



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Hospital Privado de Alfena – Grupo Trofa Saúde

Daniela Filipa Correia de Castro

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital Privado de Alfena – Grupo Trofa Saúde



março a abril de 2021

Daniela Filipa Correia de Castro

Orientadora: Dra. Patrícia André Simões de Moura

setembro de 2021

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 3 de setembro de 2021

Daniela Filipa Correia de Castro

Agradecimentos

Findos estes cinco anos de intensa formação académica, com muito esforço e dedicação oferecidos à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, não posso deixar de reconhecer que foi um trabalho meu mas também de todos que me acompanharam ao longo do tempo e que nunca me deixaram percorrer este caminho sozinha.

Tenho obrigatoriamente de começar por agradecer à minha família, a minha mãe, o meu irmão, a minha avó e avô emprestado, José Barra. Agradecer a ti, mãe, que tanta força me deste ao longo, não só destes cinco anos, mas desde sempre. Obrigada por todos os raspanetes, todos os conselhos, todas as vezes em que simplesmente ficaste apenas a ouvir-me debitar matéria sem perceberes do que estaria a dizer. Obrigada por todas as noites mal dormidas, todas as vezes que saíste do aconchego da cama para me ires buscar aos convívios e festas. Obrigada por todas as lágrimas que enxugaste e por todos os abraços que me deste. Tudo isto e muito mais fizeram com que fosse possível terminar esta minha jornada. Agradeço a ti, meu maninho, por todas as gargalhadas que me permitiram desanuviar de um intenso dia de estudo ou de aulas, por todas as vezes em que me pediste para não estudar mais porque querias estar comigo. Agradeço a ti, avó e José, por me terem dado força ao longo de todos os anos, por terem estado lá em cada momento e cada lembrança. Agradeço terem-me emprestado o carro, sem o qual não teria conseguido deslocar-me para o Hospital de Alfena.

Agradeço a toda a estrutura académica da Faculdade de Farmácia pelo ensino de excelência que ofereceram, deram-me as bases para que pudesse construir o meu conhecimento para exercer a minha profissão como Mestre em Ciências Farmacêuticas. Um particular agradecimento à Professora Doutora Irene Rebelo pela disponibilidade prestada e pela ajuda oferecida.

Agradeço à Dra. Patrícia por me ter proporcionado a oportunidade de realizar o estágio no Hospital de Alfena, no qual aprendi imenso sobre Farmácia Hospitalar. Um agradecimento especial à Dra. Mariana pelo enorme carinho com que me recebeu, por tudo que me ensinou, por todas as dúvidas que me esclarecer. Posso afirmar que levo uma amiga desta experiência. Agradeço a todos com quem me cruzei nos dois meses que lá passei, imensas saudades dos meninos da manutenção e do Vítor, que rapaz espetacular que tanta companhia me fez.

Sinto-me grata por todas as amigas que construí neste percurso, amigos com quem construí imensas recordações, com quem partilhei muitas horas de aulas laboratoriais, de estudo e de jantares. Amigos que sem dúvida ficarão para o resto da vida.

Resumo

O relatório que se segue foi realizado no âmbito do estágio profissionalizante de conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Durante dois meses, pude contactar com a realidade que é trabalhar num meio hospitalar, nomeadamente no Hospital Privado de Alfena, pertencente ao Grupo Trofa Saúde.

Neste relatório vou esclarecer a minha experiência nesta unidade hospitalar, bem como o funcionamento da mesma e as atividades que realizei ao longo deste estágio.

Índice

Declaração de Integridade	III
Agradecimentos	IV
Resumo	V
Índice	VI
Índice de figuras	VIII
Índice de tabelas	VIII
Índice de anexos	IX
Lista de abreviaturas	X
1. Grupo Trofa Saúde	1
1.1. Hospital Privado de Alfena	1
2. Serviços Farmacêuticos Hospitalares	2
2.1. O papel do Farmacêutico Hospitalar	3
2.2. Serviços Farmacêuticos no Grupo Trofa Saúde	3
2.2.1. Serviços Farmacêuticos no HPAV	3
2.2.1.1. Horário de funcionamento	4
2.2.1.2. Caracterização do espaço	4
2.2.1.3. Funções	6
2.2.1.4. Sistema informático	7
3. Gestão de medicamentos e produtos farmacêuticos	8
3.1. Seleção	8
3.2. Aquisição	9
3.2.1. Encomenda mensal	9
3.2.2. Estupefacientes e Psicotrópicos	10
3.2.3. Autorização de Utilização Excecional	10
3.2.4. Falhas de stock	11
3.3. Receção	11

3.4.	Armazenamento	12
3.5.	Distribuição.....	13
3.5.1.	Distribuição clássica	13
3.5.2.	Distribuição individual diária em dose unitária	14
3.5.3.	Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório	15
3.5.4.	Distribuição de medicamentos sujeitos a legislação específica	16
3.5.4.1.	Estupefacientes e Psicotrópicos	16
3.5.4.2.	Hemoderivados	17
3.5.5.	Circuito de Distribuição Especial.....	18
3.5.5.1.	Gases medicinais	18
3.5.5.2.	Sugamadex	19
3.5.5.3.	Fármacos citotóxicos.....	20
3.5.6.	Carro de emergência.....	20
4.	Farmacotecnia.....	21
4.1.	Formas farmacêuticas não estéreis	21
4.2.	Formas farmacêuticas estéreis	21
4.3.	Fracionamento e reembalamento	22
5.	Controlo da Qualidade.....	23
5.1.	Controlo dos prazos de validade.....	23
5.2.	Controlo da temperatura e humidade	23
5.3.	Controlo de stocks	24
6.	Farmacovigilância.....	24
	Referências	25
	Anexos	28

Índice de figuras

Figura 1 Esquema do espaço físico da farmácia do HPAV

Índice de tabelas

Tabela 1 Plano semanal das tarefas realizados nos serviços farmacêuticos do HPAV

Índice de anexos

Anexo I – Formações realizadas durante o estágio

Lista de abreviaturas

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
APCER	Associação Portuguesa de Certificação
QUE	Autorização de Utilização Excecional
BNM	Bloqueio Neuromuscular
CAUL	Certificado de Autorização de Utilização de Lote
COELL	Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote
CPC-HS	Companhia Portuguesa de Computadores – Healthcare Solutions
DCI	Denominação Comum Internacional
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
FC	Farmácia Central
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
GTS	Grupo Trofa Saúde
HPAV	Hospital Privado de Alfena
SC	Serviço Clínico
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SF	Serviços Farmacêuticos
SI	Sistema Informático

1. Grupo Trofa Saúde

O Grupo Trofa Saúde (GTS) nasce, em 1999, da Casa de Saúde da Trofa com o pressuposto de que a saúde é um bem precioso e, até aos dias de hoje, mantém o objetivo de melhorar a forma como os seus clientes são cuidados, oferecendo-lhes serviços de proximidade com um elevado padrão de qualidade ¹.

O Trofa Saúde é constituído por uma vasta rede de unidades hospitalares privadas que servem uma população superior a 4 milhões de habitantes, com particular destaque na zona Norte do país. Tratando-se de um grupo de referência a nível nacional, disponibiliza um atendimento personalizado e de confiança, com inúmeros serviços com os padrões mais atuais da medicina moderna, de salientar os serviços de Urgência para adultos e pediátrica 24 horas, Blocos Operatórios, Unidades de Neonatologia, Medicina Física e Reabilitação, Consultas Externas com mais de 45 especialidades clínicas e diversos Meios Complementares de Diagnóstico ¹.

Ao longo dos anos o grupo foi expandido com a inauguração de 17 unidades de saúde, todas certificadas pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER) (ISSO 9001-2008)² :

- | | |
|---|---|
| - Trofa Saúde Alfena | - Trofa Saúde Guimarães (Hospital de Dia) |
| - Trofa Saúde Amadora | - Trofa Saúde Hospital Central (Vila do Conde) |
| - Trofa Saúde Barcelos (Hospital de Dia) | - Trofa Saúde Loures (Hospital de Dia) |
| - Trofa Saúde Boa Nova (Matosinhos) | - Trofa Saúde Maia (Hospital de Dia) |
| - Trofa Saúde Braga Centro | - Trofa Saúde São João da Madeira (Hospital de Dia) |
| - Trofa Saúde Braga Norte (Hospital de Dia) | - Trofa Saúde Trofa |
| - Trofa Saúde Braga Sul | - Trofa Saúde Valença (Hospital de Dia) |
| - Trofa Saúde Famalicão (Hospital de Dia) | - Trofa Saúde Vila Real |
| - Trofa Saúde Gaia | |

1.1. Hospital Privado de Alfena

O Hospital Privado de Alfena (HPAV), inaugurado no ano de 2012, localiza-se na Rua Manuel Bento Júnior, nº 201, 4445-268 Alfena – Valongo ^{2,3}. O Trofa Saúde Alfena assume-se como uma unidade de saúde de referência na cidade de Valongo e na região Norte do país, uma vez que apresenta um conceito inovador de organização, especialmente centrado no utente, podendo ser destacado como um hospital geral de agudos onde são

prestados cuidados que vão desde a prevenção, a educação e a proteção, até ao tratamento, acompanhamento e reabilitação ³.

Dispõe de um corpo clínico com uma enorme experiência e qualidade que é liderado pelo Dr. José Carlos Vilarinho (Diretor Clínico) e o Dr. Jorge Curval (Administrador) ³.

2. Serviços Farmacêuticos Hospitalares

Os serviços farmacêuticos hospitalares (SFH) compreendem todas as atividades intrínsecas à seleção, preparação, armazenamento, manipulação e distribuição de medicamentos e produtos de saúde, incluindo também o aconselhamento aos utentes e outros profissionais de saúde sobre o uso seguro, eficaz e eficiente dos medicamentos e produtos de saúde ⁴. Os serviços farmacêuticos (SF) são departamentos que apresentam autonomia a nível técnico e científico, sujeitos à orientação geral dos Órgãos de Administração dos Hospitais, perante os quais respondem pelos resultados do seu desempenho ⁵.

Os SF assumem um papel fundamental para o bom funcionamento de qualquer hospital, visto que são responsáveis pela ^{4,5} :

- gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
- produção de manipulados, análise de matérias-primas e produtos acabados;
- qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos;
- gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração;
- implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
- desenvolvimento de ações de formação e partilha de informações acerca do correto uso de medicamentos.

É de uma enorme importância que toda a política de saúde assente no princípio de que “o doente vem em primeiro lugar” e tal é conseguido pela maximização da segurança e eficácia terapêutica, tanto quando o conhecimento e avanços tecnológicos e científicos o permitam ⁴.

A direção dos SFH é obrigatoriamente assegurada por um farmacêutico hospitalar ⁶.

2.1. O papel do Farmacêutico Hospitalar

O farmacêutico hospitalar tem como missão prestar serviços de qualidade aos utentes nos hospitais e apresenta um papel essencial na prestação de cuidados de saúde, uma vez que permite:

- assegurar o cumprimento dos “7 certos”: doente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, tempo de administração certo, informação certa e documentação certa;
- aumentar a segurança e qualidade de todos os processos inerentes à utilização de medicamentos e produtos de saúde;
- integrar a gestão dos medicamentos e produtos de saúde nos hospitais, pois compreende os processos de seleção, aquisição, prescrição e administração.

O farmacêutico hospitalar aplica os inúmeros conhecimentos que adquiriu ao longo da sua formação académica na validação das prescrições médicas, através da confirmação das indicações terapêuticas, revisão das dosagens e análise das possíveis interações medicamentosas que possam ocorrer. É este profissional de saúde que prepara os manipulados estéreis, desde logo os citostáticos, e não estéreis, que é responsável pela distribuição dos medicamentos em regime de ambatório e que transmite a informação de natureza científica aos utentes e outros profissionais de saúde, no que diz respeito ao aconselhamento quanto ao uso do medicamento ou à monitorização de ensaios clínicos ⁴.

2.2. Serviços Farmacêuticos no Grupo Trofa Saúde

Os serviços farmacêuticos do Grupo Trofa Saúde estão à responsabilidade da Diretora Técnica Dra. Patrícia Moura, que também acumula o cargo de farmacêutica responsável pela Farmácia Central (FC). A FC, sediada no Trofa Saúde Hospital Central (Vila do Conde), é o distribuidor por grosso dos SF deste grupo, visto que garante a aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos farmacêuticos pelas diversas unidades hospitalares.

Os SF de cada hospital são assegurados por um farmacêutico, o qual desempenha o papel de Diretor Técnico.

2.2.1. Serviços Farmacêuticos no HPAV

A Direção Técnica do HPAV é da responsabilidade da Dra. Mariana Silva, sendo que, em período de férias, os serviços farmacêuticos são assegurados pela Dra. Diana Oliveira. Uma vez que os Hospitais de Dia não possuem serviços farmacêuticos próprios, estes são assegurados por uma das unidades hospitalares do Grupo Trofa Saúde. No caso concreto do HPAV, o seu serviço farmacêutico garante o fornecimento do SF do Hospital de Dia de Barcelos.

2.2.1.1. Horário de funcionamento

A farmácia do HPAV funciona de segunda a sexta-feira, entre as 9h00 e as 18h00, com intervalo de almoço das 13h00 às 14h00. Encontra-se encerrada aos fins de semana e feriados, sendo sábado o dia de descanso complementar e domingo o dia de descanso semanal, informação devidamente explicada no documento afixado na porta principal da farmácia.

Em caso de emergência ou outras necessidades, os profissionais de saúde do hospital possuem os contactos telefónicos da farmacêutica responsável pelos serviços farmacêuticos do hospital e da Dra. Patrícia Moura, de forma a poderem esclarecer eventuais questões do domínio farmacêutico. Adicionalmente, os profissionais de saúde têm acesso físico à farmácia caso necessitem de medicação ou produtos farmacêuticos que não estejam disponíveis no respetivo serviço. Nesse caso, estes devem fazer o registo numa folha específica para o efeito, na qual mencionam a sua identidade, a data e a hora do levantamento, a designação do produto farmacêutico/medicação e a quantidade retirada, o serviço que precisou desse produto e para que doente é destinado o medicamento. No caso de o medicamento estar armazenado no cofre (estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas), o profissional de saúde tem de se ver acompanhado por um elemento da equipa de manutenção, uma vez que apenas estes, além da Dra. Mariana, sabem o código. Posto isto, a primeira tarefa a realizar todos os dias consiste na análise dos registos e na aplicação dos débitos da medicação consumida pelos respetivos utentes.

Durante o meu período de estágio realizei maioritariamente o horário de segunda a sexta-feira, das 9h00 às 18h00.

2.2.1.2. Caracterização do espaço

A farmácia do hospital é o local para onde são direccionados todos os pedidos de medicamentos e produtos farmacêuticos e de onde estes são distribuídos para todos os serviços do HPAV. Assim sendo, é essencial que o espaço apresente determinados requisitos de localização que facilitem a receção de encomendas e a distribuição dos medicamentos e produtos aos serviços do hospital, tais como ⁶ :

- facilidade de acesso externo e interno;
- implantação de todas as áreas, incluindo os armazéns, no mesmo espaço;
- o setor de distribuição de medicamentos a doentes ambulatório, se existir, deverá localizar-se próximo da circulação normal deste tipo de doentes, como por exemplo junto às consultas externas e ter entrada exterior aos serviços farmacêuticos;

- proximidade com os sistemas de circulação vertical como monta-cargas e elevadores.

De forma a cumprir todos os requisitos mencionados acima, a farmácia do HPAV está situada no piso -1, num local de fácil acesso, tanto do exterior como do interior, e encontra-se próxima de elevadores reservados para o uso exclusivo dos colaboradores. A farmácia apresenta um espaço amplo de trabalho, com grande luminosidade e está dividida em 6 divisões (imagem 1).

