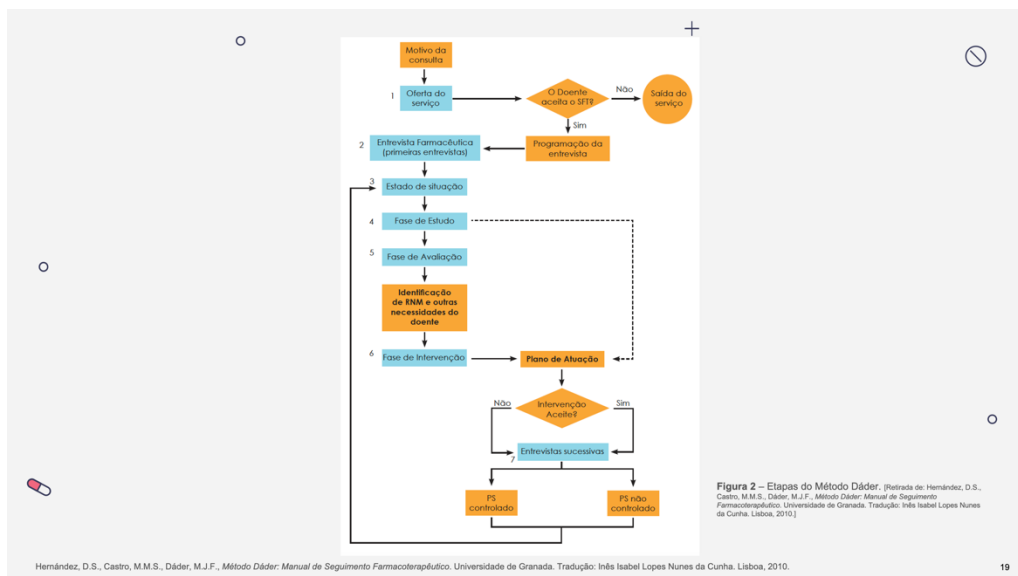
Figura 1 – Pasta da História Farmacoterapêutica. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

17

Etapas





1 Oferta do serviço

Explicação clara e objetiva em que consiste o serviço, quais os seus objetivos, as suas principais características, como se estrutura e quem o presta.

Como oferecer o serviço:

- Focar nos benefícios que terá ao integrar o serviço;
- Não focar só nos problemas de saúde ou aspetos negativos dos medicamentos;
- Utilizar expressões positivas;
- Ser assertivo.

"podemos ajudá-lo a obter o máximo benefício dos seus medicamentos"
"vamos tentar melhorar os resultados dos seus medicamentos"
"vamos trabalhar juntos para conseguir os objetivos a que nos propusemos"

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010. 20

A quem oferecer o serviço

- Qualquer doente que se considere que possa melhorar os resultados da sua farmacoterapia e/ou que possa beneficiar deste serviço de saúde;
- Doentes cujos problemas de saúde sejam tratados e monitorizados em farmácia (exemplo: hipertensos e diabéticos).

O que evitar nos primeiros doentes em Seguimento Farmacoterapêutico:

- Doentes polimedicados com 5 ou mais medicamentos;
- Doentes que padeçam de doenças psiquiátricas;
- Doentes que apresentem dificuldade em comunicar.

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010. 21

Conclusão da oferta

- Combinar dia e hora para a primeira entrevista;
- Indicar duração aproximada da entrevista;
- Pedir que traga o "saco dos medicamentos" e tudo o que tenha em casa mesmo que não seja medicação habitual;
- Pedir toda a documentação clínica recente (relatórios médicos, análises laboratoriais, medições).

Consentimento informado

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

22

2

Entrevista farmacêutica

Objetivo da 1ª entrevista:

- Obter informação inicial sobre o doente e abrir a história farmacoterapêutica.

Objetivo das entrevistas seguintes:

- Obter informação que possa faltar;
- Educação para a saúde;
- Propor um plano de trabalho ao doente;
- Iniciar uma intervenção concreta;
- Obter informação sobre uma intervenção.

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

23

1ª entrevista



Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

24

Preocupações e problemas de saúde

"Boa tarde, o meu nome é XXX e sou farmacêutico. Gostaria que falássemos uns minutos sobre o que mais o preocupa em relação à sua saúde".

Para cada problema de saúde:

- Registrar e avaliar a preocupação do doente;
- Conhecer o seu início;
- Conhecer a perceção do doente sobre o seu controlo;
- Perguntar acerca do estilo de vida e medidas higieno-dietéticas.

Figura 3 – Folha para preenchimento dos Problemas de Saúde. [Retirada de Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

25

Medicamentos

Identificar adesão do doente, efetividade e seguridade da farmacoterapia.

Perguntas a fazer:

- Toma este medicamento?
- Para que toma?
- Quem o prescreveu?
- Há quanto tempo toma?
- Quanto toma?
- Esquece-se de tomar?
- Sente-se melhor?
- Como o utiliza?
- Nota algo estranho relacionado com o medicamento?

Figura 4 – Folha para preenchimento dos Medicamentos. [Retirada de Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

26

Revisão geral por sistemas

Objetivos:

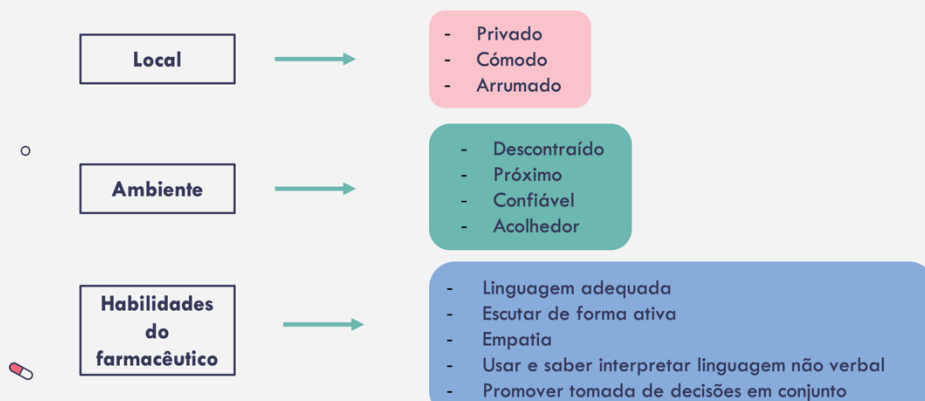
- Descobrir novos problemas de saúde e medicamentos que não tenham sido mencionados anteriormente;
- Obter informação que o doente não tenha fornecido anteriormente;
- Verificar a informação obtida nas secções anteriores;
- Aprofundar os aspetos que não tenham ficado claros;
- Corrigir qualquer erro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

Figura 5 – Folha para preenchimento dos Parâmetros do doente. [Retirada de Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

27

Aspetos a considerar durante a entrevista farmacêutica



Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

28

3

Estado da situação

Relação entre os problemas de saúde e os medicamentos:
"vista geral".

Finalidade:

- Avaliar a farmacoterapia do doente;
- Visualizar o panorama global do estado de saúde do doente;
- Expor um caso numa sessão clínica.

Figura 6 – Modelo de Estado da Situação. (Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.)

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

29

Estrutura e preenchimento do estado da situação

Composto por 5 partes distintas:

- **Parte superior**
 - Data do estado da situação;
 - Identificação do doente;
 - Outros dados demográficos e clínicos (sexo, idade, IMC, alergias).
- **Corpo central**
 - Problemas de saúde;
 - Medicamentos;
 - Avaliação.
- **Quadro de observações**
- **Tabela de medições clínicas**

Figura 6 – Modelo de Estado da Situação. (Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.)

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

30

Estrutura e preenchimento do estado da situação

Composto por 5 partes distintas:

- **Tabela de RNM**

ENM	Medicamento implicado	Classificação ENM	Causa (PRM)	Observações (por parte do farmacêutico)

Figura 7 – Parte posterior do Estado da Situação – Tabela de RNM. (ilustrada de Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.)

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

31

4

Fase de estudo

- Obtenção de informação objetiva sobre os problemas de saúde e a medicação;
- Procura de informação científica concreta e atualizada nas fontes mais relevantes.

Informação necessária de modo a :

- Avaliar criticamente a Necessidade, Efetividade e Segurança;
- Desenhar o plano de atuação com o doente e/ou equipa de saúde;
- Promover a tomada de decisões clínicas baseada na evidência científica.

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

32

Problemas de saúde

- Definição e conceito
- Causas
- Controlo
- Critérios de encaminhamento ao médico
- Fatores que podem influenciar no controlo
- Tratamento farmacológico e não farmacológico
- Atuações com a equipa de saúde
- Educação para a saúde

Medicamentos

- Indicação terapêutica
- Ação farmacológica, mecanismo de ação e farmacocinética
- Objetivo terapêutico
- Dose, dosagem e frequência
- Normas do correto uso e administração
- Efeitos adversos
- Aspectos que possam comprometer a efetividade e a segurança
- Educação para a saúde

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

33

Fase de avaliação

Identificar os RNM que o doente apresenta (quer manifestados, quer suspeitas de RNM).

[illegible]

Figura 6 – Modelo de Estado da Situação. [Retirada de: D. Hernández, M. Castro, M. Dáder. *Método Dáder: Manual De Seguimiento Farmacoterapéutico*, 3ª edição. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 2009. Tradução em português: I. Cunha, E. U. Lucifora.]

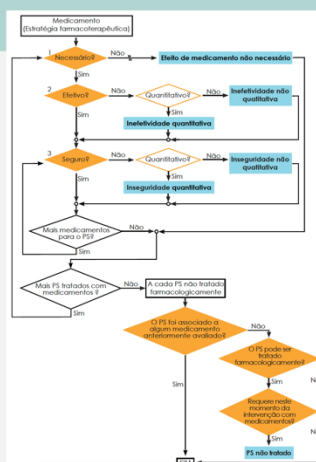


Figura 8 – Árvore decisão RNM. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F. *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isab Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S.; Castro, M.M.S.; Dáder, M.J.F. *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

34

Fase de intervenção

- Conceber e concretizar o plano de atuação com o doente.

Finalidade das intervenções:

- Resolver ou prevenir RNM;
- Preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados;
- Auxiliar ou instruir o doente para ter mais e melhores cuidados, para o seguimento dos seus problemas de saúde e para melhorar o uso dos medicamentos.

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010

35

Fase de intervenção

Caraterísticas e generalidades do plano de atuação:

- Tomada de decisões clínicas;
- Avaliar benefícios, riscos e viabilidade das opções disponíveis;
- Modelo de decisões partilhadas centrado no doente.

Plano de atuação				
	Data:	Folha: /		
Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planejada)	Prioridade	Atingido
X				☐
X				☐
X				☐
X				☐
X				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐

Intervenções Farmacológicas		
Descrição e Planejamento	Objetivo alcançado (Nº)	Data início, controle, resultado

Figura 9 – Plano de atuação. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010

36

Etapas para desenhar o plano de atuação

1. **Definir objetivos**
2. **Hierarquizar por prioridade os objetivos**
 - Determinada pela gravidade ou importância do problema no estado de saúde do doente;
 - Tem em conta a preocupação e as preferências do doente.
3. **Determinar as intervenções farmacêuticas**
 - Ter em consideração quais as intervenções que, de acordo com evidência científica, demonstram ser efetivas no controlo dos diversos problemas de saúde.

4. Planificar as intervenções farmacêuticas

Plano de atuação		Data:	Folha: /		
Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planejada)	Prioridade	Alcançado	Data
1				☐	
2				☐	
3				☐	
4				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenções Farmacológicas		
Descrição e Planejamento	Objetivo relacionado (Nº)	Data Início, conclusão, resultados

Figura 9 – Plano de atuação. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S.; Castro, M.M.S.; Dáder, M.J.F. *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

37

Entrevistas sucessivas

- O processo acaba quando as intervenções farmacêuticas já não conseguem contribuir para a melhoria do estado de saúde do doente.

Finalidade das entrevistas sucessivas:

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

[illegible]

Figura 10 – Agenda do doente. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F. *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

38

Motivos para programar novas entrevistas

- Iniciar novas intervenções previstas no plano de atuação ou que surjam devido a novas circunstâncias;
- Aparecimento de novos problemas de saúde ou de novos medicamentos;
- Solicitação de uma consulta por parte do doente.

[illegible]

Figura 11— Folha de Entrevistas Sucessivas. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.E. *Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

39

Folha de intervenção farmacêutica para registo dos RNM

- ## 1. Identificação do RNM

- Data de identificação;
- RNM;
- Medição inicial (se aplicável);
- Classificação do RNM;
- Medicamentos envolvidos;
- Causa.

2. Atuação

- Data de início da atuação;
- Objetivo;
- Tipo de intervenção realizada;
- Via de comunicação.

3. Resultado

- O que ocorreu com a intervenção?
- O que ocorreu com o problema de saúde?
- Medição final (se aplicável);
- Resumo final da intervenção.

[illegible]

Figura 11 – Folha de intervenção farmacêutica. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2019].

Hernández, D.S.; Castro, M.M.S.; Dáder, M.J.F. *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010.

Folha de intervenção farmacêutica para registo dos resultados positivos alcançados

- ### 1. Identificação do resultado positivo

- Data de identificação;
- Resultado positivo;
- Medição inicial (se aplicável);
- Medicamentos envolvidos.

2. Atuação

- Data de início da ação;
- Objetivo;
- Tipo de intervenção realizada;
- Via de comunicação.

3. Resultado

- ○ que ocorreu com a intervenção?
- ○ que ocorreu com o problema de saúde?
- Medição final (se aplicável).

Folha de intervenção



Identificação
Resultado positivo: Descrição da situação, sintomas ou parâmetros quando Recebeu a intervenção ou a prevenção.
Medicamento(s) implicado(s) Nome, Dosagem, Forma farmacêutica
Atuação Data: _____ Objetivo: _____
Descrição da intervenção para monitor o resultado positivo.
Via de comunicação Realizada em: _____ Escrita para o cliente: _____ Realizada verbal: _____ Realizada escrita: _____
Resultado O que aconteceu com o intervenido? _____ Data: ____/____/____
O que aconteceu com o problema de saúde? _____ Data: ____/____/____
Consideração final: _____

Identificação
Resultado positivo: Descrição da situação, sintomas ou parâmetros quando Recebeu a intervenção ou a prevenção.
Medicamento(s) implicado(s) Nome, Dosagem, Forma farmacêutica
Atuação Data: _____ Objetivo: _____
Descrição da intervenção para monitor o resultado positivo.
Via de comunicação Realizada em: _____ Escrita para o cliente: _____ Realizada verbal: _____ Realizada escrita: _____
Resultado O que aconteceu com o intervenido? _____ Data: ____/____/____
O que aconteceu com o problema de saúde? _____ Data: ____/____/____
Consideração final: _____

Figura 12 – Folha de intervenção farmacêutica. [Retirada de: Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., Método Dáder: *Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.]

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Lisboa, 2010.

Comunicação com outros profissionais de saúde

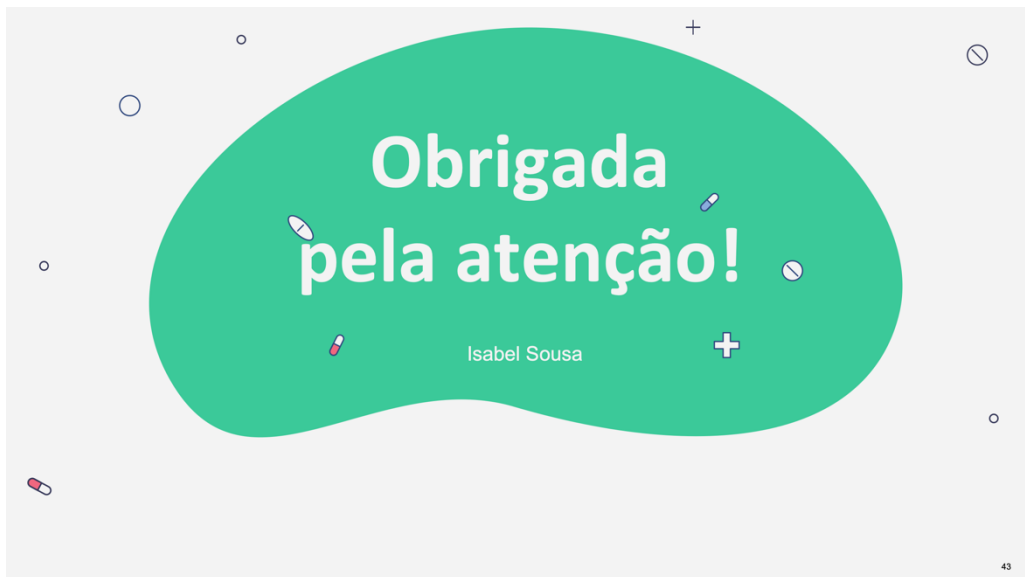
- Evitar qualquer confusão que se possa produzir quando é o doente a transmitir oralmente a informação ao médico:

- o - Para cada relatório é conveniente tirar 3 cópias: 1 para o médico, 1 para o doente e 1 para o farmacêutico.

Estrutura:

- Apresentação do doente;
- Motivo do encaminhamento;
- Parecer farmacêutico;
- Despedida.

Hernández, D.S., Castro, M.M.S., Dáder, M.J.F., *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Universidade de Granada. Tradução: Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha. Lisboa, 2010



Anexo XIII. Inquérito de Qualidade e Satisfação.

Inquérito de Qualidade e Satisfação

Formação interna sobre Seguimento Farmacoterapêutico - Método de Dáder

***Obrigatório**

Como classifica o seu conhecimento relativamente ao tema "Seguimento Farmacoterapêutico - Método de Dáder" antes da formação?

1 2 3 4 5

Nenhum conhecimento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Conhecimento extenso

Como classifica o seu conhecimento relativamente ao tema "Seguimento Farmacoterapêutico - Método de Dáder" depois da formação?

1 2 3 4 5

Nenhum conhecimento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Conhecimento extenso

Considera que a formação serviu para aumentar o seu nível de conhecimento sobre o tema "Seguimento Farmacoterapêutico - Método de Dáder"?

☐ Não contribuiu

☐ Contribuiu pouco

☐ Contribuiu de forma satisfatória

☐ Contribuiu bastante

Como avalia o grau de pertinência do tema abordado ?

	1	2	3	4	5	
Nada pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Bastante pertinente

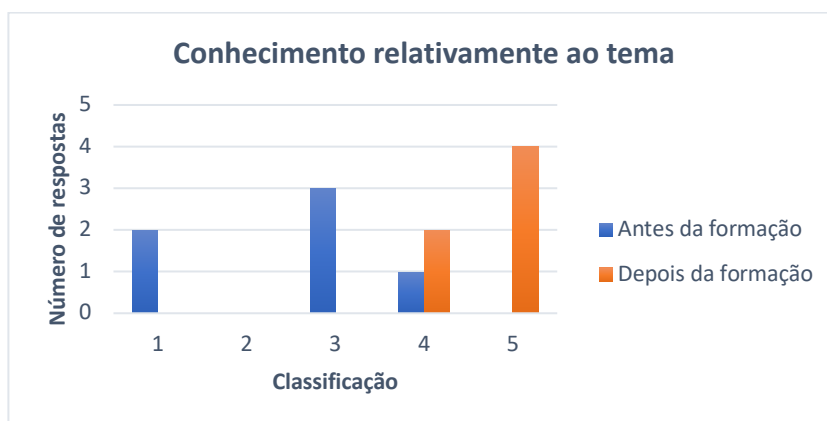
Como avalia o grau de relevância do tema abordado, tendo em conta a sua atividade profissional?

	1	2	3	4	5	
Nada relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Bastante relevante

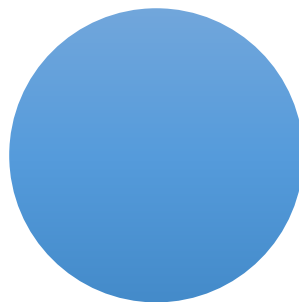
Avaliação do orador: *

	1 - Péssimo	2 - Mau	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Muito Bom
Uso de linguagem técnica	☐	☐	☐	☐	☐
Discurso (eloquência, ritmo e tom)	☐	☐	☐	☐	☐
Organização da apresentação	☐	☐	☐	☐	☐
Capacidade em transmitir a informação	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo XIV. Respostas ao inquérito de Qualidade e Satisfação.

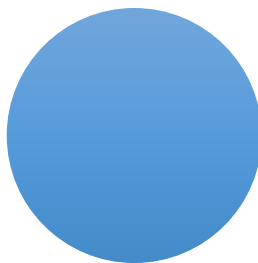


Avaliação do orador: Uso de linguagem técnica



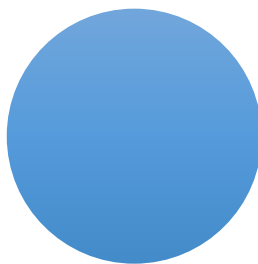
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

Avaliação do orador: Discurso (eloquência, ritmo e tom)



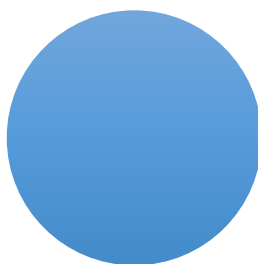
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

Avaliação do orador: Organização da apresentação



- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

Avaliação do orador: Capacidade em transmitir a informação



- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL

www.ff.up.pt



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Hospital CUF Porto

Isabel Neves Sousa

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital CUF Porto



3 de maio de 2021 a 30 de junho de 2021

Isabel Neves Sousa

Maria João Azevedo Carlos

Orientador: Dr. Pedro Almeida

setembro de 2021

Declaração de Integridade

Eu, Isabel Neves Sousa, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 201605310, 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 autoplágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 16 de setembro de 2021

Isabel Neves Sousa

Agradecimentos

Queria agradecer a toda a equipa do Hospital CUF Porto por esta experiência tão gratificante. Foram dois meses que passaram a voar e sinto que me ensinaram coisas que levo comigo para a vida. São realmente uma pequena família com um enorme espírito de união e entreajuda que fazem qualquer pessoa se sentir acolhida.

Ao Dr. Pedro, meu orientador, queria agradecer por me fazer sentir em casa desde o primeiro dia, pela confiança que depositou em mim, por toda a disponibilidade, preocupação e por estar sempre pronto a ajudar-me em todas as minhas dificuldades.

Às Dr^a. Ana Plácido e Dr^a. Ana Vinagre, obrigada por me concederem a oportunidade de estagiar no melhor hospital privado do Norte, por todo o carinho e disponibilidade e por me ensinarem sobre esta tão nobre profissão.

Às Dr^a. Maria Catarina, Dr^a. Carolina e Dr^a. Catarina, obrigada pela disponibilidade em me acompanharem, por me inculcirem a vossa capacidade de organização e por toda a paciência nas explicações. São exemplos de que quando se gosta verdadeiramente do que se faz não há obstáculos que nos limitem.

Às Dr^a. Joana e Dr^a. Ana Catarina, obrigada por me deixarem realizar certas tarefas de forma autónoma, mas com supervisão vossa, pela paciência e por todos os autógrafos.

À Mónica, Fábria, Nuno, José e Artur, obrigada pelas imensas vezes que me ajudaram a orientar dentro da farmácia, pela simpatia, pelo carinho e pela boa disposição que vos caracteriza.

A todos, um enorme obrigada! Levo-vos no coração e ficam comigo para a vida.