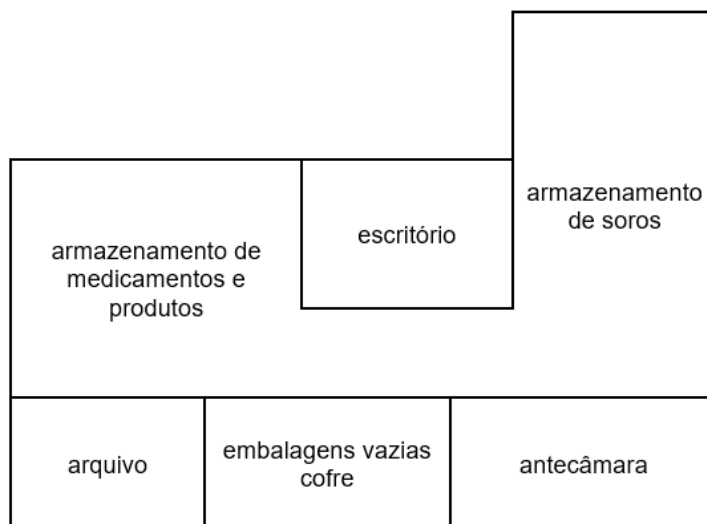


Figura 1 Esquema do espaço físico da farmácia do HPAV

A farmácia do HPAV está organizada de forma a incluir uma área de receção de encomendas, área de satisfação de pedidos, um escritório, uma zona de fracionamento de comprimidos, área de apoio à distribuição, zona de inflamáveis e stock avançado, armazém, arquivo e área de saída de encomendas.

A zona de armazenamento está dividida em dois espaços, o local de armazenamento de soros e o de armazenamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos. Neste último, os medicamentos e produtos farmacêuticos encontram-se organizados pela forma farmacêutica e/ou serviço a que se destinam: comprimidos, ampolas, soluções orais, eletrólitos e soluções concentradas, colírios, testes de diagnóstico, nutrição, anestésicos, dentária, material de penso e pomadas. Nesta zona existe ainda uma mesa de trabalho destinada à preparação da dose unitária, separação de pedidos, e receção e conferência de encomendas. A farmácia contém um frigorífico destinado aos produtos que necessitam de ser armazenados a temperatura controlada entre os 2 e 8 °C e um cofre onde são armazenados os medicamentos estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas. Todos os medicamentos de alto risco e/ou fotossensíveis estão devidamente identificados. As substâncias inflamáveis permanecem num armário corretamente identificado na sala de

embalagens vazias, onde para além deste está ainda armazenado o excedente (stock avançado), caso a área de armazenamento dos medicamentos fique completa.

Para garantir as condições exigidas de luz, humidade e temperatura indispensáveis a um armazenamento com segurança, a farmácia está equipada com quatro termo-higrómetros elétricos.

2.2.1.3. Funções

Os SF desta unidade hospitalar são responsáveis por todo o circuito do medicamento, nomeadamente a receção e conferência de encomendas, a gestão de stocks, a validação de prescrições, a distribuição da medicação em unidose aos serviços de internamento e distribuição clássica a todos os serviços disponíveis no hospital, controlo e distribuição de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados, e controlo do prazo de validade, temperatura e humidade.

De modo a gerir da melhor forma a execução das tarefas, o HPAV apresenta um Plano Semanal o qual está afixado na farmácia (tabela 1).

Tabela 1 Plano semanal das tarefas realizadas nos serviços farmacêuticos do HPAV

Diário	
Manhã	Tarde
- Analisar a folha de levantamento de medicação fora do horário de expediente da farmácia - Debitar os medicamentos e produtos farmacêuticos aos doentes - Validar as prescrições médicas - Gerar e satisfazer o pedido de medicamentos do internamento - Iniciar a preparação da dose unitária para o internamento	- Validar as prescrições médicas - Reverter a medicação do dia anterior que não foi administrada - Terminar a preparação da dose unitária e conferir - Debitar a dose unitária
segunda-feira	
Manhã	Tarde
- Debitar a medicação da dose unitária do fim-de-semana (tendo em atenção as altas hospitalares) - Gerar e satisfazer o pedido de medicamentos, soros e embalagens vazias da urgência	- Rececionar e conferir encomendas - Satisfazer pedidos pendentes dos serviços: fisioterapia e medicina dentária
terça-feira	
Manhã	Tarde
- Gerar e satisfazer o pedido de medicamentos do bloco operatório	- Efetuar consumos aos serviços - Satisfazer pedidos pendentes dos serviços: consulta externa e imagiologia

quarta-feira	
Manhã	Tarde
- Gerar e satisfazer o pedido de medicamentos, soros e embalagens vazias da urgência	- Preparar os kits de oftalmologia - Rececionar e conferir encomendas
quinta-feira	
Manhã	Tarde
- Gerar e satisfazer o pedido de medicamentos do bloco operatório	- Preparar a dose unitária para sexta-feira, sábado e domingo - Satisfazer pedidos pendentes dos serviços: gastroenterologia e esterilização
sexta-feira	
Manhã	Tarde
- Gerar e satisfazer o pedido de medicamentos, soros e embalagens vazias da urgência	- Conferir a dose unitária para sexta, sábado e domingo - Debitar a medicação apenas de sexta-feira

Durante o meu estágio nos serviços farmacêuticos do HPAV, realizei a maioria das atividades descritas no Plano Semanal acima, nomeadamente a preparação da dose unitária de forma bastante autónoma e a validação de prescrições médicas, sempre com a supervisão da Dra. Mariana Silva. A Dra. Mariana desde o início me deixou bastante à vontade para conhecer a dinâmica dos serviços farmacêuticos e sempre se disponibilizou a explicar e demonstrar como se realizavam as tarefas do plano semanal, o que facilitou a minha adaptação e aprendizagem.

2.2.1.4. Sistema informático

O funcionamento diário de um hospital gera uma elevada quantidade e complexidade de informação que precisa de ser processada numa plataforma única, de modo a reunir todos os processos associados aos produtos farmacêuticos e a unir os diversos serviços do hospital num único sistema.

No Grupo Trofa Saúde, a maioria dos serviços farmacêuticos utiliza o sistema informático (SI) pertencente à Glintt®, o CPC-HS (Companhia Portuguesa de Computadores – Healthcare Solutions). Representa um sistema bastante completo e adaptado à realidade hospitalar, permitindo a gestão de tudo o que diz respeito ao doente e à medicação, quer seja a consulta e validação de prescrições médicas, a criação dos mapas de dose unitária, ou a realização e satisfação de pedidos aos serviços. Apresenta ainda a mais-valia de permitir o acesso a informação relativa, não só à própria unidade hospitalar, mas também à de qualquer unidade pertencente ao grupo.

Recentemente, foi adicionado ao SI uma funcionalidade denominada Processo Clínico, uma ferramenta de extrema utilidade para a atividade farmacêutica, sobretudo durante a validação das prescrições médicas. O Processo Clínico permite o acesso ao historial médico do doente, com referência às patologias, resultados de exames e análises laboratoriais e prognóstico de cada intervenção. Assim, permite uma avaliação mais informada e assertiva relativamente à medicação prescrita e à respetiva posologia, contribuindo para o uso racional do medicamento e para o aumento da deteção de erros associados à prescrição.

Na Farmácia Central é utilizado, pela farmacêutica responsável, o *Intranet*, outro SI que permite encomendar medicamentos e produtos farmacêuticos aos fornecedores e pedir material de escritório imprescindível ao bom funcionamento do SF.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de trabalhar com sistema CPC-HS, apenas com algumas das funcionalidades oferecidas como gerar mapas de dose unitária e efetuar transferências de stock entre a farmácia e os serviços do HPAV, e entre os SF das diferentes unidades hospitalares.

3. Gestão de medicamentos e produtos farmacêuticos

A gestão de medicamentos é o conjunto de procedimentos realizados pelos serviços farmacêuticos hospitalares que permite garantir o bom uso e dispensa correta e em perfeitas condições dos medicamentos aos doentes ⁶.

A gestão de medicamentos compreende várias fases, começando no ato de seleção, aquisição e armazenagem de medicamentos e produtos farmacêuticos, passando pela distribuição e terminando na administração do medicamento ao doente ⁶.

3.1. Seleção

A seleção dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos disponíveis em casa unidade hospitalar deve ter por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), as necessidades terapêuticas dos doentes hospitalizados, a melhoria da qualidade de vida dos doentes e critérios fármaco-económicos (compromisso custo-benefício) ⁶.

Com base nos critérios anteriormente referidos, o Grupo Trofa Saúde possui um formulário interno, mais restrito que o FHNM, da autoria da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Grupo, que refere todos os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos passíveis de serem prescritos e armazenados nos serviços farmacêuticos do grupo.

Dado a seleção anterior, todos os anos acontece um concurso em que os laboratórios fornecedores demonstram os seus preços e condições de entrega. De seguida, a coordenadora dos SF seleciona os laboratórios com condições mais vantajosas para o hospital, decidindo as condições de entrega e pagamento para o ano corrente.

No caso de ser solicitado à farmácia um medicamento que não consta no formulário hospitalar (extra-formulário), o médico prescriptor deve efetuar um pedido acompanhado de uma justificação de receituário de medicamentos. O pedido é posteriormente analisado e validado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. Periodicamente é efetuada uma reavaliação ao formulário com base nos pedidos extra-formulário realizados e de acordo com as novas necessidades terapêuticas das unidades hospitalares do grupo.

Durante o meu estágio no hospital HPAV tive a oportunidade de contactar com um medicamento extra-formulário, a rifaximina.

3.2. Aquisição

A aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos é da responsabilidade do diretor técnico de cada hospital que, para tal, verifica os stocks e consumos, a fim de assegurar os produtos farmacêuticos necessários e evitar ruturas de stock e/ou atrasos na distribuição. Posteriormente, o pedido é efetuado pelos SF em articulação com o Serviço de Aprovisionamento.

Todos os documentos associados à aquisição devem ser arquivados por um período mínimo de 5 anos ⁶.

3.2.1. Encomenda mensal

As unidades hospitalares do grupo têm definido um stock ideal de medicamentos e produtos farmacêuticos que se encontra disponível no sistema informático. A gestão deste stock é fundamental para assegurar as necessidades do hospital e prevenir possíveis ruturas e/ou a existência de produtos sem rotação. No HPAV, os stocks ideais estão estipulados para assegurar as necessidades por um período de um mês.

Mensalmente, é elaborado um pedido de encomenda automático pela diretora técnica do SF, ajustado às necessidades reais do hospital, que contém a informação de identificação do produto, a quantidade a encomendar e o preço unitário. Mais tarde, este pedido é revisto pela coordenadora dos SF do grupo, que integra as encomendas das diversas unidades hospitalares de forma a realizar um único pedido, via Intranet. No final, o pedido é processado pelo Departamento de Compras, que remete as encomendas aos respetivos fornecedores.

No que respeita aos medicamentos citotóxicos, estes estão sujeitos a um controlo manual pelo farmacêutico hospitalar, conforme a terapêutica do doente: é efetuado um pedido individual das quantidades necessárias para um determinado período, conforme os protocolos de tratamento existentes.

No caso do soro fisiológico, água estéril e paracetamol 1000mg intravenoso, a encomenda é realizada mensalmente à FC, com entrega direta pelo laboratório a cada unidade hospitalar.

3.2.2. Estupefacientes e Psicotrópicos

A aquisição de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e suas preparações necessita de uma requisição especial, uma vez que são substâncias rigorosamente controladas e rastreadas pelas autoridades competentes, visto serem associadas a atos ilícitos.

À semelhança dos restantes produtos farmacêuticos, o pedido de aquisição é efetuado mensalmente e informaticamente no sistema CPC-HS. Contudo, a encomenda necessita de ser acompanhada pelo Anexo VII da Portaria nº 981/98, de 8 de junho ⁷. Estas requisições apresentam uma numeração sequencial e são impressos em duplicado. Após o preenchimento, estes são enviados para a FC que, posteriormente, os envia aos respetivos fornecedores juntamente com a nota de encomenda. Aquando da receção da encomenda, o fornecedor assina a requisição e fica com o duplicado, o original retorna ao requerente que o arquiva no respetivo serviço farmacêutico durante 5 anos ⁸.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de acompanhar parte deste processo, especificamente a requisição de estupefacientes e psicotrópicos por parte do HPAV à FC, através do respetivo anexo.

3.2.3. Autorização de Utilização Excecional

A comercialização de medicamentos no território nacional está sujeita a uma Autorização de Introdução no Mercado (AIM), concedida pelo organismo regulador do medicamento, o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. No entanto, em casos excecionais, é possível utilizar um medicamento que não possui uma AIM nacional, desde que se verifique uma das condições previstas no artigo 92º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, como por exemplo, o medicamento ser considerado imprescindível à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinada patologia ⁹.

No caso de se verificar alguma das condições previstas no decreto-lei, a coordenadora dos serviços farmacêuticos pode apresentar, junto do INFARMED, e durante o mês de

setembro, o pedido de Autorização de Utilização Excecional (AUE) do medicamento. Junto com o pedido deve seguir uma justificação clínica, comprovando os benefícios clínicos bem reconhecidos, e demonstrar que não existe alternativa terapêutica no conjunto de medicamentos com AIM. O prazo de vigência da AUE é de 3 anos e toda a documentação essencial à concessão da autorização tem de ser arquivada durante 5 anos ^{10,11}.

No HPAV tive a ocasião de contactar com medicamentos com AEU, como é o exemplo do etomidato 2mg/ml e a fenilefrina 10mg/ml.

3.2.4. Falhas de stock

Numa unidade hospitalar face à imprevisibilidade das situações que acontecem diariamente, a necessidade bem como a quantidade de produtos farmacêuticos varia constantemente. Deste modo, por vezes é preciso um medicamento ou produto farmacêutico que não está disponível no momento ou que não existe em quantidade suficiente no serviço farmacêutico. Assim, quando se verifica alguma das situações num SF do GTS, a diretora técnica verifica no sistema informático o stock das restantes unidades hospitalares de forma a poder requisitar o produto ao hospital que apresentar o stock mais elevado. Caso o produto não esteja disponível para envio em nenhuma das unidades, o Grupo Trofa Saúde tem protocolos com algumas farmácias comunitárias, como é a Farmácia Porto. Se o medicamento for apenas de uso hospitalar, é possível solicitar um empréstimo a uma outra unidade hospitalar.

Durante o meu estágio pude contactar com a realidade da cedência de medicamentos entre as unidades hospitalares do Grupo Trofa Saúde e presenciei o empréstimo de um medicamento, eritromicina, entre o Hospital Público de Braga e o HPAV.

3.3. Receção

As encomendas de soro, água estéril e paracetamol 1000mg intravenoso são as únicas entregues diretamente pelos fornecedores nos serviços farmacêuticos de cada unidade do GTS, sendo os restantes produtos farmacêuticos rececionados na Farmácia Central.

Na FC, enquanto ocorre a receção da encomenda são verificados todos os produtos recebidos, em termos de condições de integridade, refrigeração do produto e quantidades entregues, é registado o prazo de validade e os lotes respetivos, e é feita a leitura do QR code da cartonagem, este último para impedir falsificações. De seguida são separados os pedidos de cada SF e enviados para o Departamento de Logística, encarregue da distribuição aos devidos hospitais. Aquando da transferência física dos medicamentos e produtos farmacêuticos, também ocorre a transferência informática de stock ¹².

No HPAV, após a receção das encomendas, o farmacêutico confere, qualitativa e quantitativamente, os produtos rececionados de acordo com a guia de transporte, na qual são registados os prazos de validade antes desta ser arquivada ¹². Quando é rececionada a encomenda de estupefacientes e psicotrópicos, a guia de transporte datada e assinada é arquivada, juntamente com o anexo VII (original) devidamente preenchido pela entidade fornecedora. Ocorre ainda o registo da quantidade recebida num documento Excel ⁸. No caso de hemoderivados, é crucial a conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED, que ficam arquivados juntamente com a fatura em dossiês específicos ⁶.

3.4. Armazenamento

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser realizado de forma a garantir as condições necessárias de espaço, temperatura, humidade e luminosidade, com vista a preservar a segurança e qualidade dos mesmos. Em todos os locais do hospital onde possam ser armazenados medicamentos ou outros produtos farmacêuticos, devem ser respeitados os seguintes requisitos ¹³ :

- temperatura inferior a 25°C e humidade relativa inferior a 60%;
- medicamentos termolábeis devem ser armazenados em frigoríficos próprios (intervalo entre 2-8°C), com sistema de controlo e registo de temperatura;
- medicamentos termosensíveis devem ser acondicionados em embalagem apropriada ou envolvidos em papel de alumínio, e colocados em local ao abrigo da luz;
- estupefacientes/psicotrópicos e benzodiazepinas devem ser armazenados em cofre com fechadura de segurança;
- produtos inflamáveis devem ser guardados num armário fechado para evitar que contacte com outros medicamentos em caso de extravasamento de líquidos.

O armazém do HPAV é constituído por um espaço amplo e luminoso, que contém armários, prateleiras e paletes onde são colocados os medicamentos e produtos farmacêuticos, uma vez que estes não podem ser colocados em contacto direto com o chão. Todos os medicamentos são acondicionados em gavetas ou caixas devidamente identificadas com a denominação comum internacional (DCI), por ordem alfabética e de acordo com o prazo de validade, em que aqueles que apresentam um prazo de validade mais curto são colocados à frente, de forma a serem dispensados em primeiro (*first expired – first out*) ¹³. Os gases medicinais estão armazenados numa área separada do armazém que é da responsabilidade do serviço de manutenção. Os serviços farmacêuticos do HPAV tem ainda uma sala no exterior da farmácia onde são armazenados os soros remanescentes.

O armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos foi uma tarefa que realizei frequentemente durante o meu estágio no HPAV. Foi uma atividade de extrema importância que me permitiu ficar familiarizada com as opções terapêuticas disponibilizadas pelo serviço. Durante o armazenamento sempre tive o cuidado de analisar a data de validade dos produtos de forma a obedecer à regra first expired-first out.

3.5. Distribuição

A distribuição de medicamentos e produtos de saúde é de extrema importância, visto que tem como objetivo garantir o cumprimento da prescrição médica, a administração correta do medicamento, a racionalização do acesso aos medicamentos, a monitorização da terapêutica, entre outros ⁶. Com este processo pretende-se obter uma maior segurança dos doentes, quer em regime de internamento ou de ambulatório, associada a uma diminuição de erros relacionados com a dispensa e a administração ¹⁴.

3.5.1. Distribuição clássica

A distribuição clássica consiste na reposição de *stocks*, baseando-se numa requisição efetuada pelo enfermeiro responsável pelo Serviço Clínico (SC), de acordo com um nível qualitativo e quantitativo de medicamentos e produtos farmacêuticos, previamente acordados entre os SF e o SC, de modo a garantir o seu funcionamento regular e imediato. Os produtos estão armazenados nos serviços, sendo a periodicidade da reposição definida entre os intervenientes.

No HPAV, a distribuição clássica é realizada na urgência, no internamento, no bloco operatório, nos serviços de gastroenterologia, imagiologia, medicina dentária, esterilização, fisioterapia e nas consultas externas. Nos vários serviços do Hospital de Dia de Barcelos, a distribuição é concretizada através de pedido ao HPAV pelo enfermeiro chefe.

Para a reposição de *stock* na urgência, bloco operatório e internamento é gerado um pedido, pelo farmacêutico, com base no *stock* ideal definido no SI. De forma a facilitar a distribuição, o SF estipulou dias específicos para cada serviço, os quais foram referidos no Plano Semanal de tarefas.

Os restantes serviços efetuam os seus próprios pedidos através do SI, sendo estes posteriormente preparados pelo farmacêutico e colocados na área de apoio à distribuição, para que o auxiliar circulante proceda ao levantamento dos mesmos.

Durante o meu estágio acompanhei diariamente a Dra. Mariana na preparação dos pedidos dos serviços e na reposição de stock no internamento, bloco operatório e urgência.

3.5.2. Distribuição individual diária em dose unitária

A distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU) tem como propósito o cumprimento da prescrição médica, o aumento da segurança no circuito do medicamento, o acompanhamento farmacoterapêutico do doente, a diminuição dos riscos de interação, a redução do tempo que os enfermeiros dedicam a aspetos de gestão relacionados com o medicamento, entre outros ^{6,14}.

Este processo consiste na preparação e distribuição de medicamentos, em dose individual unitária, para um período de 24 horas e para cada doente internado, após a validação da prescrição médica pelo farmacêutico. No HPAV, o mapa de distribuição corresponde à medicação necessária das 15h00 de um dia até às 15h00 do dia seguinte. À sexta-feira, a dose unitária é preparada em triplicado, uma vez que o SF se encontra encerrado ao fim-de-semana. No caso de um feriado, as malas são preparadas no dia anterior.

Assim, a DIDDU inicia-se com a validação da prescrição médica no sistema informático, na qual está indicada a data da prescrição, a identificação do doente (nome, número interno, quarto e cama), a designação dos medicamentos pela DCI, a dosagem, a forma farmacêutica, a posologia, a via de administração e a identificação do médico prescriptor. Junto com a receita pode ainda constar observações relativas à terapêutica, como a data de término do tratamento, velocidade de perfusão ou regime alimentar. A validação das prescrições é da responsabilidade do farmacêutico hospitalar, sendo que este interpreta e valida o perfil farmacoterapêutico de cada doente e, no caso de detetar alguma inconformidade, entra em contacto com o médico prescriptor para esclarecer o sucedido. O SI do hospital possui um sistema de alerta que deteta possíveis situações de risco (interações e/ou duplicação terapêutica), auxiliando o farmacêutico a garantir a segurança terapêutica.

Após a validação, é gerado o mapa de DIDDU, organizado por doente, para se proceder à preparação das malas de medicação, em que cada gaveta é etiquetada com a identificação do doente. No caso de existirem medicamentos em que não é possível colocar nas gavetas, estes devem ser transportados num saco devidamente.

É habitual ocorrerem alterações na prescrição após a preparação das malas da medicação, sendo que nesses casos é essencial que o farmacêutico valide a nova prescrição, atualize os mapas terapêuticos e proceda às alterações na gaveta do respetivo doente. Antes das malas seguirem para o serviço de internamento é feita uma conferência das gavetas com o mapa, para garantir que a medicação colocada na gaveta corresponde à prescrição validada.

Seguidamente, procede-se à entrega da mala de medicação ao serviço de internamento e à recolha da mala do dia anterior, comunicando ao enfermeiro responsável esta troca.

De volta à farmácia, é efetuado o débito da medicação aos doentes e, no caso de a medicação não ter sido toda administrada (retorna na gaveta da medicação), o débito desse medicamento é anulado.

Diariamente ajudei a Dra. Mariana na preparação das malas de medicação, uma tarefa que sempre realizei com espírito crítico e imensa responsabilidade, uma vez que era necessário ter atenção às dosagens, às formas farmacêuticas e às observações colocadas pelo médico. Em conjunto com a Dra. Mariana realizávamos uma dupla verificação de todas as gavetas antes de enviar a mala para o internamento. Mais para o final do estágio tive a oportunidade de realizar algumas validações de prescrição, sempre com a supervisão da farmacêutica responsável.

3.5.3. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório

A distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório, pelos serviços farmacêuticos, resulta da necessidade de haver um maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, essencialmente devido ao elevado risco de desenvolvimento de efeitos secundários graves, e por possibilitar ao doente continuar o tratamento em casa, assegurando a adesão à terapêutica. A dispensa de medicamentos com vista ao tratamento em regime de ambulatório acarreta inúmeras vantagens, entre as quais ⁶:

- redução dos custos relacionados com o internamento hospitalar;
- redução dos riscos inerentes a um internamento, como as infeções nosocomiais;
- a possibilidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente familiar;
- certos medicamentos são apenas comparticipados a 100% se fores dispensados pelos serviços farmacêuticos hospitalares.

De forma a alcançar os objetivos desejados e para que a distribuição seja realizada em condições apropriadas, é necessário que esta seja efetuada por farmacêuticos hospitalares, apoiados por um sistema informático e em instalações reversadas ⁶. Idealmente, a unidade de ambulatório deve estar próxima das áreas de consulta que os utentes frequentam, facilitando a entrega do medicamento.

O processo inicia-se mediante uma prescrição médica, que deve ser validada atendendo ao perfil farmacoterapêutico do doente. Deve também proceder-se à consulta de análises, diário clínico e processo clínico, se aplicável. Todas as atividades inerentes à dispensa de medicamentos têm de ser realizadas por farmacêuticos, tendo por base uma prescrição médica ¹⁴.

No momento da dispensa é essencial assegurar a confidencialidade do doente, e este deve ser corretamente informado sobre a correta utilização do medicamento, partilhando informação, como: transporte e armazenamento no domicílio, monitorização da adesão e

persistência à terapêutica, notificação de problemas relacionados com a medicação, informações técnicas pertinentes ¹⁴.

Nos SF do HPAV, o horário disponibilizado para a dispensa de medicamentos em regime de ambulatório coincide com o horário de funcionamento deste serviço, sendo a dispensa realizada num local junto à receção principal. O ato de dispensa é sempre realizado segundo as boas práticas, efetuando a monitorização da terapêutica e a utilização racional do medicamento.

Uma vez que esta dispensa passou a ser cada vez mais frequente, emergiu a necessidade de uniformizar este serviço. De acordo com a Portaria nº 210/2018, de 27 de março, e o Despacho nº 13382/2012, de 4 de outubro, todos os medicamentos em regime de ambulatório devem obedecer a uma prescrição eletrónica desmaterializada, sendo esta sempre validada por um farmacêutico hospitalar ^{15,16}. Acrescenta ainda que o utente deve assinar um comprovativo de levantamento de medicação e um documento referente à faturação ¹⁶.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar a Dra. Mariana na dispensa de medicamentos em regime de ambulatório, seguindo todas as etapas do processo desde a validação da prescrição médica, à dispensa do medicamento ao doente e à partilha da informação necessária a uma correta utilização da medicação. Alguns dos medicamentos dispensados foram vinorelbina 20mg, abiraterona 500mg, nintedanib 150mg e hidroxycarbamida 500mg.

3.5.4. Distribuição de medicamentos sujeitos a legislação específica

Determinados medicamentos possuem um sistema de distribuição e monitorização que é sujeito a uma legislação específica, que envolve o preenchimento de documentos no ato da dispensa, que posteriormente são arquivados nos SF.

3.5.4.1. Estupefacientes e Psicotrópicos

Os estupefacientes e psicotrópicos são medicamentos associados ao uso ilícito e abusivo, pelo que necessitam de um controlo mais rigoroso da sua distribuição pelas autoridades reguladoras.

Como já referido anteriormente, estes medicamentos encontram-se armazenados em cofres e a sua distribuição é efetuada em circuito fechado com a participação do médico responsável (prescrição), do farmacêutico (validação) e do enfermeiro responsável (administração). O controlo da dispensa e distribuição de estupefacientes e psicotrópicos é feito de acordo com o Anexo X, que consta da Portaria nº 981/98, de 8 de junho ⁷. Esta requisição recolhe dados como a identificação do serviço, informações do medicamento

(DCI, forma farmacêutica, dosagem e quantidade prescrita) e a identificação do doente (nome, cama/número do processo). Aquando da administração, o enfermeiro deve preencher o documento referente ao medicamento prescrito e no final rubricá-lo e datá-lo. Quando a folha estiver completa, o diretor do serviço ou legal substituto (médico) deve confirmar as administrações de cada folha e no final assinar no local devido. Posteriormente, o anexo deve ser entregue ao farmacêutico responsável que vai aferir o seu correto preenchimento, confirmando a quantidade utilizada de estupefacientes/psicotrópicos. O farmacêutico deve separar essa mesma quantidade de medicamento de forma a que o stock destes se mantenha constante. No final, este deve atualizar o ficheiro Excel com a quantidade retirada do cofre para que este documento seja o reflexo do stock físico da farmácia. No ato da entrega, o farmacêutico assina em como entregou a medicação e o enfermeiro responsável assina em como a recebeu. O anexo original fica na posse do farmacêutico que o arquiva nos serviços farmacêuticos, o duplicado fica guardado no serviço requerente.

Durante o meu período no HPAV foi-me explicado todo o processo inerente à distribuição dos estupefacientes e psicotrópicos e, posteriormente, tive a oportunidade de acompanhar a Dra. Mariana na reposição desses medicamentos. Compreendi a necessidade do controlo rigoroso na dispensa desta medicação e a mais-valia de registar as transferências de stock, de forma a que todo o circuito do medicamento possa ser rastreado.

3.5.4.2. Hemoderivados

Os medicamentos hemoderivados possuem um risco biológico acrescido, uma vez que são passíveis de constituírem veículos responsáveis pela transmissão de doenças infecciosas. Com vista à investigação de uma eventual relação de causalidade entre a administração terapêutica destes medicamentos e a deteção de uma doença infecciosa transmissível pelo sangue, o despacho conjunto nº 1051/2000, de 30 de outubro, estabeleceu um procedimento uniforme de requisição, distribuição e administração dos medicamentos derivados do plasma humano ¹⁷.

Estes medicamentos, por poderem apresentar variabilidade, para poderem ser comercializados na Comunidade Europeia, necessitam de ter, para cada lote, um Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote (COELL), em que sempre que o medicamento em questão possua um COELL emitido por outro país, é da responsabilidade do INFARMED emitir um Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL) ¹⁸.

A requisição, distribuição e administração dos hemoderivados está sujeita a um controlo feito através do modelo nº 1804, exclusivo da Imprensa Nacional – Casa da Moeda,

constituído por duas vias em que a Via Farmácia (original) é arquivada nos SF num dossier devidamente identificado e por ordem de requisição, e a Via Serviço (duplicado) é cedida ao serviço requisitante e arquivada no processo clínico do doente. Cada requisição diz respeito apenas um hemoderivado e destina-se exclusivamente a um doente ¹⁷.

Quando um hemoderivado é requerido por um serviço do hospital, o farmacêutico deve preencher o quadro C do modelo, onde regista o nome do medicamento e a dosagem, a quantidade, o lote de origem, o fornecedor e o número CAUL. Quando o medicamento é utilizado, o médico deve preencher os quadros A e B com as informações: serviço requerente, identificação do doente, justificação clínica, frequência do tratamento, duração, assinatura e número mecanográfico. Por fim, a requisição é preenchida (quadros C e D) pelo enfermeiro que administrar o medicamento, tendo este a responsabilidade de arquivar a Via Serviço no processo clínico do doente e de devolver a Via Farmácia ao SF, onde fica arquivada por um período de cinco anos ¹⁹.

Durante o estágio pude acompanhar a Dra. Mariana durante a distribuição destes medicamentos, percebendo como se preenche o modelo nº 1804 e o funcionamento de todos o processo. Os hemoderivados requisitados durante a minha permanência no hospital foram a fibrina humana e a albumina humana a 20%.