Resumo

O estágio em farmácia hospitalar, com duração de dois meses, realizado nos Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto, foi parte integrante do nosso estágio profissionalizante de seis meses, no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, permitindo-nos contactar com esta vertente profissional.

No presente relatório descrevemos os Serviços Farmacêuticos, nomeadamente a sua organização, funcionamento e funções de cada área constituinte. Além disso, relatamos o importante papel que o farmacêutico desempenha no sentido de garantir o uso racional e correto do medicamento, minimizando os erros de prescrição e de administração. Assim, tentamos, sempre que possível, relatar as atividades por nós observadas ou realizadas, de forma a tornar este relatório o mais pessoal possível.

Índice

Declaração de Integridade.....	III
Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	V
Índice.....	VI
Lista de Abreviaturas	VII
1. Introdução	1
2. Hospital CUF Porto	1
3. Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto	1
3.1 Localização e horário de funcionamento	2
3.2 Recursos humanos	2
3.3 Sistema informático	3
3.4 Organização física dos SF do HPRT	3
4. Seleção, aquisição de produtos e gestão de stocks	4
5. Receção de encomendas e armazenamento dos produtos farmacêuticos	5
6. Reembalagem e rotulagem de medicamentos	6
7. Circuito de distribuição do medicamento	7
7.1 Distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU)	7
7.2 Distribuição tradicional de medicamentos (reposição de stocks)	8
7.3 Distribuição em regime de ambulatório.....	9
8. Medicamentos sujeitos a controlo especial.....	9
8.1 Psicotrópicos e estupefacientes.....	9
8.2 Hemoderivados	10
8.3 Misoprostol	11
9. Farmacotecnia.....	12
9.1 Preparação de formas farmacêuticas não estéreis.....	12
9.2 Preparação de formas farmacêuticas estéreis.....	13
9.2.1 Preparação de citotóxicos	14
9.2.2 Preparações para uso <i>off label</i>	16
9.2.3 Nutrição parentérica	17
10. Farmácia Clínica	18
11. Reconciliação da Terapêutica e Revisão da Medicação Propriedade do Cliente	18
12. Ensaio Clínico	19
13. Reuniões multidisciplinares.....	20
14. Revisão de carros de emergência	20
15. Conclusão	21
16. Bibliografia.....	22

Lista de Abreviaturas

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AUE	Autorização de Utilização Excecional
BOC	Bloco Operatório Central
CAUL	Certificado de Autorização de Utilização de Lote
CINS	CUF Instituto
CSJM	Clínica São João da Madeira
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção-Geral da Saúde
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
FEFO	<i>First Expired, First Out</i>
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
Glintt	<i>Global Intelligent Technologies Healthcare Solutions S.A.®</i>
HCBR	Hospital CUF Coimbra
HD	Hospital de Dia
HDSC	Hospital CUF Descobertas
HPRT	Hospital CUF Porto
HVIS	Hospital CUF Viseu
IGGO	Internamento Geral de Ginecologia e Obstetria
IGP4	Internamento Geral de Adultos Piso 4
IGP5	Internamento Geral de Adultos Piso 5
IGPED	Internamento Geral da Pediatria
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JMS	José de Mello Saúde
LASA	<i>Look-alike sound-alike</i>
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SAR	Autorização de comercialização de medicamentos sem autorização ou registo válidos em Portugal
SIATS	Sistema de Informação para a Avaliação das Tecnologias de Saúde
SF	Serviços Farmacêuticos
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

1. Introdução

O estágio profissionalizante em Farmácia Hospitalar no Hospital CUF Porto (HPRT), ocorreu no âmbito da unidade curricular Estágio, inserida no 5º ano, 2º semestre do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Teve início a 3 de maio e término a 30 de junho de 2021, em simultâneo com outra estudante da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Após o tempo que passamos na faculdade a adquirir competências teóricas e técnico-científicas, o estágio é o primeiro contacto com a realidade de um farmacêutico comunitário e hospitalar. No HPRT, fomos integradas na equipa dos Serviços Farmacêuticos (SF), onde começámos por observar as atividades efetuadas diariamente pelos farmacêuticos, recebendo sempre uma breve explicação do que se estava a realizar. Posteriormente, concretizamos algumas atividades de forma autónoma, mas sempre com supervisão de um farmacêutico. Relativamente à produção de citotóxicos, o envolvimento dos estagiários foi mais reduzido, devido aos riscos associados à sua preparação, bem como à responsabilidade envolvida na sua produção.

Neste relatório, descrevemos o funcionamento geral de cada unidade dos SF, a importância que o farmacêutico hospitalar apresenta e as várias atividades realizadas e observadas por nós a nível da área de distribuição de medicamentos e da área de produção e dispensa de antineoplásicos e imunomoduladores.

2. Hospital CUF Porto

O HPRT foi inaugurado em 2010 e pertence ao grupo José de Mello Saúde (JMS) [1]. Representa a primeira unidade privada do grupo a receber a acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), que é uma comissão que trabalha no sentido de melhorar/assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes nos serviços de saúde [1, 2].

O grupo CUF engloba nove hospitais, oito clínicas e um instituto, sendo que o HPRT é o maior hospital privado do Norte do país e oferece uma ampla rede de cuidados de saúde em trinta e cinco especialidades. Este hospital destaca-se pela sua oferta clínica a nível da: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), Maternidade, Bloco de Partos, Bloco Operatório Central (BOC), pelo Atendimento Permanente de Crianças e Adultos, pelo serviço de Oncologia, de Medicina Interna e pelas diferentes especialidades cirúrgicas [1, 3].

3. Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto

O artigo 1º do Decreto-Lei nº44 204, de 2 de fevereiro de 1962, define farmácia hospitalar como “o conjunto de actividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a acção de investigação científica e de ensino que lhes couber” [4].

Assim, os SF são responsáveis pela seleção, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos, bem como pelo bom funcionamento dos circuitos existentes, garantindo o cumprimento das exigências legais de medicamentos sujeitos a legislação própria (hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos) e a participação em ensaios clínicos. Apresentam, também, um papel fundamental na Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e prestação de Cuidados Farmacêuticos [4, 5].

3.1 Localização e horário de funcionamento

Os SF do HPRT estão localizados no piso -1, junto aos gabinetes de consultas. Apresentam elevada acessibilidade, tanto ao exterior como ao interior, de modo a facilitar a receção de encomendas e o circuito de distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos, respetivamente.

Encontram-se em funcionamento de segunda a sexta feira das 8h às 20h e ao sábado das 9h às 17h. No entanto, fora desse horário, e em caso de necessidade, os enfermeiros podem aceder à farmácia, acompanhados por um segurança, para recolherem a medicação ou o produto farmacêutico necessário. Após a recolha, é necessário efetuar o registo num dossiê que se encontra à entrada dos SF - “Registo de vindas à farmácia fora de horas” - onde são preenchidas a data e hora do levantamento, identificação do produto, quantidade, bem como identificação do paciente e assinatura do enfermeiro. No dia seguinte, o farmacêutico consegue saber o que foi recolhido e regularizar o stock desse produto, assim como validar os medicamentos consoante a prescrição. De forma a facilitar a recolha, encontra-se à entrada dos SF um dossiê - “Localização da medicação ordenada alfabeticamente” - com a localização de toda a medicação e produtos farmacêuticos existentes na farmácia, minimizando o tempo despendido na sua procura. Porém, há um grupo restrito de medicamentos que não podem ser recolhidos fora do horário de atendimento dos SF, que são os estupefacientes e psicotrópicos, uma vez que apresentam o seu próprio circuito de distribuição, que irá ser abordado com maior detalhe posteriormente. Em caso de necessidade, o enfermeiro pode ligar para o telemóvel de serviço da farmácia e o farmacêutico destinado poderá deslocar-se ao HPRT para fazer a validação da prescrição e respetiva dispensa.

O nosso estágio foi dividido em três secções por um período de três semanas cada: Farmácia Clínica, Logística e Oncologia.

3.2 Recursos humanos

Os SF do HPRT são constituídos por uma vasta equipa de profissionais de saúde com funções bem delineadas contribuindo para o equilíbrio e bom funcionamento da farmácia. Assim, trabalham autonomamente, apresentando total responsabilidade pelos serviços prestados ao HPRT, estando apenas sujeitos à orientação e supervisão dos Órgãos de Administração do Hospital.

A direção técnica dos SF pertence à Dr^a. Ana Plácido que coordena uma equipa de oito farmacêuticos hospitalares e cinco auxiliares de ação médica.

3.3 Sistema informático

O sistema informático utilizado é o Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento desenvolvido pela Glintt® (*Global Intelligent Technologies Healthcare Solutions S.A.*®), que permite integrar toda a informação relativa ao circuito do medicamento, gestão de stocks, débitos de medicação ao doente, consulta de prescrições realizadas pelos médicos, dados dos pacientes, além de que, é neste sistema que se faz a validação da prescrição. Os SF também utilizam outros sistemas informáticos como o Quadro de Enfermagem para registo e análise de alergias, B Simple e Soluções Clínicas (diário médico) para recolha de informações relevantes e visualização de planos diários da UCIP ou de outros serviços clínicos.

3.4 Organização física dos SF do HPRT

O espaço físico dos SF é *open space* de modo a facilitar a intercomunicação da equipa. No entanto, podem ser distinguidas várias zonas:

- A zona de verificação e receção de encomendas está alocada a um auxiliar, que faz a verificação das mesmas, sendo sujeito a dupla verificação por um farmacêutico. Este também é o método de receção no caso de medicamentos concedidos ou obtidos por empréstimo ou medicação que transite entre diferentes unidades da rede CUF. Assim, nesta área encontram-se as zonas de receção de encomendas e de rotulagem;
- A zona de distribuição de medicamentos está dividida em três áreas: uma onde estão armazenados os medicamentos, uma onde a unidose é preparada, e outra área onde os farmacêuticos validam as prescrições médicas;
- A zona de preparação de formas farmacêuticas estéreis é o local onde se preparam e distribuem medicamentos oncológicos. É constituída por uma área de armazenamento de citotóxicos e duas áreas destinadas à preparação de medicamentos citotóxicos e outros manipulados estéreis. Nesta zona ainda são encontradas áreas de validação de prescrições e de libertação de lote;
- A zona de preparação de formas farmacêuticas não estéreis engloba uma área onde se realiza a reembalagem e rotulagem de medicamentos, uma área de preparação de medicamentos manipulados e uma zona onde está armazenado todo o material e matérias-primas necessários para a sua preparação;
- Sala de ensaios clínicos e respetivo material, e sala de armazenamento de psicotrópicos, estupefacientes e misoprostol;
- Zona de armazenamento de injetáveis de grande volume, armário de inflamáveis, frigoríficos e gases medicinais;
- Outras zonas como gabinete da Diretora Técnica, copa e instalação sanitária.

Todos os espaços do SF são controlados por termohigrómetros que garantem as condições de temperatura e humidade necessárias para o armazenamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos. De referir que, a temperatura dos frigoríficos é controlada por um sistema *Vigie* que

emite alertas ou avisos conforme os valores previamente estipulados, permitindo assim um controlo mais apertado.

4. Seleção, aquisição de produtos e gestão de stocks

A seleção de medicamentos é feita tendo por base o Formulário de Medicamentos da JMS, que é um formulário adaptado do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM). Quando são necessários medicamentos que não constam no Formulário de Medicamentos da JMS, o pedido deve ser primeiramente avaliado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica que emite um parecer. Essa comissão é constituída por três médicos e três farmacêuticos que selecionam quais os medicamentos a serem adquiridos, constituindo um processo multidisciplinar e contínuo.