3.5.5. Circuito de Distribuição Especial

Os medicamentos que integram este circuito são aqueles cuja distribuição é sempre acompanhada pelo preenchimento de documentação específica, de modo a controlar o seu trajeto e utilização pelos serviços hospitalares.

Deste grupo fazem parte medicamentos com propriedades físicas pouco habituais, como os gases medicinais, e os medicamentos de elevado risco, como os citotóxicos. Para além destes, no GTS a distribuição de sugamadex também está sob especial atenção.

3.5.5.1. Gases medicinais

Os gases medicinais (gases puros ou misturas de gases), dependendo da sua indicação de utilização, podem ser classificados como medicamentos ou dispositivos médicos. Os gases medicinais são classificados como medicamento quando se destinam a exercer uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica (nomeadamente em terapias de inalação e anestesia) e são classificados como dispositivo médico quando a sua principal finalidade é o diagnóstico, monitorização ou investigação de uma doença, lesão ou deficiência ²⁰.

O farmacêutico hospitalar partilha responsabilidades sobre a gestão e o controlo destes produtos com outros profissionais, sendo da responsabilidade do serviço de manutenção

a gestão de encomendas e reposição das garrafas dos gases, ficando o SF com a função de seleção, aquisição, receção, armazenamento, distribuição, controlo, vigilância, registo de receção e movimentação das garrafas, registo dos lotes e respetivos prazos de validade.

Em todas as unidades hospitalares do grupo, os gases medicinais são acondicionados num espaço exterior ao hospital. Nesse local, os gases encontram-se organizados segundos rampas: direita, esquerda e de emergência. A garrafa em utilização é sempre a de menor pressão, medida através de um debitómetro. Este sistema permite que quando uma garrafa acaba, ocorra a passagem automática para a próxima rampa, garantindo o fornecimento constante destes gases.

Os gases disponíveis no HPAV são o oxigénio (garrafas B5 e B50), protóxido de azoto, KEOL e dióxido de carbono.

3.5.5.2. Sugamadex

O sugamadex (Bridion 2ml) é um fármaco utilizado no bloco operatório para reverter a anestesia. A sua ação terapêutica consiste na reversão do bloqueio neuromuscular (BNM) induzido pelo rocurónio ou vecurónio, uma vez que forma um complexo com estes agentes, o que reduz a quantidade de agente bloqueador disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular ²¹. Este medicamento apresenta um valor terapêutico acrescido em relação aos anticolinesterásicos, nomeadamente à neostigmina, uma vez que provoca uma reversão mais rápida do BNM, com menos riscos associados (sem depressão cardiorrespiratória) e com interações a nível farmacocinético e farmacodinâmico de menor importância que as observadas com os anticolinesterásicos ²².

Apesar de não existir uma legislação que regule a distribuição do sugamadex, este é um medicamento bastante dispendioso, o que faz com que a sua utilização no GTS seja controlada pelo preenchimento de um documento (Justificação de Utilização do Sugamadex – Bridion – 2ml), em que é necessário justificar a razão que levou à necessidade de utilizar este fármaco, bem como registar o número de ampolas administradas e a identificação do doente, com o intuito de impedir o uso indiscriminado do medicamento.

Após cada administração do sugamadex, o médico anestesiológista preenche o documento e este é entregue ao farmacêutico, que de seguida efetua a reposição do fármaco, de acordo com a quantidade utilizada.

Durante o meu período no HPAV foram várias as vezes em que acompanhei a Dra. Mariana na reposição deste fármaco no bloco operatório, acompanhando este processo de distribuição mais controlado.

3.5.5.3. Fármacos citotóxicos

Os fármacos citotóxicos são utilizados no tratamento de neoplasias malignas, como adjuvantes da cirurgia ou da radioterapia no tratamento inicial ou no caso destas não serem possíveis ou se mostrarem ineficazes.

Para a preparação destes medicamentos são necessárias determinadas condições de segurança e esterilidade e, por essa razão, os medicamentos para os doentes do GTS são preparados na Unidade de Preparação de Medicamentos Citotóxicos localizada na farmácia do Hospital Central (Vila do Conde). A preparação é iniciada com a receção da prescrição médica e a confirmação da realização do tratamento, no próprio dia e pelo médico prescritor, visto que os ciclos de quimioterapia têm uma validade bastante curta, dependendo da estabilidade do fármaco citotóxico. Aquando da validação da prescrição, o farmacêutico deve verificar vários parâmetros, nomeadamente a identificação do doente, diagnóstico, idade, peso, altura e superfície corporal, identificação do médico prescritor e data, fármaco citotóxico e dosagem, frequência, via e tempo de administração, periodicidade entre ciclos e medicação adjuvante (pré e pós-medicação) ²³.

Após a preparação, são emitidos os rótulos em que consta a identificação do doente, data da preparação, fármaco e respetiva dosagem, volume preparado, informação do lote, prazo de validade, tempo de perfusão e via de administração. Uma vez preparados, os medicamentos são enviados num contentor fechado com o símbolo de material citotóxico para o hospital requerente ²³.

A receção é efetuada nos SF, onde farmacêutico e enfermeiro do serviço de oncologia devem fazer uma verificação dos rótulos e da medicação prescrita, com auxílio da folha de prescrição médica, que seguidamente é assinada pelo enfermeiro e arquivada nos SF ²³.

Durante o meu período de estágio nunca assisti ao processo que antecede a receção dos medicamentos citotóxicos no HPAV, contudo foram várias as vezes em que acompanhei a receção destes medicamentos e a conferência da informação constante nos rótulos com a prescrição médica e o mapa de produção.

3.5.6. Carro de emergência

Todos os serviços médicos do HPAV possuem um carro de emergência, incluindo o bloco operatório, o internamento e a sala de urgência. Estes contêm toda a medicação e produtos farmacêuticos necessários para socorrer um indivíduo em caso de emergência médica. A reposição do material necessário e a verificação dos prazos de validade é da responsabilidade do farmacêutico hospitalar em conjunto com o enfermeiro chefe de cada serviço. Estes carros encontram-se selados, procedendo-se à sua abertura em caso de emergência ou para verificações periódicas. Sempre que se abre o carro, é necessário

registar o motivo da abertura e a identificação do responsável, sendo novamente fechado, após verificação do stock, com um novo selo de código próprio.

4. Farmacotecnia

Atualmente, os manipulados preparados numa unidade hospitalar destinam-se essencialmente a doentes individuais e específicos (por exemplo, fórmulas pediátricas), ao reembalamento de doses unitárias sólidas, a preparações antissépticas e a preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas. De forma a garantir a qualidade, segurança e eficácia destas preparações, é necessário haver uma estrutura adequada e um sistema de procedimentos que assegure um “Sistema de Qualidade na Preparação de Formulações Farmacêuticas”⁶. À semelhança dos medicamentos citotóxicos, também os medicamentos manipulados são preparados no Hospital Central, em Vila do Conde.

4.1. Formas farmacêuticas não estéreis

Na preparação de formas farmacêuticas não estéreis, o farmacêutico hospitalar deve seguir as “Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar”, que constam do anexo à Portaria nº 594/2004, de 2 de junho²⁴.

A preparação de um medicamento manipulado compreende o preenchimento de uma ficha de preparação, onde está identificada a fórmula farmacêutica (quantitativa e qualitativa, para 100 ml), o procedimento, a quantidade a preparar, a data de preparação, a forma farmacêutica, a origem, a quantidade calculada e pesada, o número de lote e especificações. No final, cada manipulado tem de apresentar um rótulo que contenha: a data de preparação, o prazo de validade, o lote, a composição e a concentração. As fichas de preparação são arquivadas juntamente com os respetivos rótulos.

No HPAV, os manipulados mais solicitados à FC foram: ácido cítrico a 10% e iodopovidona a 2% para a medicina dentária, ácido acético a 5% para o serviço de consultas externas e álcool a 50% para o serviço de urgência e bloco operatório.

4.2. Formas farmacêuticas estéreis

A preparação de formas farmacêuticas estéreis necessita de cuidados especiais, descritos na Portaria nº 42/92, de 23 de janeiro, de modo a minimizar a contaminação microbiológica e a existência de pirogénios. De forma a cumprir os requisitos, a sua preparação deve ser realizada em áreas limpas, em que a entrada do pessoal e dos

materiais é feita por antecâmaras. Estas áreas devem ser mantidas num estado de limpeza convencionado e alimentadas com ar adequadamente filtrado ^{6,25}.

No caso concreto dos medicamentos citotóxicos, é preciso dar especial atenção à segurança dos profissionais que manipulam estas substâncias tóxicas, no que respeita à sua proteção e condições de trabalho durante a preparação destes medicamentos. Assim, este procedimento ocorre no interior de uma sala, com pressão negativa e janela de transferência de produtos para o exterior, só sendo permitida a entrada de operadores devidamente equipados e desinfetados. Esta sala está equipada com uma câmara de fluxo laminar vertical, que visa proteger o profissional dos efeitos nocivos destes fármacos, e existe ainda um “kit de derramamento de citotóxicos” para a eventualidade de ocorrer um derrame. Por ser um procedimento perigoso, as etapas críticas do processo são duplamente verificadas e as etapas de segurança e técnicas asséticas são acompanhadas²⁶.

4.3. Fracionamento e reembalamento

A distribuição de formas sólidas numa unidade hospitalar é efetuada de forma unitária. Assim, é necessário proceder-se ao reembalamento de todos os medicamentos em que o corte do blister omita o DCI, a dosagem, o lote ou o prazo de validade, ou quando vêm acondicionados em embalagens multidose. No GTS, esta tarefa é realizada na FC com o auxílio de uma máquina automática de selagem térmica e posterior colagem de uma etiqueta com a informação descrita anteriormente. De seguida, estes são distribuídos pelos diversos hospitais do grupo.

O reembalamento é igualmente necessário quando a dose prescrita não existe no formulário do hospital, sendo que a alternativa é fracionar um comprimido que possua uma dosagem superior. Este procedimento só pode ser realizado quando o fármaco, após o fracionamento, contém as mesmas características do medicamento que lhe deu origem. Neste caso, o reembalamento é realizado no próprio serviço farmacêutico, num local destinado para o efeito e cumprindo as condições exigidas, incluindo o uso de luvas, a desinfecção do aparelho de fracionamento e da área de trabalho. Quando se procede ao fracionamento de um medicamento, deve ser preenchido um documento que contém a informação dos comprimidos fracionados e que é rubricado pelo operador que executou a tarefa e pelo farmacêutico responsável pelo SF. Após todo o processo, as frações obtidas são reembaladas e etiquetadas manualmente, criando-se um rótulo onde deve constar o DCI, a dosagem, o lote e o prazo de validade (seis meses após a data de fracionamento, nunca ultrapassando a validade inscrita no rótulo inicial).

O fracionamento e reembalamento de comprimidos foi uma das tarefas que mais realizei no HPAV. Grande parte dos fracionamentos destinava-se à preparação das doses unitárias, sendo que as substâncias ativas mais afetadas eram a trazodona, o bisoprolol e a levotiroxina. No final preenchia a folha de registo reservada para o efeito.

5. Controlo da Qualidade

Qualidade em saúde compreende as propriedades e qualidades de um serviço de saúde, que confere a aptidão para satisfazer adequadamente as necessidades implícitas e explícitas dos doentes. Um Sistema de Garantia da Qualidade tem como base a existência de procedimentos padronizados, os quais devem ser escritos, documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas nos SF. Para uma correta gestão do risco é essencial implementar planos de segurança com o intuito de proteger as estruturas físicas e o pessoal afeto ao serviço ⁶.

5.1. Controlo dos prazos de validade

O prazo de validade é uma das características mais importantes no que refere à qualidade de um medicamento, daí ser essencial a sua verificação constante para que não haja o risco de se administrar ou utilizar um medicamento ou produto de saúde com o prazo de validade expirado.

No HPAV, todos os meses, o farmacêutico responsável verifica os prazos de validade de toda a medicação disponível nos serviços, identificando com uma etiqueta “Validade a expirar” os medicamentos cuja validade expira em seis meses. Esta chamada de atenção tem como objetivo alertar os enfermeiros de quais os medicamentos devem ser escoados primeiro. O farmacêutico também retira e repõe os medicamentos que terminam a validade no mês corrente, efetuando posteriormente a quebra dos mesmos ¹³.

5.2. Controlo da temperatura e humidade

Os parâmetros de temperatura e humidade estão sob constante monitorização, sendo o seu registo e controlo da responsabilidade do serviço de manutenção. Todos os medicamentos armazenados na farmácia devem ser conservados a uma temperatura inferior a 25 °C e a uma humidade relativa inferior a 60%. No frigorífico, os medicamentos termolábeis devem estar entre 2 e 8 °C ¹³.

O controlo da temperatura e humidade assegura a qualidade e estabilidade dos medicamentos e produtos farmacêuticos armazenados na farmácia, pelo que, no caso de ser detetado um valor fora dos limites estabelecidos, é emitido um alerta ao serviço farmacêutico e de manutenção ¹³.

Semanalmente são enviados ao farmacêutico responsável os registos que, após análise dos mesmos, deve justificar os picos de temperatura/humidade. No final, este deve rubricá-los e arquivá-los em pasta própria por um prazo mínimo de cinco anos ¹³.

5.3. Controlo de stocks

A gestão de stocks permite assegurar que os serviços dispõem da quantidade ideal de cada medicamento. Por vezes, podem ocorrer erros no débito da medicação, o que resulta num desfasamento entre o stock informático e o stock real. Assim, é essencial verificar a existência de quebras aquando da reposição dos serviços da unidade hospitalar, de forma a comunicá-las ao enfermeiro chefe para que possam ser corrigidas. Adicionalmente, é realizado um inventário, pelo menos uma vez por ano, do serviço farmacêutico e de todos os serviços clínicos do hospital, para proceder à monitorização dos stocks, para que os mesmos se mantenham atualizados.

No HPAV, aquando da distribuição clássica aos serviços de urgência, bloco operatório e internamento, a Dra. Mariana realiza uma contagem de todos os medicamentos com o objetivo de corrigir eventuais erros de stock (diferenças entre o stock físico e o stock informático) e assim manter a quantidade definida de cada medicamento no serviço. Próximo do término do meu estágio tive a oportunidade de ajudar a Dra. Mariana na realização do inventário do serviço de internamento.

6. Farmacovigilância

A farmacovigilância visa melhorar a segurança dos medicamentos através da deteção, registo, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos, com o intuito de melhorar a segurança do medicamento em defesa do utente e da Saúde Pública ²⁷.

Todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos hospitalares, têm a obrigação de reportar qualquer reação adversa grave ou não esperada que ocorra com o uso de medicamentos, principalmente aqueles que tenham sido introduzidos recentemente no mercado e para os quais não existe informação clínica e farmacológica satisfatória ^{6,27}.

Assim, o farmacêutico apresenta um papel fundamental na monitorização contínua da segurança dos medicamentos comercializados e na comunicação constante com os restantes profissionais de saúde e doentes, para que seja possível detetar atempadamente as reações adversas aos medicamentos e notificá-las às entidades competentes, nomeadamente às Unidades Regionais de Farmacovigilância, parte integrante do Sistema Nacional de Farmacovigilância, coordenado pelo INFARMED ^{6,27}.

Referências

1. Quem Somos | Trofa Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.trofasaude.pt/trofa-saude/quem-somos/> [Acessado a 13 de junho de 2021]
2. Unidades de Saúde | Trofa Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.trofasaude.pt/unidades/> [Acessado a 13 de junho de 2021]
3. O Hospital | Trofa Saúde Hospital em Alfena, 2021. Disponível em: <https://www.trofasaude.pt/alfena/unidade/o-hospital/> [Acessado a 20 de junho de 2021]
4. Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar. 2020. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-boas-praticas-de-farmacia-hospitalar-capitulo-a-processos-de-suporte/> [Acessado a 20 de junho de 2021]
5. Decreto-Lei nº 44204/1962, de 2 de fevereiro, Regula a atividade farmacêutica hospitalar, Diário da República, 1ª série, nº 44204, 1962, 164-166
6. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Manual da Farmácia Hospitalar. 2005. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c> [Acessado a 20 de junho de 2021]
7. Portaria nº 981/98, de 8 de junho, Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos, Diário da República, 2ª série, nº 216, 1998
8. Serviços Farmacêuticos do Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional – Benzodiazepinas, Psicotrópicos e Estupefacientes. 2017
9. Portaria nº 176/2006, de 30 de agosto, Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, Diário da República, 1ª série, nº 176, 2006, 6297-6383
10. Gestão da disponibilidade do medicamento - INFARMED, I.P. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/gestao-da-disponibilidade-do-medicamento#tab5> [Acessado a 11 de julho de 2021]
11. Deliberação nº 91/2018, de 14 de dezembro, Revisão da Deliberação nº 1545/2015, de 18 de junho, Conselho Diretivo do INFARMED, 2018
12. Serviços Farmacêuticos do Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional – Recepção De Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. 2017
13. Serviços Farmacêuticos do Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional – Armazenamento Geral de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. 2017
14. Conselho do Colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar - Distribuição. 2019. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_d_manual_de_boas_pratic

as_de_farmacia_hospitalar_21223437045d07678534ad5.pdf [Acessado a 8 de agosto de 2021]

15. Portaria no 210/2018, de 27 de março, Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos a utentes em regime de ambulatório hospitalar, Diário da República, 1ª série, nº 210, 2018, 8976-8979
16. Despacho no 13382/2012, de 4 de outubro, Determina que a prescrição de medicamentos, para dispensa em regime de ambulatório pelas farmácias hospitalares, é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica, Diário da República, 2ª série, nº 13382, 2012, 34061-34062
17. Despacho Conjunto nº 1051/2000, de 30 de outubro, Determina os procedimentos de registo de requisição, distribuição e administração dos medicamentos hemoderivados, a observar pelas entidades envolvidas, Diário da República, 2ª série, nº 1051, 2000, 17584-17585
18. Autorização de Utilização de Lote - INFARMED, I.P. 2021. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-utilizacao-lote> [Acessado a 14 de agosto de 2021]
19. Serviços Farmacêuticos do Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional – Distribuição de Medicamentos Derivados do Plasma. 2017
20. Ordem dos Farmacêuticos. Manual Hospitalar Boas Práticas de Gestão de Gases Medicinais. 2017. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-hospitalar-boas-praticas-de-gestao-de-gases-medicinais/> [Acessado a 14 de agosto de 2021]
21. Agência Europeia do Medicamento. Resumo das Características do Medicamento - Bridion 100 mg/ml solução injetável. 2021. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bridion-epar-product-information_pt.pdf [Acessado a 21 de agosto de 2021]
22. Ministério da Saúde. INFARMED. Relatório de Avaliação Prévia de Medicamento para Uso Humano em Meio Hospitalar. 2010. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1424140/parecernet_bridion.pdf/d8007d41-f3a7-4c01-8428-33ad04bc8520 [Acessado a 21 de agosto de 2021]
23. Serviços Farmacêuticos do Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional – Receção e Distribuição de Preparações de Medicamentos Antineoplásicos. 2017
24. Portaria no 594/2004, de 2 de junho. 2004, Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar, Diário da República, 1ª série, nº 594, 2004, 3441-3445
25. Portaria nº 42/92, de 23 de janeiro, Aprova o Guia para o Bom Fabrico de Medicamentos, Diário da República, 1ª série, nº 42, 1992, 458-481

26. Ordem dos Farmacêuticos. Manual de Preparação de Citotóxicos. 2013. Disponível em:

https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/manual_citotoxicos_16297557285941255f09f07.pdf [Acessado a 21 de agosto de 2021]

27. Farmacovigilância - INFARMED, I.P. 2021. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia [Acessado a 22 de agosto de 2021]

Anexos**Anexo I – Formações realizadas durante o estágio**

data	tema	promotor	plataforma
16/02/2021	Saber+	Associação Cura+	Zoom
18/02/2021	Conferência – Pandemias na História	Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos	Zoom
23/03/2021	Curso de Introdução à Dermatologia e Cosmética	nowScience Caudalie	Zoom
30/03/2021	Mitos e Desafios no tratamento da rinite alérgica	Sanofi Consumer Healthcare	Zoom
13/04/2021	Psicotrópicos de 2ª geração e atípicos	Ordem dos Farmacêuticos	Zoom



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

Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto

Daniela Filipa Correia de Castro

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto



maio a setembro de 2021

Daniela Filipa Correia de Castro

Orientador: Dr. Simão Fonseca

Tutor FFUP: Prof.^a Doutora Irene Rebelo

setembro de 2021

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 3 de setembro de 2021

Daniela Filipa Correia de Castro

Agradecimentos

Findos estes cinco anos de intensa formação académica, com muito esforço e dedicação oferecidos à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, não posso deixar de reconhecer que foi um trabalho meu mas também de todos que me acompanharam ao longo do tempo e que nunca me deixaram percorrer este caminho sozinha.

Tenho obrigatoriamente de começar por agradecer à minha família, a minha mãe, o meu irmão, a minha avó e avô emprestado, José Barra. Agradecer a ti, mãe, que tanta força me deste ao longo, não só destes cinco anos, mas desde sempre. Obrigada por todos os raspanetes, todos os conselhos, todas as vezes em que simplesmente ficaste apenas a ouvir-me debitar matéria sem perceberes do que estaria a dizer. Obrigada por todas as noites mal dormidas, todas as vezes que saíste do aconchego da cama para me ires buscar aos convívios e festas. Obrigada por todas as lágrimas que enxugaste e por todos os abraços que me deste. Tudo isto e muito mais fizeram com que fosse possível terminar esta minha jornada. Agradeço a ti, meu maninho, por todas as gargalhadas que me permitiram desanuviar de um intenso dia de estudo ou de aulas, por todas as vezes em que me pediste para não estudar mais porque querias estar comigo. Agradeço a ti, avó e José, por me terem dado força ao longo de todos os anos, por terem estado lá em cada momento e cada lembrança.

Sinto-me grata por todas as amizades que construí neste percurso, amigos com quem construí imensas recordações, com quem partilhei muitas horas de aulas laboratoriais, de estudo e de jantares. Amigos que sem dúvida ficarão para o resto da vida.

Agradeço a toda a estrutura académica da Faculdade de Farmácia pelo ensino de excelência que ofereceram, deram-me as bases para que pudesse construir o meu conhecimento para exercer a minha profissão como Mestre em Ciências Farmacêuticas. Um particular agradecimento à Professora Doutora Irene Rebelo pela disponibilidade prestada e pela ajuda oferecida.

Agradeço ao Dr. Simão, Diretor Técnico da Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto, pela oportunidade de realizar o meu estágio profissionalizante na minha farmácia de escolha, por me ter transmitido todo o conhecimento indispensável ao desempenho da profissão de farmacêutico comunitário. Agradeço a toda a equipa da farmácia pela incrível forma como me acolheram, pela forma como me ajudaram e pelo conhecimento que me transmitiram. Obrigada por todos os conselhos, por todas as dúvidas que me tiraram e por me passarem

esse gosto que é ajudar o próximo. Esta é uma farmácia em que terei todo o gosto em evoluir a nível profissional e pessoal.

Sinto-me grata por todas as amizades que construí neste percurso, amigos com quem construí imensas recordações, com quem partilhei muitas horas de aulas laboratoriais, de estudo e de jantares. Amigos que sem dúvida ficarão para o resto da vida.

Resumo

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas contempla, no seu plano oficial de estudos, um estágio profissionalizante com duração mínima de seis meses, dos quais um período deve ser passado obrigatoriamente em Farmácia Comunitária.

O meu estágio na Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto teve a duração de quatro meses, tendo começado no dia 3 de maio e terminado no dia 2 de setembro. Durante este período integrei uma equipa de elevado profissionalismo, empenho e qualidade, que me permitiu adquirir conhecimentos técnicos e teóricos sobre a profissão de farmacêutico comunitário.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte irei abordar a organização e funcionamento da farmácia, as tarefas que realizei ao longo dos quatro meses. A segunda parte do relatório é dedicada a dois projetos realizados durante o estágio, o primeiro sobre os dispositivos de inalação e um segundo sobre a temática da doença venosa crónica.

Índice

Declaração de Integridade	III
Agradecimentos	IV
Resumo	V
Índice	VI
Índice de figuras	VIII
Índice de tabelas.....	VIII
Índice de anexos.....	IX
Lista de abreviaturas.....	X
1. Grupo Trofa Saúde	1
1.1. Hospital Privado de Alfena.....	1
2. Serviços Farmacêuticos Hospitalares	2
2.1. O papel do Farmacêutico Hospitalar	3
2.2. Serviços Farmacêuticos no Grupo Trofa Saúde	3
2.2.1. Serviços Farmacêuticos no HPAV	3
3. Gestão de medicamentos e produtos farmacêuticos	8
3.1. Seleção	8
3.2. Aquisição	9
3.2.1. Encomenda mensal	9
3.2.2. Estupefacientes e Psicotrópicos	10
3.2.3. Autorização de Utilização Excecional	10
3.2.4. Falhas de stock	11
3.3. Receção	11
3.4. Armazenamento	12
3.5. Distribuição.....	13
3.5.1. Distribuição clássica	13
3.5.2. Distribuição individual diária em dose unitária	14

3.5.3.	Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório	15
3.5.4.	Distribuição de medicamentos sujeitos a legislação específica	16
3.5.5.	Circuito de Distribuição Especial.....	18
3.5.6.	Carro de emergência	20
4.	Farmacotecnia.....	21
4.1.	Formas farmacêuticas não estéreis	21
4.2.	Formas farmacêuticas estéreis	21
4.3.	Fracionamento e reembalamento	22
5.	Controlo da Qualidade.....	23
5.1.	Controlo dos prazos de validade.....	23
5.2.	Controlo da temperatura e humidade	23
5.3.	Controlo de stocks	24
6.	Farmacovigilância.....	24
	Referências	25
	Anexos	28
	Declaração de Integridade	III
	Agradecimentos.....	IV
	Resumo	VI
	Índice.....	VII
	Índice de tabelas.....	XII
	Índice de anexos.....	XIII
	Lista de abreviaturas.....	XIV
	Parte I – Atividades desenvolvidas durante o estágio	1
	Introdução.....	1
1.	Grupo Sá da Bandeira	1
2.	Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto	2
2.1.	Localização e horário de funcionamento.....	2
2.2.	Recursos humanos.....	2
2.3.	Organização do espaço físico.....	2

2.3.1.	Espaço exterior.....	3
2.3.2.	Espaço interior.....	3
2.4.	Política de atendimento	4
2.5.	Sistema Informático	4
3.	Gestão e Administração da FSBRT	5
3.1.	Gestão de encomendas e de stock.....	5
3.2.	Fornecedores	6
3.3.	Receção de encomendas	7
3.4.	Armazenamento de encomendas	8
3.5.	Controlo de prazos de validade	9
3.6.	Devolução e quebra de produtos	9
4.	Dispensa de Medicamentos.....	10
4.1.	Medicamentos sujeitos a receita médica	10
4.1.1.	Prescrição médica	11
4.1.2.	Dispensa de medicamentos.....	14
4.1.3.	Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	15
4.1.4.	Dispensa de produtos destinados ao autocontrolo da <i>Diabetes Mellitus</i>	16
4.1.5.	Dispensa de medicamentos manipulados.....	16
4.1.6.	Regimes de comparticipação.....	17
4.1.7.	Subsistemas de saúde	18
4.1.8.	Medicamentos genéricos.....	18
4.1.9.	Vendas suspensas	19
4.1.10.	Conferência de receituário e faturação.....	19
4.2.	Medicamentos não sujeitos a receita médica.....	20
4.2.1.	Indicação farmacêutica.....	20
4.3.	Dispensa de outros produtos farmacêuticos e de saúde.....	21
4.3.1.	Dispensa de medicamentos hospitalares em regime de ambulatório.....	21
4.3.2.	Reconstituição de preparações extemporâneas	21
4.3.3.	Medicamentos e produtos de uso veterinário.....	22

4.3.4.	Suplementos alimentares	22
4.3.5.	Produtos de alimentação especial	22
4.3.6.	Produtos de puericultura e obstetrícia	23
4.3.7.	Produtos cosméticos e de higiene corporal	23
4.3.8.	Dispositivos médicos	24
5.	Serviços de saúde prestados	24
5.1.	Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	24
5.2.	Serviço de enfermagem	25
5.3.	Consultas de nutrição	25
5.4.	Entregas ao domicílio	25
5.5.	VALORMED	26
Parte II – Projetos desenvolvidos na farmácia		27
Projeto I – Dispositivos de Inalação		27
1.	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	27
2.	Dispositivos de Inalação	30
a)	Inalador pressurizado doseável (pMDI, do inglês <i>pressurized metered dose inhaler</i>)	31
b)	Inalador de pó seco (DPI, do inglês <i>dry powder inhaler</i>)	32
c)	Inalador de névoa suave (SMI, do inglês <i>soft mist inhaler</i>)	34
d)	Nebulizadores	35
3.	Conclusão	35
Projeto II – Doença Venosa Crónica		36
1.	Sistema Venoso	36
2.	Classificação CEAP	37
3.	Sinais e sintomas de DVC	38
4.	Epidemiologia	39
5.	Fatores de risco	39
6.	Fisiopatologia	40
7.	Tratamento	40

8.	Conclusão	41
	Considerações finais.....	42
	Referências	43
	Anexos	48

Índice de tabelas

Tabela 1 Técnica de inalação com o pMDI (adaptado de [38])	31
Tabela 2 Técnica de inalação com o DPI (adaptado de [45])	33
Tabela 3 Técnica de inalação com o SMI (adaptado de [38]).....	34
Tabela 4 Preparação do SMI (adaptado de [38])	35
Tabela 5 Sistema de classificação CEAP (adaptado de [38],[39]).....	38

Índice de anexos

Anexo I – Tarefas realizadas na FSBRT durante o estágio	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
Anexo II – Formações realizadas durante o estágio	<i>Erro! Marcador não definido.</i>
Anexo III – Panfleto <i>Doença Venosa Crónica</i>	<i>Erro! Marcador não definido.</i>

Lista de abreviaturas

ADIFA	Associação de Distribuidores Farmacêuticos
ADSE	Assistência na Doença dos Servidores do Estado
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
BDNP	Base de Dados Nacional de Prescrições
CAT	Chronic Obstructive Lung Disease Assessment Test
CCM-SNS	Centro de Controlo e Monitorização do SNS
CGD	Caixa Geral de Depósitos
CNP	Código Nacional de Produto
CNPEM	Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos
CVF	Capacidade Vital Forçada
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EI	Encomenda Individual
FAV	Farmácia Avenida
FAV+	Farmácia Avenida Mais
FF	Forma Farmacêutica
FSA	Faça Segundo a Arte
FSB	Farmácia Sá da Bandeira
FSBERM	Farmácia Sá da Bandeira Ermesinde
FSBRT	Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GROQUIFAR	Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos
IGM	Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães
IMC	Índice de Massa Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LABA	Long-Acting Beta Agonist
LAMA	Long-Acting Muscarinic Antagonist
MG	Medicamento Genérico
mMRC	Modified British Medical Research Council

MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva na Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
PE	Prescrição Eletrónica
PEM	Prescrição Eletrónica Materializada
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
PM	Prescrição Manual
PV	Prazo de Validade
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RSP	Receita Sem Papel
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários Norte
SI	Sistema Informático
SNS	Sistema Nacional de Saúde
VEF ₁	Volume Expiratório Forçado em 1 segundo

Parte I – Atividades desenvolvidas durante o estágio

Introdução

A designação Farmácia Comunitária transporta-nos para uma atividade do farmacêutico mais centrada no cidadão e na prestação de serviços de apoio à comunidade que serve. A farmácia, pela sua proximidade aos utentes, é um dos principais aliados do Serviço Nacional de Saúde no acesso a cuidados de saúde de qualidade, na obtenção e uso correto do medicamento, e promoção da literacia em saúde. O farmacêutico tem competência técnico-científica na área do medicamento, diferenciando-se dos restantes profissionais de saúde, podendo oferecer serviços de acompanhamento farmacoterapêutico, revisão da medicação e preparação individualizada da medicação. Estes são serviços que vão surgindo em Portugal, mas que ainda têm um longo caminho a percorrer comparativamente a outros países europeus.