Em determinadas situações pode ser necessário pedir uma autorização de comercialização especial, que pode ser de três tipos: Autorização de Utilização Excecional de Medicamentos de Uso Humano (AUE) quando o medicamento não apresenta titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal, ou em caso de o medicamento ser comercializado em Portugal, mas se encontrar em rutura e sem alternativa terapêutica. Esta autorização tem caráter excecional e carece de um parecer positivo prévio pelo Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.), que após aprovação emite um documento que permite a aquisição desse produto pelo hospital. Neste caso existem dois subtipos:

- AUE concedida para um medicamento com benefício clínico bem reconhecido, sendo que apresenta validade durante um triénio definido. Nesse caso, o farmacêutico tem de preencher um requerimento de AUE, disponível no site do Infarmed, que terá de ser validado, assinado e carimbado pelo diretor clínico do HPRT e, em caso de o medicamento requerido não constar no FHNM, é necessário anexar a justificação clínica de utilização.
- AUE concedida para um doente específico, que apresenta validade de um ano e é atribuída, tal como o nome indica, a um só doente. O pedido dessa AUE é efetuado através de uma plataforma – Sistema de Informação para a Avaliação das Tecnologias de Saúde (SIATS).

O segundo tipo de autorização de comercialização é a AUE de lote, que tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos e evitar/mitigar a ocorrência de ruturas de stock. Para isso o Infarmed pode autorizar um titular de AIM, ou o seu representante, a utilizar excecionalmente determinados lotes de medicamentos.

O terceiro tipo diz respeito à autorização de comercialização de medicamentos sem autorização ou registo válido em Portugal (SAR), onde o Infarmed, por razões de saúde pública, pode permitir a sua comercialização [6, 7].

Para realizar a aquisição de psicotrópicos e estupefacientes, é necessário o preenchimento do anexo VII, onde o fornecedor fica com o original e o requerente com o duplicado [8].

A nível de gases medicinais estes sofrem dois tipos de controlo. No caso do tanque de oxigénio, o manómetro é controlado remotamente pela empresa responsável, sendo que quando se atinge um determinado limite, esta procede ao seu reenchimento. Nesse caso, estamos a falar de oxigénio que circula nas tubagens até aos pisos do hospital e respetivos quartos. O segundo tipo de controlo é feito pela equipa de manutenção do HPRT que verifica os níveis de gases dos cilindros e informa o auxiliar responsável para que realize a encomenda. Os gases medicinais que circulam nos cilindros podem ser: ar medicinal, oxigénio medicinal, azoto, dióxido de carbono, entre outros.

Através de um rigoroso processo, a aquisição e gestão dos stocks nos SF compete a um auxiliar, sob a supervisão e coordenação de um farmacêutico. A sua responsabilidade passa por assegurar a disponibilidade de stock de medicamentos e produtos farmacêuticos, de modo a garantir que o doente recebe o tratamento. Como o HPRT é acreditado pela JCI e com base no sistema *kaizen*, que tem como objetivo a eliminação do desperdício e a redução de custos, utiliza um cartão – kanban – que sinaliza o ponto de encomenda. Quando se atinge esse ponto, retira-se o cartão e coloca-se num local definido no centro da farmácia, de forma a facilitar o processo sendo que, diariamente, é verificado pelo auxiliar responsável que faz a encomenda. Assim, a gestão do stock é feita através da utilização do kanban, onde está indicado o código interno do produto, o local de armazenamento, a designação, qual o ponto de encomenda e a quantidade a encomendar. Além de que, este apresenta cores distintas consoante a área onde se situa, o que facilita o processo de encomenda.

5. Receção de encomendas e armazenamento dos produtos farmacêuticos

O auxiliar responsável pela aquisição e gestão de stocks também recebe e armazena os produtos farmacêuticos. Sempre que chega uma encomenda aos SF fica retida na zona de receção de encomendas, de modo que o auxiliar possa conferir a guia de remessa ou fatura e comparar com a nota de encomenda. Além disso, confere quantitativa e qualitativamente os produtos rececionados, quanto ao seu estado físico, confirmação da validade e lote, e presença de medicamentos falsificados, tendo em conta a Diretiva 2011/62/EU, onde há a verificação dos dispositivos de segurança (QR Code) e a presença de um identificador único dos novos lotes produzidos [9]. Após esse procedimento, é conferida e arquivada a documentação técnica, onde deve constar a validade e o lote do produto farmacêutico. De referir que, este processo é sujeito a dupla verificação por parte de um farmacêutico. Aquando da receção de estupefacientes e psicotrópicos, deve ser preenchido o livro de registos (anexo IV) e atualizado o stock. No caso de hemoderivados, estes devem ser acompanhados do boletim de análise e Certificado de aprovação emitido pelo Infarmed - Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL).

O auxiliar que armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos, coloca-os em diferentes locais de armazenamento, de acordo com o tipo de produto e características de conservação. Dentro de cada local estão organizados por ordem alfabética, forma farmacêutica e dosagem. Todos os

produtos farmacêuticos seguem o ideal “*First Expired, First Out*” (FEFO), onde os produtos com validade mais curta são colocados à frente de forma a serem os primeiros a utilizar. No caso de estupefacientes e psicotrópicos, o armazenamento faz-se de forma diferente, pois estes estão guardados em cofres, numa sala de acesso restrito. Dentro dos cofres a organização é feita tendo em conta a forma farmacêutica e a ordem alfabética. Relativamente aos produtos citotóxicos, estes encontram-se armazenados nas prateleiras e frigoríficos da área da oncologia, divididos por medicamentos orais e injetáveis, organizados, mais uma vez, por ordem alfabética.

Os produtos farmacêuticos estão identificados com etiquetas que contêm: código de barras com número interno da farmácia, Denominação Comum Internacional (DCI), dose e forma farmacêutica. Além disso, de forma a aumentar a segurança no circuito dos medicamentos e, por conseguinte, segurança na administração, os medicamentos que apresentam nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes - *look-alike sound-alike* (LASA) (seguindo a Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) nº 020/2014) - não estão dispostos seguidamente, para que não haja enganos quando se retira o produto e, além disso substâncias ativas que existam em diferentes doses na farmácia apresentam um semáforo na etiqueta [10]. Também é utilizada a estratégia Tall Man Lettering, com a inserção de letras maiúsculas nas etiquetas, ainda pode surgir um símbolo de alerta com um sinal STOP com a inscrição “alerta máximo” (seguindo a Norma da DGS nº 014/2015) ou a própria etiqueta estar com cor diferente, onde amarelo significa que os medicamentos são sujeitos a diluição obrigatória, como por exemplo os concentrados eletrolíticos, e a cor vermelha indica que se trata de agentes ácidos [11].

Durante o nosso estágio, ajudamos por diversas vezes os auxiliares a etiquetar medicamentos que possuíam o rótulo em língua estrangeira, colocando etiquetas novas com toda a informação em português (nome, via de administração, lote e validade). Além disso, auxiliamos na verificação dos prazos de validade, sendo que produtos com validade inferior a seis meses eram identificados com a etiqueta: “Atenção: prazo de validade”. Realizamos ainda a etiquetagem dos concentrados eletrolíticos. Com estas sinalizações o fluxo da farmácia torna-se mais fluído e melhora a visualização e a chamada de atenção para certas situações, minimizando a ocorrência de erros. As tarefas por nós realizadas foram supervisionadas por um farmacêutico.

6. Reembalagem e rotulagem de medicamentos

Todos os medicamentos que na sua forma individualizada não apresentem toda a informação importante, como DCI, dose, via de administração, lote e prazo de validade, devem ser reembalados e rotulados em aparelho apropriado, de modo a assegurar a qualidade e segurança do medicamento e a sua correta administração. Acrescentar que, todos os comprimidos que são fracionados também requerem reembalagem e rotulagem, pois não apresentam identificação unitária completa. Assim, a reembalagem tem como objetivo fornecer toda a informação relevante acerca do medicamento

quando este está sob a forma individualizada. O produto final apresentará: DCI, dose, forma farmacêutica, via de administração, lote, prazo de validade e lote interno. Após este processo, o prazo de validade dos medicamentos retirados do blister sofre alteração, segundo os seguintes critérios:

- Se o medicamento no seu acondicionamento original apresentar um prazo de validade inferior a dois anos, o novo prazo de validade passa a ser 25% da validade original;
- Se o medicamento no seu acondicionamento original apresentar um prazo de validade superior a dois anos, é atribuída uma validade de 6 meses.

Este método é realizado por um auxiliar, com a verificação por dois farmacêuticos, um que valida informaticamente o rótulo, e outro que, após terminado o processo, valida os medicamentos acondicionados.

Durante o nosso estágio, foi nos explicado o modo de reembalagem e rotulagem e ainda pudemos observar o processo de reembalagem e de fracionamento de alguns medicamentos, como diazepam 5 mg e pantoprazol 40 mg, sendo esta tarefa supervisionada por um farmacêutico.

7. Circuito de distribuição do medicamento

É essencial assegurar que todos os doentes recebem os medicamentos de que necessitam e que estão prescritos. No HPRT os medicamentos deverão ser, sempre que possível, dispensados em dose unitária, podendo o sistema de distribuição ser dividido em: interno, através da distribuição em regime de internamento (distribuição individual diária em dose unitária e distribuição tradicional de medicamentos), ou externo, através da distribuição em regime de ambulatório. De notar que, no HPRT a distribuição em regime de ambulatório é bastante reduzida, como seguidamente será explicado.

7.1 Distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU)

O circuito da DIDDU inicia-se quando o médico faz a prescrição eletrónica. Assim, os farmacêuticos alocados ao serviço de distribuição validam as prescrições, atendendo à dose prescrita, posologia, peso, idade, via de administração, alergias, duplicações terapêuticas, interações medicamentosas e comorbilidades. O sistema informático permite o registo individualizado da terapêutica de cada doente, o que possibilita a revisão farmacêutica da mesma e, eventualmente, a correção de possíveis erros, promovendo a racionalização da terapêutica. De seguida, os auxiliares separam a medicação de cada doente em gavetas individuais que estão identificadas com nome, número do processo do doente (designado por CUFP), número da cama e serviço. Em cada gaveta é colocada a medicação para um período de 24h, que é contabilizado desde as 16h do próprio dia até as 16h do dia seguinte (exclusive). Este processo volta-se a repetir às 19h para as alterações feitas às prescrições médicas na parte da tarde, chamadas “alterações da tarde”. Após a preparação das gavetas, estas são colocadas nos carros de distribuição que, antes de seguirem para os serviços, são verificados por um farmacêutico que confirma se o que foi separado corresponde ao que está

prescrito. De referir que, este processo realiza-se de modo a que os carros sigam para os serviços clínicos por volta das 15h30.

Este sistema de distribuição é realizado para a UCIN, UCIP, Internamento Geral da Pediatria (IGPED), Internamento Geral de Adultos do Piso 4 (IGP4) e do Piso 5 (IGP5). Após a saída dos SF, a medicação é debitada ao doente por um farmacêutico. No entanto, caso esta não tenha sido administrada, no dia seguinte quando retorna aos SF, é revertida informaticamente por um auxiliar. A revertência pode ser devida a alteração na terapêutica, medicação SOS que foi enviada e não foi utilizada, intolerâncias, alta clínica, entre outras.

Como ao domingo os SF se encontram encerrados, ao sábado a preparação da unidade é feita para 48h, tal como acontece em vésperas de feriados. De salientar que, todas as prescrições médicas devem ser validadas pelo farmacêutico antes do medicamento ser administrado ao doente. No entanto, no caso de prescrições efetuadas fora do horário de funcionamento dos SF, não é possível que as mesmas sejam validadas, então não seguirão no regime de DDDU. Para tal, nestas situações deve existir um stock mínimo nos serviços clínicos.

Durante três semanas tivemos a oportunidade de integrar diferentes turnos de trabalho para perceber como se realiza esta distribuição. Assim, observámos a validação das prescrições, participamos na preparação das gavetas individuais dos doentes e nas alterações da tarde, bem como assistimos ao débito da medicação dispensada ao doente. Para além disso, tivemos oportunidade de acompanhar um auxiliar no circuito de distribuição da dose unitária. Todas estas atividades foram realizadas sob a supervisão de um farmacêutico.