Na Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto pude compreender o papel essencial do farmacêutico na qualidade de vida de cada um dos seus utentes. O meu estágio teve início no dia 3 de maio de 2021 e terminou a 02 de setembro do mesmo ano. Inicialmente, o meu horário foi de segunda a sexta-feira das 9h às 18h, com 1h de pausa para almoço. Quando o atendimento ao público tornou-se o foco do estágio, o meu horário passou a ser, essencialmente, das 8h30 às 17h. À medida que me tornava mais autónoma no atendimento, os horários de estágio tornaram-se mais diversos, no sentido de perceber a dinâmica da farmácia nos diversos períodos do dia, tendo a oportunidade de estagiar ao fim de semana, e de fazer o horário das 15h30 às 24h. No **Anexo I** estão representadas, por ordem cronológica, todas as tarefas realizadas na farmácia durante o meu período de estágio.

1. Grupo Sá da Bandeira

O Grupo Sá da Bandeira iniciou a sua atividade há 75 anos com a abertura da sua primeira farmácia, a Farmácia Sá da Bandeira (FSB), e começou a expandir-se sob a direção do Dr. Luís Pedro Liberal e do Dr. António Liberal, reunindo mais quatro farmácias – Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto (FSBRT), Farmácia Sá da Bandeira Ermesinde (FSBERM), Farmácia Avenida (FAV) e Farmácia Avenida Mais (FAV+) – e duas plataformas digitais, *farmacia.pt*, a qual disponibiliza a venda de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e outros produtos de saúde e o *skin.pt*, dedicado à cosmética e perfumaria.

O grupo compromete-se com os seus clientes a ter “zero” ruturas de stocks e, caso tal aconteça, a farmácia disponibiliza-se a encomendar o produto e a entregá-lo ao utente de forma rápida e ao domicílio, sem qualquer custo associado.

2. Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto

2.1. Localização e horário de funcionamento

A FSBRT localiza-se na Avenida Dr. Domingos Gonçalves de Sá, nº 444, freguesia de Rio Tinto, concelho de Gondomar. Encontra-se inserida numa zona habitacional e na imediação de várias instituições bancárias, centro de saúde e hipermercados, o que justifica a afluência de utentes de faixas etárias diversas.

O atendimento ao público funciona das 8h30 às 24h de segunda a sexta-feira, sendo que aos fins de semana e feriados inicia às 9h e termina às 24h. O serviço permanente é feito de forma rotativa com as restantes farmácias do concelho, sendo o atendimento executado ao postigo durante o mesmo ¹.

2.2. Recursos humanos

Atualmente, a equipa é composta por 17 farmacêuticos, incluindo o proprietário, o Dr. Luís Pedro Liberal, o diretor técnico, o Dr. Simão Fonseca, e as 4 farmacêuticas substitutas, a Dra. Filipa Moreia, a Dra. Nelma Mayor, a Dra. Cláudia Silva e a Dra. Sónia Teixeira, cumprindo desta forma o mínimo de dois farmacêuticos estipulado pelo Decreto-Lei nº 75/2016, de 8 de novembro ². Ao grupo de farmacêuticos juntam-se 8 técnicos de farmácia, 2 auxiliares de armazém, 4 estafetas responsáveis pelas entregas ao domicílio, 2 enfermeiras e ainda 2 seguranças (com rotação de horários) e uma funcionária responsável pela limpeza, sendo estes últimos subcontratados. Quando as necessidades da farmácia assim o exigem, existe a possibilidade de solicitar a colaboração de prestadores de serviço.

Segundo as Boas Práticas de Farmácia Comunitária, o pessoal que desempenha funções de atendimento ao público deve estar devidamente identificado com um cartão, contendo o nome e o título profissional ³.

Visto que se trata de um grupo de 5 farmácias, para além de todos os indivíduos que diariamente trabalham na FSBRT, existem outros profissionais em permanência nos escritórios da FSB.

2.3. Organização do espaço físico

A farmácia comunitária, dada a sua proximidade à população, é umas das principais portas de entrada no Sistema de Saúde. É um espaço onde se realizam atividades dirigidas para o medicamento e produtos de saúde (incluindo a preparação, obtenção, armazenamento, conservação e eliminação de medicamentos) e atividades dirigidas ao cidadão (nomeadamente a dispensa e administração de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico,

indicação farmacoterapêutica e farmacovigilância), sempre com a maior disponibilidade e qualidade dos serviços prestados ⁴.

Para que os profissionais possam realizar estas tarefas, necessitam de infraestruturas, equipamentos e fontes de informação apropriadas à prestação de serviços de qualidade, que garantam a privacidade e conforto do utente ⁴.

2.3.1. Espaço exterior

Como estipulado no Decreto-Lei nº 75/2016, de 8 de novembro, deve ser garantida a acessibilidade à farmácia de todos os utentes, tendo especial atenção com as crianças, idosos e portadores de deficiência. Quando o acesso à farmácia é feito através de escadas, deve existir uma porta alternativa ou rampa de acesso que facilite a entrada a indivíduos com dificuldades motoras ².

No exterior, a farmácia está identificada com a designação “*FARMÁCIA*” e com a cruz verde, a qual deve estar iluminada durante todo o período de abertura da farmácia, inclusive quando esta estiver de serviço noturno. É possível ainda constatar informações como o nome do diretor técnico e do proprietário, o horário de funcionamento, o contacto telefónico, as farmácias do município em regime de serviço permanente com a respetiva localização, os serviços prestados, entidades com as quais existem acordos de comparticipação ou desconto, campanhas e descontos em vigor no momento ⁴.

2.3.2. Espaço interior

A FSBRT é composta por dois pisos. No piso inferior deparamo-nos com a área de atendimento ao público, o gabinete, o armazém e *backoffice*, a casa de banho para uso interno e o escritório/laboratório, como estipulado na legislação em vigor ². A zona de atendimento é composta por 7 postos de trabalho, dispostos paralelamente à entrada da farmácia e equipados com material de apoio como computador, leitor de código de barras e impressora de talões. A ordem dos atendimentos é definida por um dispensador automático de senhas, localizado junto à entrada principal, existindo um monitor que indica a senha chamada. Nos balcões existem gavetas nas quais estão arrumados medicamentos de elevada rotatividade de stock, como é o exemplo da aspirina 100mg, paracetamol 500mg e paracetamol 1000mg, de forma a agilizar o atendimento. Atrás dos 5 principais balcões estão acondicionados medicamentos veterinários, material de penso, produtos de protocolo da *diabetes mellitus*, cremes de mãos e *sticks* labiais, medicamentos para os distúrbios gastrointestinais, pílulas contraceptivas, entre muitos outros. Nesta zona também se localizam as duas saídas de medicamentos armazenados no robot e MNSRM destinados a transtornos menores, tais como: gripe e constipação, obstipação e diarreia, azia e indigestão, e dor. Ao redor da sala existem lineares de produtos de podologia e ortopedia, puericultura, alimentação infantil, amamentação, saúde oral, capilares e produtos de cosmética para homem e mulher. No armazém, os medicamentos e produtos de saúde

encontram-se organizados por ordem alfabética e de dosagem, sendo separados em xaropes, carteiras, vaginais, comprimidos de rápida rotação, tópicos/loções, retais, emplastos, ampolas, injetáveis e estupefacientes/psicotrópicos. Para além disto, existe um frigorífico (temperatura entre 2°C e 8 °C) reservado ao armazenamento de produtos termolábeis e armários destinados à arrumação de excedentes. O *backoffice* é uma zona reservada à preparação de encomendas ao domicílio e receção de chamadas e onde se encontra o contentor do VALORMED. No escritório existe uma área para a conferência de receituário, armários para o armazenamento de soros, coletores urinários e produtos de colonoscopia, um segundo frigorífico e uma bancada para a preparação de medicamentos extemporâneos. O gabinete é utilizado pelos profissionais de saúde para os serviços de enfermagem e consultas de nutrição e ainda para a determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos.

No piso superior da farmácia existem duas salas, uma na qual se encontra o robot de dispensa de medicamentos, essencialmente comprimidos, oftálmicos, nasais e pomadas/cremes e dois postos de trabalho onde se realizam a gestão e receção de encomendas. Na segunda sala existe uma área de reuniões, uma copa onde os funcionários fazem as suas refeições e os cacifos dos colaboradores.

Em certos pontos estratégicos da FSBRT existem sistemas de medição da temperatura e humidade, o que permite monitorizar as adequadas condições de conservação dos medicamentos.

2.4. Política de atendimento

Uma vez que a FSBRT está inserida no Grupo Sá da Bandeira, todos os colaboradores devem seguir um documento comum e transversal denominado “Política de Atendimento”. Neste documento estão definidos alguns valores e princípios do grupo, tais como a paixão, superação, confiança, disponibilidade e rigor. O atendimento deve ser o mais uniforme possível, independentemente do profissional que o esteja a fazer. Para tal, na “Política de Atendimento” são dadas algumas indicações de como deve decorrer cada atendimento e como o farmacêutico deve direccionar as suas perguntas, de forma satisfazer o utente e esclarecer as suas dúvidas e informá-lo corretamente.

Aquando da entrada de novos colaboradores, são organizadas sessões de integração em que é explicada a “Política de Atendimento”, é feita uma apresentação do grupo e são passados os valores pelos quais a FSB se rege: rigor, paixão, qualidade, superação, respeito e criatividade.

2.5. Sistema Informático

O sistema informático (SI) utilizado na FSBRT é o Sifarma2000®, desenvolvido pela Glintt. O Sifarma2000 torna possível a gestão de toda a farmácia a partir de um só *software*. Este SI permite a gestão de encomendas e a sua receção, o controlo de stocks e prazos de validade,

a gestão de devoluções e de clientes, e o atendimento ao público. No que diz respeito às encomendas, com este programa é possível criar e fazer a receção da encomenda, devolução de produtos e gestão de quebras. No ato de dispensa, o Sifarma2000 é uma ferramenta fundamental pois permite aos profissionais consultar informações científicas relativas aos medicamentos, nomeadamente acerca da posologia, contraindicações, reações adversas e interações medicamentosas, ajudando o farmacêutico a fazer uma dispensa mais segura e completa sobre o uso correto do medicamento. A possibilidade de criar ficha de utente permite construir um histórico de vendas na farmácia, o que contribui para um atendimento personalizado da pessoa e permite uma melhor perceção da adesão à terapêutica. Caso o medicamento ou produto que o utente pretende não esteja disponível na farmácia, o SI disponibiliza a opção de consultar se é possível encomendá-lo a um dos fornecedores ou se este está disponível numa das restantes farmácias do grupo FSB, o que facilita a satisfação das necessidades dos utentes.

Desde o início do meu estágio utilizei o Sifarma2000 para consultar posologias e indicações farmacêuticas acerca dos medicamentos, nomeadamente enquanto fazia a receção de encomendas. Esta foi uma ferramenta que me auxiliou bastante durante o atendimento, desde logo para esclarecer dúvidas sobre as informações científicas dos medicamentos, permitindo-me fazer uma indicação farmacêutica com mais segurança.

3. Gestão e Administração da FSBRT

3.1. Gestão de encomendas e de stock

A FSBRT compromete-se a ter “zero” ruturas de stock, de forma a satisfazer as necessidades dos utentes. Assim, é fundamental adotar uma gestão de stocks que não coloque em causa a sustentabilidade económica da farmácia. O Sifarma2000 é uma ferramenta imprescindível à gestão de stock de cada produto, visto que permite definir e ajustar os stocks mínimos e máximos e gerar automaticamente uma proposta de encomenda sempre que o stock mínimo for atingido. Para estipular os stocks dos medicamentos e produtos da farmácia são analisados os perfis dos utentes, o histórico de compras e vendas, a possível sazonalidade do produto e o decorrer de campanhas promocionais.

As encomendas podem classificar-se em diárias, instantâneas e Via Verde, todas podendo ser realizadas através do Sifarma2000. No que diz respeito às encomendas diárias, estas são geradas automaticamente pelo SI quando o stock mínimo definido é atingido, sendo encomendada a quantidade necessária para alcançar o stock máximo. Posteriormente, a lista proposta pelo SI é analisada pelo colaborador responsável que pode retificar as quantidades a encomendar de cada produto, consoante as necessidades da farmácia. Após aprovação, esta

é enviada informaticamente ao fornecedor. As encomendas diárias são realizadas duas vezes por dia, garantindo a constante reposição do stock e minimizando uma eventual rutura do mesmo.

As encomendas instantâneas surgem quando ocorre uma falha ao balcão, em que o utente solicita um medicamento ou produto que não está disponível na farmácia naquele momento. O passo seguinte é realizar uma encomenda diretamente ao fornecedor indicado como preferencial no SI e preencher o impresso de Encomenda Individual (EI). Neste deve constar a data da encomenda, a identificação do colaborador, as informações do utente (nome e contacto), o Código Nacional de Produto (CNP), a designação do produto e a quantidade encomendada, a indicação se o utente deixou o produto pago ou não, e o fornecedor e número da encomenda. Uma porção deste impresso é destacável e é entregue ao utente, servindo como comprovativo no ato do levantamento da encomenda. As falhas de produtos ao balcão, bem como discrepâncias entre o stock físico e informático, devem ser registadas pelos profissionais numa tabela própria disponível na zona de atendimento, a qual é, à posteriori, avaliada por um colaborador que altera ou corrige, caso necessário, o stock no SI.

As encomendas Via Verde, ao abrigo do Projeto Via Verde do Medicamento autorizado pelo INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P), consistem numa via excecional de aquisição de medicamentos que se encontram frequentemente esgotados ou rateados, e que mediante uma receita médica válida podem ser encomendados informaticamente (até duas unidades por cada receita) aos fornecedores aderentes, os quais possuem um stock de medicamentos especificamente reservado para o efeito ⁵.

A partir do momento em que iniciei o atendimento ao público tive a oportunidade de acompanhar a realização das encomendas diárias pelos colaboradores responsáveis. No que diz respeito às encomendas instantâneas e por Via Verde, efetuei as mesmas em inúmeros atendimentos com o objetivo de satisfazer os pedidos dos utentes, sendo necessário em algumas delas agendar a entrega do/s produto/s ao domicílio.

3.2. Fornecedores

As farmácias só podem adquirir medicamentos e produtos farmacêuticos a fabricantes e distribuidores grossistas autorizados pela autoridade competente ⁶.

A FSBRT trabalha com quatro fornecedores habituais: a OCP Portugal, Empifarma, Alliance Healthcare e Cooprofar. A OCP Portugal é o principal fornecedor de MSRM, sendo que a Empifarma assegura a grande maioria dos MNSRM, leite e fraldas infantis e alguns produtos cosméticos. Os medicamentos veterinários são requisitados sobretudo à Cooprofar e à Agroviseu, enquanto os produtos ortopédicos são solicitados à Ortopedia Portugal, Farma⁺ e, pontualmente, à Alliance Healthcare. No que diz respeito a suplementos alimentares e produtos naturais, a farmácia recorre principalmente à Ervanária do Bonjardim.