7.2 Distribuição tradicional de medicamentos (reposição de stocks)

Cada serviço apresenta um stock mínimo e máximo de medicamentos e produtos farmacêuticos predefinidos pelo Coordenador Clínico, Enfermeiro Chefe e Farmacêutico, de acordo com a necessidade e consumo desse serviço.

A maioria dos serviços clínicos do HPRT apresenta a medicação armazenada num armazém avançado que consegue enviar aos SF o pedido de medicação de forma automática e informatizada de acordo com os stocks previamente definidos. Contudo alguns serviços carecem de uma constante e organizada verificação de stocks com sucessiva reposição, realizada por um auxiliar que, consoante uma escala de reposição de stocks, repõem diariamente alguns produtos, enquanto outros são apenas repostos em dias específicos. Este processo é efetuado com recurso a um Personal Digital Assistant, que corresponde a um computador portátil de reduzidas dimensões, utilizado para armazenar e organizar informação pessoal, permitindo a dupla verificação dos medicamentos separados. Os serviços onde se repõe stocks incluem o Bloco de Partos, BOC, UCIN, UCIP e serviços de ambulatório como salas de exames especiais, salas de meio de diagnóstico e gabinetes de consultas.

Durante o nosso estágio, tivemos a oportunidade de, durante um dia, acompanhar os auxiliares na verificação de stocks dos serviços clínicos, bem como na sua reposição, tendo a atividade sido supervisionada por um farmacêutico.

7.3 Distribuição em regime de ambulatório

A dispensa de medicamentos em regime de ambulatório é feita de forma a assegurar o acesso aos medicamentos e produtos de saúde, para que os doentes deste regime possam cumprir o seu plano farmacoterapêutico. Assim, destina-se a medicamentos de venda exclusiva hospitalar ou manipulados personalizados hospitalares [12].

A distribuição em regime de ambulatório ocorria na Unidade de Ambulatório que se localizava nos SF do HPRT e era utilizada pelos utentes que não se encontravam em regime de internamento. Atualmente, face à pandemia, este regime é utilizado apenas para dispensa dos seguintes medicamentos: erenumab, tofacitinib e secukinumab.

Outro circuito de regime de ambulatório existente no HPRT consiste na dispensa de tratamentos de quimio/imunoterapia e de terapia hormonal, além de medicação adjuvante destes, sendo esses tratamentos preparados nos SF. Porém, essa medicação é dispensada no Hospital de Dia (HD), onde um enfermeiro procede à sua entrega ou administração.

8. Medicamentos sujeitos a controlo especial

Os estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados são medicamentos sujeitos a legislação restritiva que requerem o preenchimento de um impresso de requisição especial. Como tal, seguem o seu próprio circuito de distribuição. Também o misoprostol é distribuído em circuito próprio, não por motivos legislativos, mas devido ao seu potencial abortivo, requerendo o preenchimento de um consentimento informado, uma vez que se trata de uma utilização *off label*.

Os estupefacientes, psicotrópicos e misoprostol, tal como referido anteriormente, estão armazenados em locais de acesso restrito quer nos serviços clínicos, quer nos SF, tendo acesso apenas as equipas destes serviços.

8.1 Psicotrópicos e estupefacientes

Tal como referido, os estupefacientes e psicotrópicos estão sujeitos a uma legislação específica descrita no Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro [13]. Este controlo prende-se pelo facto de estas substâncias atuarem a nível do Sistema Nervoso Central, podendo agir como estimulantes ou depressores, causando muitas vezes tolerância e dependência [14].

No HPRT, o circuito de distribuição destes medicamentos tem início com a prescrição médica que é realizada informaticamente. Cada serviço apresenta um stock mínimo que, quando termina, é repostado através da entrega aos SF do impresso de requisição original. Quando se recebe a requisição é necessário ter em conta dois aspetos: em caso de dizer extra-stock confirmar se é necessário enviar de novo ao serviço e em caso de nas observações estar indicado que foi rejeitado o

remanescente, é necessária uma segunda assinatura pelo enfermeiro. Após confirmação destes aspetos, preenche-se o anexo X, onde deve constar: data e número sequencial da requisição, o nome do serviço ao qual vai ser fornecido, o medicamento a ser enviado, a dose, a forma farmacêutica, o código interno, a quantidade dispensada, a assinatura do farmacêutico que dispensou e do enfermeiro que rececionou. Sempre que há entrada ou saída de estupefacientes e psicotrópicos nos SF é feita uma anotação no anexo IV - registo de movimento de entradas e saídas - com posterior contagem da quantidade presente no cofre. De referir que, os livros de registo e de requisições são exclusivos da Imprensa Nacional - Casa da Moeda. A medicação é transportada numa mala até aos serviços clínicos por um auxiliar, sendo que vai individualizada em sacos transparentes juntamente com a requisição. Quando esta chega aos serviços clínicos, o enfermeiro que a recebe assina e data o “Livro de Protocolo de Estupefacientes, Psicotrópicos e Hemoderivados”. A cada administração é necessário preencher a requisição com o nome do doente, quantidade administrada, enfermeiro responsável pela administração e observações (se aplicável). Posteriormente, após completamente preenchida, a requisição é arquivada, se estiver conforme, e a cópia fica guardada no serviço clínico.

Semanalmente é feito um inventário dos cofres dos SF, de modo a permitir um maior controlo do número de unidades presentes, bem como da sua validade. De referir que, relativamente aos prazos de validade, quando se envia um medicamento com um prazo de validade curto, é registado num documento, de modo a permitir rastreabilidade em caso de expiração. Semanalmente é feita uma auditoria ao cofre dos SF e, semestralmente, é feita uma auditoria aos cofres dos serviços clínicos e a todo o circuito de distribuição de modo a perceber se há discrepâncias e se os medicamentos guardados se encontram dentro da validade. Estes tipos de revisões permitem um maior controlo deste tipo de medicamentos.

De referir que, todas as sextas feiras e vésperas de feriados, contactam-se os serviços clínicos de modo a perceber a necessidade de extra-stock de estupefacientes e psicotrópicos, uma vez que aos domingos e feriados os SF encontram-se encerrados.

8.2 Hemoderivados

Os hemoderivados são constituídos por proteínas plasmáticas, que apresentam interesse terapêutico, mas que não podem ser sintetizados por métodos convencionais, pelo que são obtidos de plasma de doadores humanos saudáveis. A sua produção consiste num processo de fracionamento e purificação de albumina, imunoglobulinas e fatores da coagulação. No final, os hemoderivados devem reunir três requisitos: eficácia terapêutica, segurança viral e tolerância clínica. Como tal, é importante garantir que, dentro do HPRT, se consiga rastrear os hemoderivados ao longo de todo o seu circuito [15].

O Despacho Conjunto nº 1051/2000, de 30 de outubro, tem por objetivo a identificação e registo dos hemoderivados, bem como permitir a rastreabilidade e a relação de causalidade entre a administração e a deteção de doença infecciosa transmitida pelo sangue. Assim, há um impresso

próprio para registo uniforme de todos os atos de requisição clínica, distribuição aos serviços e administração aos doentes [16].

Nos serviços é mantido um stock de hemoderivados, no entanto, a distribuição também pode ser feita por cedência individualizada ao utente. De qualquer das formas, quando o hemoderivado é utilizado, a requisição, devidamente preenchida, chega aos SF e é enviada uma nova requisição composta por duas vias: via da farmácia e via de serviço. Nessa requisição, o farmacêutico preenche o nome do hemoderivado, serviço ao qual vai ser fornecido, dose, quantidade fornecida, lote, laboratório de origem/fornecedor, CAUL, data, assinatura e número mecanográfico. No hemoderivado em questão, é colocada uma etiqueta com o número de série da requisição correspondente, condições de conservação e serviço clínico. Além disso, é registada a saída do hemoderivado na folha “Registo de Distribuição de Medicamentos Hemoderivados” onde se coloca a data, número de registo, designação, quantidade, lote, validade e serviço clínico ao qual se destina. Após este preenchimento é feito o débito do hemoderivado ao serviço. Assim, a requisição e o hemoderivado são enviados ao serviço, juntamente com o “Livro de Protocolo de Estupefacientes, Psicotrópicos e Hemoderivados” que deve ser assinado pelo enfermeiro que o receciona.

Após a administração do hemoderivado, o médico e o enfermeiro preenchem os restantes campos da requisição: identificação do médico e do doente, dose/frequência, duração de tratamento, diagnóstico/justificação clínica e registo de administração. Assim, após estarem completamente preenchidas e assinadas, as duas vias regressam aos SF e o hemoderivado é debitado ao doente, atualizando-se o “Registo de Distribuição de Medicamentos Hemoderivados” com a identificação do doente e com informação do débito. As duas vias são separadas, onde a via de serviço fica a aguardar digitalização e, quando é digitalizada juntam-se novamente as vias. Este processo cíclico é bastante importante de modo a permitir a rastreabilidade do hemoderivado, em caso de acontecer algum evento adverso, como reação anafilática.

8.3 Misoprostol

O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1, que apresenta atividade antiulcerosa, citoprotetora e inibitória da secreção gástrica de ácido. No entanto, a nível hospitalar, a sua utilização é *off label*, sendo administrado na preparação do colo do útero para a realização de histeroscopia, facilitação da dilatação do colo do útero, indução do trabalho de parto, hemorragia pós-parto e retenção de restos ovulares [17, 18]. Por isso, é sujeito a um especial controlo e, como tal, tem o seu próprio circuito de distribuição para os serviços clínicos do HPRT. Além disso, por ser utilizado no serviço de Ginecologia e Obstetrícia para as utilizações referidas que não constam no Resumo das Características do Medicamento (RCM), é acompanhado de um consentimento informado que tem que ser lido e assinado pelo paciente antes da toma. A utilização do consentimento informado é obrigatória para que não se levantem questões legais com o Infarmed.

Durante o estágio, ficamos três semanas encarregues do circuito dos estupefacientes, psicotrópicos, hemoderivados e misoprostol e, para tal, preenchemos novas requisições e realizamos todos os procedimentos necessários, de modo a repor estes produtos nos serviços. Fomos responsáveis também pela realização do inventário semanal dos estupefacientes e psicotrópicos. A participação nesta área permitiu-nos perceber a importância da rastreabilidade e o cuidado e atenção que se deve ter com estes medicamentos, sendo que todas as atividades foram realizadas sob a supervisão de um farmacêutico.

9. Farmacotecnia

De acordo com a Portaria nº 594/2004, de 2 de junho, é da responsabilidade do farmacêutico a preparação de manipulados na farmácia hospitalar e a garantia da qualidade dos mesmos [19].

Nos SF é possível a preparação de medicamentos manipulados que não estão disponíveis no mercado, na dosagem e forma farmacêutica necessária, com o objetivo de personalizar e individualizar a terapêutica, adaptando os medicamentos ao perfil fisiopatológico do doente. Assim, são realizadas, essencialmente, preparações galénicas não estéreis e preparações galénicas estéreis, onde para ambas é necessário garantir a qualidade, segurança e eficácia da preparação [5].

9.1 Preparação de formas farmacêuticas não estéreis

Os SF do HPRT, dispõem de um laboratório que reúne as condições necessárias para a preparação de manipulados não estéreis e uma sala de apoio onde se armazenam os materiais e as matérias-primas necessárias à realização dos mesmos. De referir que, o operador encontra-se fardado com bata, máscara e luvas, e as superfícies são devidamente higienizadas.