3.3. Receção de encomendas

As encomendas são rececionadas no piso superior da FSBRT, numa operação que exige muita atenção e cuidado, visto tratar-se de um passo fundamental para o bom funcionamento da farmácia. Estas vêm acompanhadas da respetiva fatura em duplicado e acondicionadas em caixas de cartão, caixotes de plástico ou térmicos, no caso de produtos termolábeis. A receção das encomendas é realizada através do Sifarma no separador “Receção de Encomendas”. No entanto, no caso de estas serem efetuadas por telefone, é necessário, primeiro, proceder à criação manual das mesmas em “Gestão de Encomendas”. Os produtos termolábeis são verificados e armazenados imediatamente no frigorífico, depois de se verificar na fatura através do respetivo CNP, que a quantidade enviada foi a encomendada e se anotar o prazo de validade (PV).

De forma a facilitar a receção, os caixotes são organizados por fornecedores e por número de encomenda. De seguida, no SI é associada a fatura à respetiva encomenda e inicia-se a leitura dos produtos pelo código de barras ou *QR code*, verificando sempre o estado físico das embalagens e o PV, sendo este alterado quando o produto rececionado possui um PV inferior ao indicado no SI ou caso o stock existente seja zero. Terminado, organiza-se a lista de produtos por ordem alfabética e confere-se, de acordo com a informação constante na fatura, o preço de venda à farmácia (PVF) e o preço de venda ao público (PVP), atendendo sempre a eventuais descontos ou bonificações. Para os produtos que possuem preço impresso na cartagem (PIC), o PVP praticado é o mencionado na embalagem, para os restantes o PVP é calculado segundo a margem de lucro estabelecida para a FSBRT. Por fim, verifica-se se o total de unidades rececionadas, bem como o valor numérico indicado no SI, coincide com o descrito na fatura e, em caso afirmativo, finaliza-se a receção da encomenda. É impressa uma nota de entrada dos produtos que é agraphada à fatura original, na qual é colocada o carimbo de controlo de qualidade preenchido pelo operador que realizou a entrada da encomenda, registando o valor da fatura e unidades enviadas, o valor de entrada e das unidades rececionadas, data e assinatura. Estes documentos são arquivados em local apropriado, organizados por fornecedor, e no final de cada mês são verificados pelos colaboradores responsáveis.

A receção de medicamentos e produtos destinados a serem armazenados no robot é feita diretamente no robot através da leitura do *QR code* no *scanner*. Quando estes não possuem *QR code*, deve inserir-se manualmente o PV no monitor e ler-se o código de barras. No final, a encomenda é descarregada para o Sifarma e procede-se da forma descrita anteriormente.

Os produtos provenientes de uma encomenda instantânea são, após rececionados, corretamente identificados com um destacável da folha de EI e armazenados num armário específico à entrada do armazém no piso inferior.

Durante o primeiro mês e meio de estágio, a receção e armazenamento de encomendas ocupou o meu dia-a-dia na FSBRT. Durante este período rececionei as encomendas diárias aos fornecedores, tanto manualmente no SI como através do robot, criei encomendas manuais quando estas eram efetuadas por telefone e conferi as faturas das encomendas que rececionei. Todo este processo foi realizado de forma cada vez mais autónoma ao longo do tempo, até executar tudo de modo independente.

3.4. Armazenamento de encomendas

Os medicamentos e produtos farmacêuticos devem ser armazenados segundo as exigências específicas de iluminação, temperatura, humidade e ventilação das zonas de armazenamento, sendo que estas devem ser verificadas e registadas periodicamente ⁶. Todas as áreas de armazenamento da FSBRT são protegidas da luz solar direta, mantidas a uma temperatura inferior a 25°C e humidade relativa inferior a 60%. Diariamente estes parâmetros são registados numa folha específica por um colaborador.

Terminada a receção da encomenda, os produtos são separados em três contentores, de acordo com o local de armazenamento: produtos expostos nos lineares e armazenados nas gavetas dos balcões, comprimidos de rápida rotação e outras formas farmacêuticas, e medicamentos destinados a serem armazenados no robot mas que por lapso vieram na mesma encomenda dos restantes. De seguida, as banheiras são enviadas para o piso inferior da farmácia e procede-se ao armazenamento dos produtos no local devido. Os estupefacientes/psicotrópicos são imediatamente guardados no respetivo local pelo operador que efetuou a sua receção. Os medicamentos termolábeis, como referido anteriormente, são armazenados nos frigoríficos do armazém ou do escritório. Os restantes produtos são acomodados de acordo com o conceito *First Expired First Out*, minimizando a ocorrência de desperdícios e devoluções aos fornecedores.

Os produtos fruto das encomendas instantâneas são acondicionados numa estante destinada às reservas, separados em “pagos” e “não pagos”. As encomendas “não pagas” são guardadas para o utente durante três dias, ao fim do qual, se não forem levantados, entram para o stock da farmácia ou são devolvidos ao fornecedor.

Durante o primeiro mês e meio de estágio, para além da receção de encomendas também estive responsável pelo armazenamento dos produtos rececionados. Esta tarefa foi de extrema importância para me familiarizar com o local onde era guardado cada produto, o que auxiliou bastante no processo de atendimento. Enquanto arrumava alguns medicamentos pude contactar com outros que desconhecia e, desta forma, alargar o meu conhecimento.

3.5. Controlo de prazos de validade

No final de cada mês é gerada pelo Sifarma uma lista de produtos cujo PV expira nos três meses seguintes. Nessa lista consta o número total de unidades de cada produto, pelo que, no caso dos produtos não armazenados no robot, o colaborador responsável tem de verificar manualmente as unidades que efetivamente apresentam o PV a expirar nos próximos três meses, separando-as das restantes e colocando-as numa prateleira específica e alterando no SI o PV de cada produto para um novo mínimo. No caso concreto dos produtos veterinários e do protocolo da *diabetes mellitus*, esta gestão é realizada com seis meses de antecedência à expiração do seu prazo. Para os produtos acondicionados no robot este processo está facilitado, uma vez que na sua base de dados consta o PV de cada produto individualmente, pelo que somente as embalagens cujo PV expira no intervalo pretendido vão removidos do robot pela saída presente no piso superior da farmácia.

Os medicamentos e produtos de saúde que apresentam um prazo de validade inferior a dois meses são devolvidos ao fornecedor, sendo os restantes colocados numa prateleira específica, a fim de serem vendidos primeiro caso o PV o permita.

3.6. Devolução e quebra de produtos

Os motivos que levam um produto a ser devolvido ao fornecedor derivam das seguintes situações:

- a) Produto não conforme – as condições do produto não cumprem os requisitos
- b) Produto com prazo de validade curto
- c) Produto enviado incorretamente
- d) Produto pedido para um utente que posteriormente desistiu da encomenda
- e) Recolha de produto por parte do INFARMED

Quando se verifica um erro por parte do fornecedor, mais concretamente nas situações a), b) ou c), a reclamação deve ser feita por chamada telefónica, registando o número da reclamação em impresso próprio da FSBRT e aguardando a recolha do produto. Para se efetivar a devolução é necessário recorrer ao separador “Gestão de Devoluções” no Sifarma, criar uma devolução e preencher as informações necessárias, tais como: identificação do fornecedor, CNP e quantidade do produto a devolver, motivo e fatura de origem. A devolução é efetuada mediante a emissão de uma nota de devolução ao fornecedor que é impressa em triplicado, cada uma rubricada e carimbada. O impresso original e o duplicado são enviados juntamente com o produto ao fornecedor e o triplicado é arquivado na farmácia aguardando resposta por parte do fornecedor. Existem três hipóteses de resposta do fornecedor: este aceita a devolução e é feita a troca do produto, o fornecedor aceita a devolução e é emitida uma nota de crédito à farmácia (o profissional responsável deve regularizar a situação no SI) ou o fornecedor não aceita a devolução, o produto é devolvido e é realizada a sua quebra. No caso de ser necessário realizar a quebra de um produto, deve-se recorrer ao separador “Gestão de

Quebras” e efetuar a leitura do código de barras do produto e justificar, nas observações, o motivo da quebra. O impresso resultante da operação é colocado num arquivo próprio e o produto colocado no VALORMED reservado para o efeito. O objetivo é remover o produto do stock da farmácia sem que seja realizado o seu débito, de forma a não ser cobrado o IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado) associado.

Durante o período de estágio reservado ao armazém, em que realizei sobretudo a receção e armazenamento de encomendas, também efetuei algumas reclamações ao fornecedor via telefónica, sobretudo devido ao envio de produtos não constantes na fatura. Após a reclamação, tratava de finalizar o processo com a criação da devolução no Sifarma e, em uma ou duas situações, observei as minhas colegas a resolver as devoluções no SI quando o fornecedor emitiu uma nota de crédito.

4. Dispensa de Medicamentos

A dispensa de medicamentos constitui um ato profissional no qual o farmacêutico cede medicamentos a um utente mediante a apresentação de uma prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica. A medicação dispensada deve ser alvo de uma avaliação pelo farmacêutico, com o objetivo de identificar e resolver possíveis problemas relacionados com o medicamento, protegendo o utente de eventuais resultados negativos a este associado. Além do mais, esta prática deve ser acompanhada de toda a informação, verbal e escrita, imprescindível ao uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais de cada utente, de modo a este retirar o máximo benefício do tratamento ⁷.

Quanto à dispensa ao público, os medicamentos são classificados em MSRM e MNSRM ⁸.

4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

Conforme descrito no Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, os MSRM abrangem todos os medicamentos que “*possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar; destinam-se a ser administrados por via parentérica*”. Estes medicamentos podem ainda ser classificados em medicamentos de receita médica renovável (medicamentos que se destinam a doenças ou tratamentos prolongados), receita médica especial (incluem os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos) e receita

médica restrita (medicamentos que se destinam a uso exclusivo hospitalar ou a pacientes em tratamento ambulatorio) ⁸.

4.1.1. Prescrição médica

A legislação aplicável à prescrição de medicamentos foi alterada para promover a desmaterialização de todo o circuito, desde a prescrição, à dispensa e conferência de receituário.

A prescrição de medicamentos, incluindo os medicamentos manipulados e aqueles contendo estupefacientes e psicotrópicos, tem de ser efetuada por meios eletrónicos, com o objetivo de aumentar a segurança no processo de prescrição e dispensa, facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e agilizar a prescrição e conferência de receituário. Até que seja possível a total desmaterialização, coexistem duas formas de prescrição: a Prescrição Eletrónica (PE) e a Prescrição Manual (PM). A PE pode ainda subdividir-se em Prescrição Eletrónica Materializada (PEM) e Prescrição Eletrónica Desmaterializada ou Receita Sem Papel (RSP).

Independentemente da modalidade de prescrição adotada, o prescriptor tem de identificar os medicamentos através da Denominação Comum Internacional (DCI), forma farmacêutica (FF), dosagem, dimensão da embalagem e posologia, sendo que esta informação é codificada através do CNPEM (Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos). Todavia, existem casos em que a lei permite a prescrição por nome comercial do medicamento ou do titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM). Estas situações podem ocorrer quando não existem similares (medicamentos com o mesmo CNPEM) do medicamento de marca prescrito; o medicamento de marca não dispõe de medicamentos genéricos participados; o medicamento, por motivos de propriedade intelectual, apenas pode ser prescrito para determinadas indicações terapêuticas; ou quando o prescrito aplica uma das três justificações técnicas: **a)** medicamento com margem terapêutica estreita; **b)** intolerância ou reação adversa, previamente reportada ao INFARMED, a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial; **c)** medicamento destinado a assegurar um tratamento com duração estimada superior a 28 dias. No que diz respeito à exceção c) do nº 3 do art. 6º, é permitido ao utente optar por um medicamento com a mesma DCI, FF, dosagem e tamanho de embalagem similar ao prescrito, desde que este apresente um preço inferior ao medicamento prescrito ^{8,9}.

Durante o período em que estive no atendimento aos utentes pude contactar com todas as modalidades de prescrição referidas, sendo as receitas eletrónicas materializadas, sem dúvida, as mais comuns. Pude constatar que muitos utentes, principalmente os mais idosos, tinham uma grande dificuldade em gerir as receitas eletrónicas desmaterializadas pois não conseguiam monitorizar o que restava na receita, deixando inúmeras vezes passar a validade

das mesmas ou até apagando, por descuido, as mensagens. De forma a auxiliar os utentes neste assunto, no final do atendimento imprimia a receita com o que restava de medicação, de forma a facilitar-lhes esse controlo.

4.1.1.1. Prescrição manual

A prescrição de medicamentos pode, excecionalmente, realizar-se por via manual nas situações de falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do prescritor, prescrição no domicílio ou até um máximo de 40 receitas por mês. Para tal, o prescritor deve identificar, assinalando com uma cruz a alínea correspondente, a exceção legal a ser aplicada.

Para que seja válida, a receita manual tem de obedecer a determinadas especificidades, como:

- a) não conter rasuras, caligrafias diferentes ou ser prescrita com canetas diferentes ou lápis
- b) não é permitida mais do que uma via de receita manual
- c) identificação do local de prescrição ou respetiva vinheta, se aplicável
- d) vinheta identificativa do prescritor
- e) especialidade médica, se aplicável
- f) identificação da exceção que justifica a prescrição manual
- g) nome e nº do utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e, sempre que aplicável, o número de beneficiário
- h) entidade financeira responsável
- i) regime especial de comparticipação, se aplicável
- j) identificação do medicamento, em que o número de embalagens prescritas deve constar por extenso e em cardinal
- k) justificação médica, se aplicável
- l) identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável
- m) data da prescrição
- n) assinatura manuscrita do prescritor

Esta modalidade de receita apresenta uma validade de 30 dias seguidos, contada a partir da data da sua emissão. Em cada receita manual podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, no máximo de duas embalagens por medicamento, e num total de quatro embalagens por receita. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento ^{9,10,11}.

Uma vez que existem vários elementos a considerar na validação de uma receita manual, na FSBRT é necessário pedir a um colega uma segunda conferência da mesma.

Com este tipo de prescrição, a minha maior dificuldade foi compreender a caligrafia de alguns prescritores, o que dificultava a dispensa dos medicamentos visto não os conseguir identificar. Em situações pontuais deparei-me com alguns erros de prescrição, nomeadamente a não identificação da entidade financeira responsável, o não preenchimento do nº do SNS ou não indicar a dosagem ou número de embalagens a dispensar. Quando o prescriptor não discrimina a dosagem, a quantidade de embalagens ou a sua dimensão, a opção é fornecer o medicamento participado de menor dimensão e com a dosagem mais baixa.

4.1.1.2. Prescrição eletrónica

As prescrições eletrónicas são validadas e registadas no sistema central de prescrições, denominado Base de Dados Nacional de Prescrições (BDNP), através de *softwares* de prescrição. Após a emissão da receita pelo prescriptor, a informação da mesma é disponibilizada ao utente através do envio de uma mensagem de texto para o telemóvel, envio de um e-mail ou através da impressão do guia de tratamento, no caso da RSP, ou impressa quando se trata de uma receita eletrónica materializada. Para que na farmácia seja possível aceder à receita é necessário o código de acesso e dispensa, o qual confere autorização de acesso à receita e confirma a dispensa da mesma e, no caso de o utente pretender optar por um medicamento com preço superior ao 5º medicamento similar mais barato, este deve fornecer ao farmacêutico o código de direito de opção.