Para cada preparação é elaborada, segundo o Formulário Galénico Português, uma “Folha de Preparação de Preparações Galénicas Estéreis e Não Estéreis” que contém informação relativa à preparação galénica (nome do medicamento, número de lote interno, material de embalagem, data de preparação, prazo de utilização, condições de conservação e controlo de qualidade), informação relativa às matérias-primas utilizadas (substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, número de lote e prazo de validade, fornecedor, quantidade calculada e quantidade medida) e uma breve descrição do modo de preparação e controlo de qualidade final, quando aplicável. Para além desse documento, é feito o registo no diário de manipulados, sendo que todos os documentos são rubricados e datados quer pelo operador quer pelo farmacêutico supervisor, isto porque é necessária a validação por um segundo farmacêutico. No final, é emitido um rótulo que contém informação do doente (nome e CUFP) ou serviço ao qual vai ser enviado, identificação do manipulado, quantidade preparada, lote interno e prazo de validade, bem como condições de conservação. O prazo de validade é atribuído segundo as características de cada componente da preparação, sendo que nunca deverá ultrapassar os prazos de validade das matérias-primas utilizadas para a sua preparação.

Este tipo de preparações vai de encontro às necessidades de serviços como Otorrinolaringologia, Internamento Geral de Ginecologia e Obstetrícia (IGGO), Dermatologia, Pediatria e Oncologia. Além disso, são preparadas soluções a serem utilizadas nos serviços clínicos do HPRT, Hospital CUF Viseu (HVIS), Hospital CUF Coimbra (HCBR) e Clínica São João da Madeira (CSJM).

Ao longo do estágio, tivemos a oportunidade de assistir à preparação de alguns medicamentos manipulados, onde seguidamente os pudemos preparar de forma autónoma, mas sob supervisão de um farmacêutico. Entre as formulações que preparamos encontram-se: bochechos de nistatina, destinados ao tratamento de candidíases orais em doentes oncológicos [20], soluções de ácido tricloroacético a 30%, 50% e 70% utilizadas na remoção de verrugas genitais e na pele [21]; soluções de ácido acético a 3% utilizadas em exames de diagnóstico do Vírus do Papiloma Humano, no caso de otite externa e para remoção de cera dos ouvidos [21], solução alcoólica a 50% utilizada para desinfeção e solução de hidrato de cloral a 5% utilizada como sedativo em pediatria [22].

9.2 Preparação de formas farmacêuticas estéreis

As preparações de formas farmacêuticas estéreis exigem cuidados especiais de modo a minimizar a contaminação microbiológica e a existência de pirogénios. Assim, é necessário que se cumpram alguns requisitos que garantam a segurança, eficácia e qualidade do produto final, além de permitir a segurança do operador. Por estes motivos, a sua preparação deve ser feita em áreas limpas, sendo que o operador e o material devem passar sucessivamente por antecâmaras até à área de manipulação. Estas salas devem obedecer a determinados parâmetros e requisitos que estão descritos na Portaria nº42/92 de 23 de janeiro, para que as condições de esterilidade estejam garantidas [5, 23].

De referir que, para a preparação de citotóxicos e de formas farmacêuticas estéreis é necessário pessoal treinado e qualificado [5], além de que o operador para entrar no isolador tem de se encontrar devidamente fardado com: fato de circulação, socas, protetor de socas, touca, máscara FFP2, bata descartável e, após a desinfeção das mãos, luvas. A nível da infraestrutura, no HPRT, a sala foi pensada no sentido de acumular o mínimo possível de microrganismos e partículas, como tal possui superfícies lisas, impermeáveis e sem juntas. Neste sentido, entre a sala limpa e a antecâmara (salas com diferentes níveis de limpeza) existe um diferencial de pressão, sendo a pressão estática da sala limpa inferior à dos ambientes adjacentes, impedindo a entrada de ar externo. No início de cada dia é registada a pressão diferencial, assim como a temperatura e humidade de cada sala e a velocidade do ar descendente do isolador, sendo que o primeiro e o último parâmetro são limitantes para se poder realizar as preparações.

Como forma de manter o isolador o mais livre possível de microrganismos são realizadas diariamente, na parte da manhã, limpeza e desinfeção com álcool estéril a 70%, enquanto à sexta feira a limpeza inclui, não só o isolador como também os *transfères*, sendo feita com Bacillol[®], Peróxido de Hidrogénio estéril a 6% e Álcool estéril a 70%.

De acordo com o Manual de Farmácia Hospitalar, o controlo microbiológico da área de produção deve realizar-se periodicamente [5]. Assim, esse controlo é realizado diariamente utilizando meios de gelose de sangue (para deteção de bactérias) e Sabouraud (para deteção de fungos), sendo recolhidas amostras dos dedos do operador (no final da preparação), do ar do isolador e do ar do *transfer*, que são entregues no Laboratório de Microbiologia do HPRT, sendo comparadas com o controlo negativo. Semanalmente, acrescem às amostras anteriores, a amostra do ar da sala, da superfície do isolador e do *transfer* (recolhida com a técnica da zaragatoa) e, mensalmente é feito o controlo microbiológico da superfície da sala.

9.2.1 Preparação de citotóxicos

O HPRT possui uma Unidade de Preparação de Citotóxicos que é responsável por garantir a qualidade e a segurança durante o processo de produção, cumprindo os requisitos legais que se encontram estabelecidos pela Portaria nº 594/2004, de 2 de junho [19]. Nessa unidade são preparados diariamente medicamentos citotóxicos e imunomoduladores para o tratamento oncológico de doentes admitidos no HD, em regime de ambulatório ou de internamento, e é também entregue a medicação a realizar antes ou após o tratamento (como por exemplo corticosteróides, antieméticos e anti-histamínicos). Estes tratamentos estão definidos em protocolos de quimioterapia aprovados pela CUF Oncologia, que tem como principal objetivo a uniformização dos procedimentos em todas as unidades de saúde CUF. De salientar que, no HPRT, para além da preparação de citotóxicos para o HD são também preparados tratamentos para doentes do CUF Instituto (CINS), HCBR e do HVIS, pelo que, isto exige uma grande capacidade de organização da equipa, de forma a garantir que estes tratamentos são entregues a tempo e corretamente acondicionados nessas três unidades.

No HPRT, o processo inicia-se com a admissão agendada do doente oncológico no HD. Seguidamente, realizam-se análises clínicas e o doente é avaliado em consulta médica, no sentido de confirmar se cumpre os parâmetros necessários para a realização do tratamento, sendo que também podem ser necessários ajustes de dose. Após essa confirmação, é impressa a prescrição médica e o protocolo terapêutico é ativado informaticamente, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem contactar os SF para transmitir esta informação. O papel do farmacêutico inicia-se com a revisão e validação da prescrição médica. Nesta etapa confirma-se o tratamento, o ciclo e a dose, que dependendo do fármaco pode ser calculada com base na superfície corporal (como a maioria dos citotóxicos). No entanto também pode ser calculada com base no peso corporal (como no caso do trastuzumab), com base na função renal através da Fórmula de *Calvert* (como no caso da carboplatina) [24], ou como no caso do bevacizumab onde é necessário monitorizar a proteinúria, uma vez que para valores acima de dois é necessário suspender o tratamento [25]. Porém, há fármacos em que existe dose máxima a ser prescrita (como a vincristina). Além desses aspetos, o farmacêutico confirma se o veículo de diluição é o adequado para aquele fármaco e se a concentração está incluída no intervalo terapêutico, evitando sub ou sobredosagens. Para além dos citotóxicos, o farmacêutico

é responsável pela validação da pré-medicação que é prescrita para diminuir ou evitar os efeitos adversos da quimioterapia.

Após a validação, são impressos os mapas de produção de citotóxicos (onde se registam o lote e validade de cada fármaco e soro de diluição utilizado) e os rótulos de identificação da preparação (que contém a identificação do doente, composição da preparação citotóxica, lote interno, data de preparação, prazo de utilização e condições de conservação). O processo continua com a preparação do tabuleiro metálico com o(s) fármaco(s) e o(s) veículo(s) a serem utilizados, bem como com as etiquetas de identificação do citotóxico e do doente. Esse tabuleiro é enviado por um *transfer*, sistema de comunicação de materiais que não permite a abertura das duas portas em simultâneo, para a antecâmara onde está o farmacêutico que irá fazer a preparação. Na antecâmara, o farmacêutico recolhe o tabuleiro e transfere os produtos para um novo tabuleiro de plástico, além de adicionar o material necessário como seringas, agulhas, spikes, bombas perfusoras, sendo que no final pulveriza-o com álcool estéril a 70% antes de enviar para o *transfer* que liga a antecâmara à sala limpa (sala do isolador). De referir que, cada tabuleiro contém apenas o tratamento para um doente, de forma a minimizar erros de preparação e aumentar a segurança do processo. Neste passo são verificados novamente todos os dados relativos à preparação do citotóxico (dupla verificação) e prossegue-se com a preparação do tratamento no isolador. Nessa sala é feita a preparação de citotóxicos, onde em detrimento de uma câmara de fluxo laminar, está implementado um isolador a pressão negativa capacitado de um sistema de videotransmissão, sendo que os SF do HPRT são pioneiros na utilização desses isoladores para preparação de quimio e imunoterapia. O sistema de videotransmissão permite a dupla validação em tempo real, a partir do exterior da sala, por um segundo farmacêutico, com gravação de imagem [26]. A vantagem de utilizar um isolador é que permite a criação de um sistema fechado, onde o acesso é feito por mangas que, além de garantir assepsia ao processo de preparação, pois é hermeticamente selado e a pressão no seu interior é negativa em relação ao exterior, aumenta a proteção do operador [27].

Por fim, após a preparação do tratamento, este é devidamente rotulado com uma etiqueta de cor roxa com a designação de “CITOTÓXICO”, ou com uma etiqueta amarela com a inscrição “ANTICORPOS MONOCLONAIIS”. Se for um tratamento que necessite de refrigeração é rotulado com uma etiqueta vermelha com a designação “FRIGORÍFICO”. Uma vez que o HPRT é acreditado pela JCI, é ainda adicionada uma etiqueta com a identificação do doente que inclui o nome completo, a data de nascimento e o CUIP. Os medicamentos citotóxicos e imunomoduladores são medicamentos classificados de “alerta máximo”, pelo que é colocada uma etiqueta amarela com um “STOP” [28]. De seguida, os tratamentos são acondicionados de acordo com a informação descrita no RCM, sendo colocados dentro de um saco próprio com um sistema de selagem que evita derrames. Os fármacos fotossensíveis são adicionalmente colocados numa bolsa cor de laranja fotoprotetora. De seguida, são enviados para o exterior pelo *transfer*, sendo validados e o lote libertado pelo farmacêutico responsável pela validação e posteriormente transportados, por um auxiliar, numa mala

térmica até ao HD para ser administrado ao doente. Nesta fase do processo, o tratamento oncológico é debitado ao doente pelo farmacêutico e o mapa de produção é devidamente rubricado pelo farmacêutico operador, pelo farmacêutico supervisor e pelo farmacêutico que valida e liberta o lote, é digitalizado e arquivado na pasta correspondente ao doente. O circuito encerra-se com a atualização do histórico do doente num documento partilhado (número de ciclos de quimioterapia, data do último e do próximo tratamento, fármaco(s) e respetiva dose). Todos estes passos são registados na “Folha de Registo Diária dos Tratamentos”, assim como o lote interno atribuído ao tratamento que foi preparado (um lote por doente), permitindo a sua rastreabilidade caso se verifique alguma inconformidade/reacção adversa.

De modo a controlar o stock da medicação oncológica, é realizado um inventário semanal dos fármacos mais utilizados e uma vez por mês é realizado o inventário geral, onde se efetua a contagem e verificação de prazos de validade de todos os medicamentos.

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de durante três semanas, acompanhar os farmacêuticos desta área. No primeiro dia foi-nos explicada a organização do serviço e as funções de cada farmacêutico que o constitui. Diariamente, fizemos a preparação de tabuleiros a enviar pelo transfer, o registo do lote e validade de cada fármaco e soro de diluição no mapa de produção, bem como separamos a pré-medicação definida para cada protocolo. Além disso, separamos a medicação oral para cada dia da semana, identificamos todas as placas de petri utilizadas no controlo microbiológico diário e realizamos semanalmente o inventário dos fármacos, tendo todas as atividades sido supervisionadas por um farmacêutico.

A videotransmissão das preparações realizadas no isolador foi uma mais-valia na nossa formação, no sentido em que, pudemos acompanhar a preparação de diversos tratamentos citotóxicos, bem como assistir à validação pelo farmacêutico. Além disso, o facto de podermos entrar na sala limpa e antecâmara para auxiliar na limpeza semanal permitiu-nos ter uma explicação detalhada dos procedimentos realizados, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora.

9.2.2 Preparações para uso *off label*

Entende-se por uso *off label* a utilização de um fármaco para indicações terapêuticas ou formas de utilização/administração que não foram aprovadas pelas autoridades reguladoras da introdução do medicamento no mercado, ou seja, as indicações *off label* não estão descritas no RCM nem no Folheto Informativo [29].

É também da responsabilidade da Unidade de Preparação de Citotóxicos do HPRT a preparação de colírios de mitomicina C para aplicação intraoftálmica, não só para o HPRT, como também para o CINS, HCBR e HVIS. A mitomicina C foi, inicialmente, isolada a partir do *Streptomyces caespitosus* e utilizada pelas suas propriedades antibacterianas. Atualmente, a sua utilização como agente quimioterápico deve-se à sua capacidade para inibir a divisão celular (mitose), por inibição da síntese de DNA (agente alquilante). Sendo por isso utilizada em diversas

neoplasias, nomeadamente, por via intravesical para o tratamento do carcinoma superficial da bexiga [30, 31]. Para além disso, tem demonstrado capacidade para inibir o crescimento e proliferação fibroblástica devido à sua capacidade antiproliferativa. Deste modo, tem-se alargado o seu uso a outras áreas, nomeadamente, cirurgias oftálmicas, com o objetivo de auxiliar o processo de cicatrização e evitar a formação de granulação cicatricial [30, 32]. No entanto, como este uso não está descrito no RCM do fármaco, a acompanhar a preparação é enviado um Consentimento Informado que terá de ser assinado pelo doente.

Outro fármaco utilizado em regime de *off label* é o bevacizumab, utilizado para injeção intravítrea no tratamento da degeneração macular da idade relacionada com a idade neovascular, da perda de visão devida a edema macular diabético, de retinopatia diabética proliferativa, entre outros. Este tratamento não é produzido no HPRT, pelo que quando é necessário para procedimentos cirúrgicos é feito o seu pedido ao Hospital CUF Descobertas (HDSC), em Lisboa [33].

9.2.3 Nutrição parentérica

Está comprovado que cerca de 50% dos doentes hospitalizados se encontram com quadros de malnutrição e esta situação tende a agudizar-se no decorrer do internamento caso não lhe seja fornecido um suporte nutricional adequado. Sabe-se também que estas alterações nutricionais podem condicionar a eficácia da terapêutica, pelo que é de extrema importância corrigir estas carências. Assim, para a otimização dos cuidados nutricionais do doente, é necessário o envolvimento de uma equipa multidisciplinar onde se inclui o médico, o nutricionista, o enfermeiro e o farmacêutico [34].

A nutrição artificial passa por fornecer o aporte quali e quantitativo necessário de macro (proteínas, hidratos de carbono e lípidos) e micronutrientes (vitaminas, eletrólitos e oligoelementos), a doentes que não conseguem fazê-lo pela forma convencional (por via oral), permitindo assim a manutenção ou recuperação do seu estado nutricional [34]. Quanto às vias de administração estas podem ser feitas através de um acesso central ou periférico. A diferença prende-se essencialmente com a osmolalidade das soluções, sendo que para valores superiores a 600 mOsm/L deve ser feita uma administração por acesso central, pois se a administração for feita por acesso periférico há o risco de flebite imediata, uma vez que o calibre das veias é menor. O acesso periférico é utilizado quando as soluções têm osmolalidade inferior à mencionada, quando a duração do tratamento é curta e se não houver restrição de fluídos [34].

Atualmente, nos SF do HPRT, as bolsas de nutrição parentérica utilizadas têm uma composição standard (proteínas, hidratos de carbono e lípidos) e, de acordo com a necessidade do doente, podem ser aditivadas com vitaminas hidro e lipossolúveis, oligoelementos e ainda com a associação de glutamina e arginina utilizada em doentes que estejam em estados catabólicos, pois nestas situações as células requerem um maior aporte destes aminoácidos, pelo que as reservas existentes podem não ser suficientes [34]. Esta aditivação é realizada num isolador, numa sala de pressão positiva, de modo a garantir a esterilidade da preparação. Em situações particulares,

nomeadamente para neonatos, pode ser necessário recorrer a uma nutrição personalizada, no entanto, este tipo de preparação é feita no HDSC.

Durante o nosso estágio, não tivemos a oportunidade de visualizar a aditivação de nutrições parentéricas standard, porém foi nos explicado todo o seu procedimento e pudemos entrar no isolador de pressão positiva para visualizar o espaço.

10. Farmácia Clínica

Todas as prescrições que são efetuadas no HPRT chegam informaticamente aos SF de forma a serem validadas pelo farmacêutico. Sempre que é detetada uma situação passível de alteração, é dever do farmacêutico tentar comunicar com o médico prescritor, alertando-o. No caso de situações urgentes, como o caso de alergia a um medicamento, essa comunicação deve ser feita imediatamente. No caso de situações não urgentes, podem ser emitidos alertas para o médico, que surgem quando este abre a prescrição.

A monitorização da terapêutica visa otimizar a medicação de um doente, tendo em conta fatores farmacodinâmicos e farmacocinéticos. Assim, devem ser considerados os seguintes aspetos aquando da validação das prescrições médicas: dados do doente (idade, diagnóstico, peso, comorbilidades, alergias, parâmetros laboratoriais, entre outras informações), serviço onde está internado, dieta prescrita e medicamentos prescritos, com especial atenção para DCI, dose, frequência de administração e duração do tratamento (este último parâmetro especialmente no caso de o doente fazer antibioterapia). Alguns doentes trazem de casa alguma medicação, denominada por medicação propriedade do cliente, pelo que é necessário detetar interações e possíveis duplicações na terapêutica.

Durante o tempo que permanecemos na distribuição, auxiliamos os farmacêuticos na verificação de alergias e no cálculo da clearance renal para todos os doentes internados, de modo a que a validação fosse o mais eficaz possível. Para além disso, foi-nos disponibilizado material de apoio sobre: profilaxia antibiótica cirúrgica, ventilação mecânica e uso de fármacos que revertem a anestesia, sendo que, posteriormente, nos foi proposta a resolução de diferentes casos clínicos.

11. Reconciliação da Terapêutica e Revisão da Medicação Propriedade do Cliente

Segundo a Norma da DGS 018/2016, a reconciliação da terapêutica é definida como sendo um processo de análise da medicação de um doente, sempre que se verifiquem alterações na medicação ou transições entre diferentes níveis de cuidados de saúde, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, permitindo ainda melhorar a adesão à terapêutica e contribuir para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação [35]. Entende-se por discrepância na medicação qualquer diferença registada entre a medicação habitual do doente e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados

de saúde. Esta pode ser intencional ou não intencional. A discrepância não intencional verifica-se quando não há justificação no processo clínico do doente ou em qualquer outra fonte de informação considerada aceitável [36].

A reconciliação da terapêutica é um processo multidisciplinar e centrado no doente. As principais diferenças em relação à habitual revisão da medicação devem-se ao facto de incorporar informação relativa a medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos naturais e suplementos alimentares, como também por recorrer a várias fontes de informação (lista de medicação entregue pelo doente e/ou cuidadores, medicamentos entregues pelo doente, informação disponível no sistema informático) [35, 36].

Nos SF do HPRT a reconciliação da terapêutica é realizada através de entrevistas a doentes que tenham sido admitidos nas últimas 24/72h, ou cada vez que se verifique uma transição entre os diferentes serviços clínicos do hospital, com o objetivo de recolher o melhor histórico de medicação possível. Na entrevista recolhe-se o máximo de informação, sendo que esta é, posteriormente, confrontada com a medicação entregue à chegada ao HPRT e com a prescrição médica, com intuito de detetar a existência de discrepâncias. Assim, caso seja verificada alguma discrepância não intencional faz-se o seu registo e contacta-se o médico, de modo a obter uma justificação e/ou resolver a discrepância, evitando prejuízos para a saúde do doente.

A revisão da medicação propriedade do cliente consiste em recolher uma lista da medicação que o doente trouxe de casa para fazer em meio hospitalar, de modo a detetar alguma incongruência como interações e possíveis duplicações na terapêutica. Processa-se da seguinte forma: há a revisão da medicação que o doente deixa no serviço, tendo por base a substância ativa, dosagem, forma farmacêutica e prazo de validade. Além disso, confirma-se se o que foi anotado está de acordo com o que está descrito no sistema informático. Em caso de existir algum medicamento fora de validade, é necessário retirá-lo e avisar o enfermeiro responsável.

Durante o estágio, tivemos, por diversas vezes, a oportunidade de acompanhar um farmacêutico durante todo o processo de reconciliação da terapêutica e de revisão da medicação propriedade do cliente, sendo que conseguimos perceber a importância destas atividades no cuidado do doente.

12. Ensaios Clínicos

Segundo o Decreto-Lei nº 21/2014, de 16 de abril, os ensaios clínicos são definidos como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia” [37].

Os medicamentos dos ensaios clínicos que decorrem no HPRT estão armazenados nos SF, onde o farmacêutico desempenha um importante papel desde a sua receção, acondicionamento e armazenamento, bem como na cedência dos mesmos e transmissão de informação e alertas, tendo em conta os procedimentos definidos pelo promotor.

Durante o nosso período de estágio, apenas nos foi explicado o circuito destes medicamentos e pudemos assistir à dispensa de um deles.

13. Reuniões multidisciplinares

O HPRT prima pela excelência dos cuidados prestados ao doente, e como tal, esses mesmos cuidados são centrados no próprio doente de forma a prestar um cuidado rápido, adequado e eficiente em situações inesperadas e complexas. Assim, surgem as reuniões multidisciplinares, envolvendo vários profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, nutricionista e farmacêutico. Estas reuniões são realizadas em três serviços e são uma prática diária no HPRT. Durante a manhã realizam-se duas reuniões, uma na UCIP e outra no IGPED, enquanto na parte da tarde decorre a reunião do IGP5. Têm como objetivo de permitir a partilha de opiniões sobre o cuidado do doente, permitindo diálogo direto entre diferentes profissionais de saúde, de forma a que o tratamento seja o mais eficaz possível, além de permitirem a otimização de um plano de tratamento, redução de efeitos adversos, melhoria da morbilidade e mortalidade e melhoria da satisfação do doente.

Previamente à reunião procede-se ao estudo do caso do doente, cálculo da clearance renal, verificação se o doente faz antibioterapia ou anticoagulantes. Em função da história clínica, da prescrição médica e dos valores da função renal, o farmacêutico confirma se as doses estão devidamente ajustadas à função renal e se não há incompatibilidade de fármacos. Deste modo, o papel do farmacêutico hospitalar nestas reuniões é bastante importante.

Durante três semanas do nosso estágio, pudemos acompanhar diariamente o farmacêutico nas reuniões da UCIP e do IGP5, onde previamente o nosso papel foi auxiliar na preparação da reunião fazendo o estudo de cada caso, de modo a verificar a necessidade de algum ajuste farmacológico. Para tal recorremos à informação disponível no processo do doente e à bibliografia, nomeadamente, o RCM. Deste modo, pudemos perceber a dinâmica existente entre os diferentes profissionais de saúde, sendo uma mais valia no cuidado do doente.

14. Revisão de carros de emergência

O carro de emergência é uma estrutura móvel, e em certos casos transportável, que contém fármacos, equipamentos e outros materiais indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória. Este carro deve existir em todas as salas de emergência de todos os serviços de urgência, bem como unidades que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar.

No HPRT, e de acordo com a Orientação da DGS nº 008/2011, a constituição do carro de emergência é uniformizada quanto à disposição do material e conteúdo, tendo em conta as especificidades, além de que deve ser adaptável às características físicas do carro, considerando sempre a facilidade de acesso rápido e menor probabilidade de erro [38].

Os carros de emergência são revistos semestralmente pelos SF do HPRT, com o objetivo de verificar o prazo de validade, otimizar espaços e controlar stocks, de modo a atualizar a ficha de cada carro. Como o HPRT é acreditado pela JCI, sempre que se procede à abertura do carro de emergência, é necessário o preenchimento de uma folha com os medicamentos utilizados e as quantidades e, essa folha é enviada aos SF para posterior reposição. Além disso, após a abertura do carro é preciso registar a data, hora de abertura e fecho, número do selo de abertura e de fecho, bem como o que se realizou no carro e assinatura da pessoa responsável. Essa documentação está arquivada na pasta destinada àquele carro, que se encontra junto a ele.

Durante o nosso estágio, tivemos a oportunidade de, no início do mês de maio, ajudar na revisão dos carros de emergência. Competiu-nos verificar e identificar na folha excel quais os medicamentos ou produtos farmacêuticos que terminariam a validade até à próxima revisão (novembro de 2021) e separamos a medicação correspondente com validade superior e com o mesmo lote, tendo estas tarefas sido realizadas sob a supervisão de um farmacêutico. Posteriormente, acompanhamos o farmacêutico ao carro de emergência para realizar a troca, onde durante esse procedimento se conferiu todo o conteúdo do carro no que respeita aos fármacos, quantidades referidas nas etiquetas, prazos de validade e lotes.

15. Conclusão

A realização do estágio profissionalizante em farmácia hospitalar permitiu-nos contactar com as funções do farmacêutico nesta área profissional e perceber o importante papel que este desempenha na garantia do bom circuito e da correta utilização do medicamento dentro de uma unidade hospitalar. Para além disso, esta experiência tornou-se bastante enriquecedora, uma vez que nos permitiu adquirir diferentes competências que poderão ser úteis no futuro, não só profissional, como também pessoal. O estágio possibilitou que conhecêssemos uma realidade profissional pouco explorada a nível curricular.

Foi um privilégio podermos realizar o nosso estágio no HPRT, onde durante estes dois meses de constante aprendizagem, contámos com o apoio e empenho de toda a equipa que nos transmitiu o máximo conhecimento possível, mostrando-nos as diferentes tarefas por eles desempenhadas, de modo a que a experiência fosse o mais abrangente e enriquecedora possível. Mais uma vez, o papel do farmacêutico é imprescindível para o sucesso terapêutico.

16. Bibliografia

1. Hospital CUF Porto, O Hospital. [Online] Disponível em: <https://www.cuf.pt/hospitais-e-clinicas/hospital-cuf-porto> [Acedido a 10 de maio de 2021]
2. Joint Commission International, Who We Are? – Our Mission. [Online] Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-we-are/> [Acedido a 9 de junho de 2021]
3. Hospital CUF Porto, Informação Útil - Infraestruturas. [Online] Disponível em: <https://www.cuf.pt/hospitais-e-clinicas/hospital-cuf-porto/informacao-util#infraestruturas>. [Acedido a 10 de maio de 2021]
4. Decreto-Lei n.º 44204, de 22 de fevereiro, Regulação da atividade farmacêutica hospitalar, Diário do Governo, 1.ª série, n.º 40, 1962, 164-166.
5. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Manual da Farmácia Hospitalar, março de 2005. [Online] Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c> [Acedido a 5 de junho de 2021]
6. INFARMED, Gestão da disponibilidade do medicamento – Autorizações excecionais. [Online] Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/gestao-da-disponibilidade-do-medicamento#tab5> [Acedido a 2 de junho de 2021]
7. INFARMED, Autorização de comercialização (AUE, AUE de Lote, SAR). [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/autorizacao_de_utilizacao_especial [Acedido a 2 de junho de 2021]
8. Portaria n.º 981/98, de 8 de junho, Execução de medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos, Diário da República, 2.ª série, n.º 216, 1998.
9. Diretiva 2011/62/EU, 8 de junho, Código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, para impedir a introdução na cadeia de abastecimento legal, de medicamentos falsificados, Jornal Oficial da União Europeia, n.º174, 74-87.
10. Direção Geral de Saúde, Norma n.º 020/2014, de 30 de dezembro de 2014. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. [Online] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx> [Acedido a 18 de maio de 2021]
11. Direção Geral de Saúde, Norma n.º 014/2015, de 6 de agosto de 2015. Medicamentos de alerta máximo. [Online] Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx [Acedido a 18 de maio de 2021]

12. Ordem dos Farmacêuticos – Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar: Distribuição, 6 de maio de 2019. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_d_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_21223437045d07678534ad5.pdf [Acedido a 20 de junho de 2021]
13. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, Legislação de combate à droga, Diário da República, 1.ª série - A, n.º 18, 1993, 234-252.
14. INFARMED, Psicotrópicos e Estupefacientes, 22 de abril de 2010. [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf [Acedido a 20 de maio de 2021]
15. Centro de Informação do Medicamento (CIM), Boletim do CIM – Medicamentos Derivados do Plasma Humano, abril-junho de 2013. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.107_medicamentos_derivados_d_o_plasma_humano_seguranca_e_desempenho_dos_produtos_frenteira_2601856985a12ebd888db2.pdf [Acedido a 3 de junho de 2021]
16. Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 30 de outubro, Identificação e registo dos medicamentos hemoderivados administrados aos doentes, Diário da República, 2.ª série, n.º 251, 2000, 17584 - 17585.
17. Pfizer, Resumo das Características do Medicamento – Cytotec 0,2 mg comprimidos. [Online] Disponível em: <http://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=4777> [Acedido a 29 de maio de 2021]
18. Allen, R., & O'Brien, B. M. Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 2009, 2(3), 159. [Online] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760893/pdf/RIOG002003_0159.pdf [Acedido a 29 de maio de 2021]
19. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, Boas práticas na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar, Diário da República, 1.ª série - B, n.º 129, 2004, 3441 - 3445.
20. M.C. Pinto. Otimização da formulação de um medicamento manipulado para o tratamento da mucosite. PhD Thesis, Universidade da Beira Interior, 2013.
21. INFARMED, Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, 9ª edição. [Online] Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1594079/Anexo+formulario/a995d754-90dd-4474-9203-eb396a0737a0> [Acedido a 11 de junho de 2021]
22. Fávero, M. L., Ponce, F. A. S., Pio, M. R. B., Tabith Junior, A., & Silva, F. L. C. Hidrato de cloral para captação dos Potenciais Elétricos Auditivos. *Brazilian Journal of*

- Otorhinolaryngology*, 2010, 76, 433-436. [Online] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/3MQbVGsDRTH8W6wtGnp8fdb/?lang=pt> [Acedido a 11 de junho de 2021]
23. Portaria n.º 42/92, de 23 de janeiro, Guia para o bom fabrico de medicamentos, Diário da República, 1.ª série - B, n.º 19, 1992, 458 - 481.
 24. Medscape, Carboplatin AUC Dosing (Calvert) – Calculator. [Online] Disponível em: <https://reference.medscape.com/calculator/169/carboplatin-auc-dosing-calvert> [Acedido a 1 de junho de 2021]
 25. Agência Europeia do Medicamento, Resumo das Características do Medicamento – Avastin 25 mg/mL concentrado para solução para perfusão. [Online] Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/avastin-epar-product-information_pt.pdf [Acedido a 1 de junho de 2021]
 26. Pereira, A.C., Fernandes, A.E., Vinagre, A.M., Almeida, P.M.F., Magalhães, M.C., Queiroz, M.S. Isoladores na preparação de tratamentos para doentes oncológicos - Uma nova realidade em Portugal. *XII Congresso APFH*, 2019, p.66. [Online] Disponível em: https://www.apfh.pt/ebook/46_book/files/assets/basic-html/page66.html [Acedido a 31 de maio 2021]
 27. Ordem dos Farmacêuticos – Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, Manual de Preparação de Citotóxicos, novembro de 2013. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/manual_citotoxicos_16297557285941255f09f07.pdf [Acedido a 1 de junho de 2021]
 28. Institute for Safe Medication Practices (ISMP), List of High-ALert Medications in Acute Care Settings, 2018. [Online] Disponível em: <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf> [Acedido a 1 de junho de 2021]
 29. Escola Nacional de Saúde Pública da UNL, Revista Portuguesa de Farmacoterapia – Prescrição de Medicamentos *Off-Label*, 29 de março de 2011. [Online] Disponível em: <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/87/69> [Acedido a 1 de junho de 2021]
 30. Konstantinidis, I., Tsakiropoulou, E., Vital, I., Triaridis, S., Vital, V., & Constantinidis, J. Intra-and postoperative application of Mitomycin C in the middle meatus reduces adhesions and antrostomy stenosis after FESS. *Rhinology*, 2008, 46(2), 107. [Online] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Iordanis-Konstantinidis/publication/5281364_Intra-and_postoperative_application_of_Mitomycin_C_in_the_middle_meatus_reduces_adhesions_and_antrostomy_stenosis_after_FESS/links/53e0e6830cf2d79877a50afc/Intra-and-postoperative-application-of-Mitomycin-C-in-the-middle-meatus-reduces-adhesions-and-antrostomy-stenosis-after-FESS.pdf [Acedido a 1 de junho de 2021]

31. Cancer Institute NSW (EVIQ), Bladder intravesical mitomycin, 19 de maio de 2017. [Online] Disponível em: <https://www.eviq.org.au/medical-oncology/urogenital/bladder-and-urothelial/314-bladder-intravesical-mitomycin#evidence> [Acedido a 1 de junho de 2021]
32. Arranz-Marquez, E., Katsanos, A., Kozobolis, V. P., Konstas, A. G., & Teus, M. A. A critical overview of the biological effects of mitomycin C application on the cornea following refractive surgery. *Advances in therapy*, 2019, 36(4), 786-797. [Online] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30859502/> [Acedido a 1 de junho de 2021]
33. Centro de Informação do Medicamento (CIM), Boletim do CIM – Medicamentos Frequentemente Sujeitos a Prescrição *Off-Label*, janeiro-março de 2020. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletimcim_janeiro_marcy_2020_af_3433897205e99eb4ec995a.pdf [Acedido a 1 de junho de 2021]
34. Ordem dos Farmacêuticos – Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, Manual de Nutrição Artificial. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/manual_nutricao_artificial_10899468435b8ff97899d4e.pdf [Acedido a 3 de junho de 2021]
35. Direção Geral de Saúde, Norma n.º 018/2016, de 30 de dezembro de 2016. Reconciliação da medicação. [Online] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx> [Acedido a 3 de julho 2021]
36. Centro de Informação do Medicamento (CIM), Boletim do CIM – Reconciliação da Medicação: Um Conceito Aplicado ao Hospital, janeiro-março de 2013. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106_reconciliacao_da_medicao_um_conceito_aplicado_ao_hospital_consulta_farmaceutica_de_revisao_de_medicao_9863584205a12ec698cec5.pdf [Acedido a 16 de junho de 2021]
37. Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, Lei da Investigação Clínica, Diário da República, 1.ª série, n.º 75, 2014, 2450 – 2465.
38. Direção Geral de Saúde, Orientação n.º 008/2011, de 28 de março de 2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. [Online] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx> [Acedido a 31 de maio 2021]



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

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