Nas RSP, cada linha de prescrição contém apenas um medicamento até um máximo de duas embalagens, no caso de medicamentos destinados a tratamentos de curta/média duração, com uma validade de 60 dias seguidos, contada a partir da data de emissão, ou até um máximo de seis embalagens, no caso de tratamentos de longa duração, com uma validade de 6 meses. Há semelhança das receitas manuais, as PEM apresentam uma validade de 30 dias seguidos, contada a partir da data da sua emissão, salvo se forem prescritos medicamentos que se destinam a tratamentos de longa duração, em que este tipo de prescrição pode ser renovável com uma validade até 6 meses, através da emissão de até 3 vias, cada uma com um número de receita único e devidamente mencionada. Independentemente da modalidade de receita, no caso dos medicamentos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento ou até 12, na eventualidade de se tratar de uma terapêutica de longa duração. De forma excecional, o prescriptor pode realizar prescrições com número de embalagens superior aos limites estipulados e com uma validade de 12 meses, mediante fundamentação médica ^{9,11,12}.

Sem dúvida que a dispensa de medicamentos estava facilitada com as prescrições eletrónicas, sendo que as PEM foram aquelas com que mais contactei durante o estágio.

4.1.2. Dispensa de medicamentos

No momento da dispensa, o farmacêutico deve ter o cuidado de informar o utente acerca do medicamento comercializado que é similar ao prescrito e que apresenta um preço mais baixo, visto que o utente tem o seu direito de opção na escolha do medicamento sempre que tal lhe seja permitido. Para tal, a farmácia deve ter disponível, no mínimo, três medicamentos de entre os cinco que apresentam o preço mais baixo de cada grupo homogéneo, que corresponde ao conjunto de medicamentos com a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias ativas, FF, dosagem e via de administração.

Com a RSP, o utente tem a opção de adquirir os medicamentos e/ou produtos de saúde prescritos de forma faseada e/ou em farmácias distintas. O mesmo não acontece no caso da PEM e da PM, em que a prescrição tem de ser levantada na totalidade, salvo vontade contrária do utente. No caso de o utente não querer adquirir algum dos produtos constante na receita materializada ou manual, o farmacêutico deve informá-lo que este não voltará a ter acesso à mesma para posterior levantamento da restante medicação.

O utente fazendo uso de uma RSP pode obter, por mês, um máximo de duas embalagens do mesmo medicamento ou quatro embalagens se estas se apresentarem sob a forma de dose unitária. A dispensa de um número superior origina um erro de validação no SI: *“O número de embalagens dispensadas é superior ao legalmente estabelecido e não foi indicada a respetiva justificação”*. Para prosseguir a dispensa sem erros é necessário selecionar uma das seguintes justificações: dificuldade de deslocação à farmácia; ausência prolongada do país; extravio, perda ou roubo de medicamentos; a quantidade de embalagens para cumprir a posologia é superior a duas embalagens por mês ou quatro, em caso de dose unitária.

Outra situação importante no ato da dispensa, este do ponto de vista mais técnico, prende-se com o facto de na PM ser sempre necessário inserir, manualmente, no Sifarma a informação do medicamento e/ou produto de saúde prescrito, bem como o plano de comparticipação indicado. No caso da PEM, a introdução manual da informação só é necessária se esta não apresentar código de acesso e de dispensa (o qual permite que a receita seja automaticamente descarregada no SI) nem CNPEM ou CNP, o que permite selecionar o medicamento similar ao prescrito. Após a dispensa de medicamentos prescritos em PM ou PEM, o farmacêutico deve assinar e carimbar a receita médica, devendo ser impressos informaticamente no verso da receita os respetivos códigos identificadores, número de registo dos medicamentos em caracteres e código de barras, quantidade fornecida, preço total de cada medicamento, valor total da receita, encargo do utente em valor por medicamento e respetivo total, comparticipação do Estado em valor por medicamento e respetivo total, identificação da farmácia, data da dispensa e informação relativa à exercício do direito de opção, se aplicável ^{9,12,13}.

Deparei-me, diversas vezes, com utentes, principalmente idosos e com mobilidade reduzida, que se deslocavam à farmácia apenas uma ou duas vezes por mês para aviar as

suas receitas médicas. Uma grande maioria era acompanhada por familiares que lhes davam boleia ou vinham de táxi para comprarem a sua medicação. Nestas situações era necessário dispensar mais do que duas embalagens de cada medicamento, pelo que fazia uso da justificação “dificuldade de deslocação à farmácia” para prosseguir a dispensa.

4.1.3. Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

Geralmente associados à prática de atos ilícitos, os medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos são alvo de uma especial atenção das autoridades competentes, sendo dos medicamentos mais controlados em todo o mundo. Sem prejuízo do referido anteriormente, se utilizados no âmbito terapêutico e cumprindo exatamente as indicações médicas, estes medicamentos apresentam propriedades benéficas no tratamento de diversas doenças.

Os medicamentos que contêm substâncias ativas classificadas como estupefacientes ou psicotrópicos (contidas nas tabelas I e II do Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, e nº 1 do artigo 86º do Decreto-Regulamentar nº 61/94, de 12 de outubro) seguem as mesmas regras dos restantes medicamentos já referidos. É preciso ter em atenção que no caso de PEM ou PM, estes têm de ser prescritos isoladamente dos restantes medicamentos ou produtos de saúde. Durante a dispensa de estupefacientes/psicotrópicos, e independentemente do tipo de prescrição, o farmacêutico tem de recolher informaticamente os seguintes elementos: identificação do utente, nomeadamente nome completo e morada; e identificação do indivíduo que efetua o levantamento da medicação, particularmente o nome completo, data de nascimento, morada, número do documento de identificação e validade. No final do atendimento é emitido um talão, designado *Documento de Psicotrópicos*, no qual constam, para além dos dados recolhidos, a identificação do prescritor, a identificação da farmácia (nome e número de conferências de receitas), o número da prescrição, a identificação do medicamento (número de registo e quantidade dispensada) e a data da dispensa. No caso de se tratar de uma PM ou PEM, o *Documento de Psicotrópicos* é impresso no verso da receita.

Na FSBRT, para além do procedimento referido, é obrigatório pedir a um colega para verificar toda a informação recolhida e ainda o CNP dos medicamentos a dispensar. Caso tudo esteja correto, ambos os colaboradores (aquele que verifica e aquele que dispensa) assinam uma folha A5 em branco à qual é agrafado o *Documento de Psicotrópicos*. Na farmácia fica arquivada, pelo período de três anos, uma reprodução em papel ou em suporte informático das prescrições médicas, organizadas por data de dispensa. Só é necessário enviar ao INFARMED a digitalização das PM, até ao dia oito do mês a seguir à dispensa, visto que os dados registados pela farmácia aquando da dispensa de uma prescrição eletrónica são comunicados à BDNP, sendo o controlo destes medicamentos realizado informaticamente ^{9,13}.

Durante o período de atendimento foi praticamente diário as situações de dispensa ou de verificação de dispensa de estupefacientes e psicotrópicos. Considero esta dupla verificação uma mais-valia, dado que assegura que a dispensa é realizada dentro dos trâmites legais e sem erros.

4.1.4. Dispensa de produtos destinados ao autocontrolo da Diabetes Mellitus

As tiras-teste para a determinação da glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas ao controlo da *diabetes mellitus* são abrangidos por um regime de comparticipação do Estado. Os produtos comparticipados constam de uma listagem fornecida pelo INFARMED e seguem as mesmas regras dos medicamentos no que respeita ao número de embalagens e validade da prescrição. No caso da PEM ou PM, estes produtos têm de ser prescritos isoladamente, ou seja, a prescrição médica não pode conter outros medicamentos/produtos e não podem ser prescritos em receita renovável ^{9,14}.

Para diabéticos tipo II não tratados com insulina apenas podem ser prescritas 200 unidades de tiras-teste para a determinação da glicemia, por utente, por ano ⁹. O Estado responsabiliza-se pela comparticipação de 85% do PVP das tiras-teste e 100% do PVP das agulhas, seringas e lancetas sendo que para efeitos de inclusão no regime de comparticipação, estes produtos estão sujeitos a um preço máximo de venda ao público ¹³.

A FSBRT fornece gratuitamente os glicosímetros a diabéticos. Num atendimento em particular forneci ao utente um glicosímetro e expliquei o seu funcionamento. De resto, foi praticamente diária a dispensa de tiras-teste, agulhas e lancetas aos utentes.

4.1.5. Dispensa de medicamentos manipulados

Os medicamentos manipulados, ou seja, “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”, constantes no Anexo do Despacho nº 18694/2010, de 18 de novembro, são comparticipados em 30% do seu PVP ¹⁵. O prescriptor deve selecionar estes medicamentos através de uma lista predefinida, visto que uma prescrição em campo de texto livre leva à sua não comparticipação, independentemente de o medicamento manipulado constar do Despacho referido, com a exceção das prescrições manuais. Nas PEM e PM é necessário constar a sigla FSA (Faça Segundo a Arte) e as regras citadas anteriormente em relação ao número máximo de embalagens e à validade das prescrições aplicam-se igualmente aos medicamentos manipulados. Acrescentar que nestas prescrições os medicamentos têm de ser prescritos isoladamente ^{9,13}.

No grupo, os medicamentos manipulados são preparados no laboratório da Farmácia Sá da Bandeira (Porto). Sempre que chega um utente à farmácia a pedir a dispensa de um manipulado, o que temos de fazer é enviar uma cópia da prescrição médica, por e-mail, para o

responsável do laboratório a questionar se é possível a sua preparação, quanto tempo demoraria e o PVP. Deste modo podemos fornecer o máximo de informações ao utente para que este possa tomar uma decisão.

4.1.6. Regimes de comparticipação

A atual legislação prevê a comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial, o qual se aplica a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupos de doentes ¹³.

No regime geral de comparticipação, ao qual têm direito todos os utentes do SNS, o Estado assume o pagamento de uma percentagem do PVP dos medicamentos de acordo com os seguintes escalões ^{13,16}:

- Escalão A – 90%
- Escalão B – 69%
- Escalão C – 37%
- Escalão D – 15%

Consoante as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização e as entidades que o prescrevem, o medicamento insere-se num determinado escalão ¹⁶.

No regime especial, a comparticipação pode ser usufruída por beneficiários pensionistas e/ou com patologias específicas, grupos de doentes ou cidadãos estrangeiros com estatuto de refugiados ou com direito a asilo em Portugal. No caso concreto da comparticipação em função dos beneficiários, a comparticipação do Estado no preço de medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5% (95%) e de 15% nos escalões B (84%), C (52%) e D (30%) para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil anterior. A comparticipação no preço dos medicamentos para os pensionistas referidos é ainda de 95% para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos PVP sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo homogêneo em que se inserem. O regime especial de comparticipação engloba igualmente medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou grupos de doentes, nomeadamente: psoríase, procriação medicamente assistida, artrite reumatoide, idiopática juvenil e psoriática, psicose maníaco-depressiva, hemoglobinopatia, lúpus ^{13,16,17}. Ainda referir que “os *requerentes de asilo têm acesso gratuito ao SNS para efeitos de cuidados de urgência, incluindo diagnóstico e terapêutica, e de cuidados de saúde primários, bem como assistência medicamentosa, a prestar pelos serviços de saúde da sua área de residência*” ¹⁸.

Nas PM, o regime especial de comparticipação tem de ser representado pelas letras R e/ou O. A letra R aplica-se aos utentes pensionistas e pode ser substituída pela colocação de uma vinheta de cor verde de identificação da unidade de saúde onde ocorre a prescrição. A letra O aplica-se aos utentes possuidores de uma doença abrangida por diploma, o qual deve ser mencionado pelo prescriptor junto à identificação do medicamento. Nas PE, é igualmente

indispensável existir a menção ao respetivo diploma legal associado à linha de prescrição do medicamento ⁹.

Durante o atendimento deparei-me com alguns regimes especiais de comparticipação nomeadamente relativos à psoríase e lúpus.

4.1.7. Subsistemas de saúde

Existem inúmeros subsistemas de saúde públicos e privados, os quais assumem, em complementaridade com o SNS, uma percentagem do PVP dos medicamentos. A Assistência na Doença dos Servidores do Estado (ADSE) é o principal subsistema de saúde público. No setor privado, é possível enumerar o SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte) e as suas variantes, CGD (Caixa Geral de Depósitos) e Sãvida/EDP.

No momento da dispensa, o utente deve apresentar o respetivo cartão de beneficiário para que possa usufruir desta complementaridade. No final da venda, no caso de ser aviada uma RSP, é emitido um talão que deve ser carimbado, datado e assinado pelo colaborador responsável pela dispensa. Se se tratar de uma PM, esta deve ser fotocopiada pois a prescrição original é enviada ao SNS e a cópia ao subsistema de saúde. No verso da PM e da PEM é discriminado o plano de complementaridade selecionado, o número do cartão utilizado, os medicamentos dispensados, a data da dispensa, entre outras informações.

Os subsistemas de saúde com que mais contactei durante o estágio foram o SAMS, Sãvida/EDP e CGD, cada um com as suas particularidades.

4.1.8. Medicamentos genéricos

Um medicamento genérico (MG) é aquele que apresenta a mesma substância ativa, FF, dosagem e indicação terapêutica que o medicamento de marca que lhe serviu de referência, em que a sua bioequivalência foi demonstrada através de estudos de biodisponibilidade. A AIM dos MG está sujeita às mesmas condições legais dos restantes medicamentos pelo que apresentam garantia da qualidade, segurança e eficácia. Estes são facilmente identificados pela sigla MG inscrita na embalagem exterior do medicamento.

O farmacêutico tem o dever de informar o utente da possibilidade de optar, sempre que possível, por um MG, transmitindo a informação que este apresenta a mesma segurança, qualidade e eficácia que o medicamento de referência e a um preço 20 a 35% mais barato¹⁹.

Na FSBRT, os utentes optam geralmente pelos MG, uma vez que já sabem tratar-se de um medicamento similar a um preço inferior. Pela experiência que tive, apesar de toda a informação partilhada, existem indivíduos que desconfiam da segurança e qualidade dos MG e outros que

continuam desinformados, visto que aconteceu utentes estarem a utilizar MG pensando tratar-se de medicamentos de marca.

4.1.9. Vendas suspensas

Uma venda suspensa acontece quando um MSRM é dispensado na ausência de uma prescrição médica válida, pelo que o utente paga o medicamento na totalidade, pois não é feita a sua comparticipação pelo Estado. Estas situações têm de ser avaliadas caso a caso, só devendo acontecer pontualmente. Na FSBRT, existe a possibilidade de ceder-se medicamentos em venda suspensa quando estes se destinam ao tratamento de doenças crónicas, como hipertensão arterial, dislipidemias, *diabetes mellitus*, depressão, entre outras, e após verificar a ficha do utente no SI para confirmar que a pessoa já adquiriu a medicação com prescrição médica. Posteriormente, o utente deve dirigir-se de novo à farmácia para apresentar a prescrição e, assim, regularizar a venda suspensa. Nessa altura, se o medicamento for comparticipado, o valor da comparticipação é devolvido ao utente. Ressalvar que nem todos os medicamentos são passíveis de se fazer uma venda suspensa como é o caso dos estupefacientes/psicotrópicos.

Ocasionalmente cedi medicamentos em venda suspensa, sempre após verificar o histórico de compras do utente para perceber se este já havia obtido o medicamento em questão com receita médica. Também era costume questionar o utente acerca da toma do medicamento para averiguar se o estava a fazer corretamente.

4.1.10. Conferência de receituário e faturação

As PEM, PM e documentos impressos relativos à complementaridade de comparticipação pelos subsistemas de saúde ou à comparticipação integral pelas seguradoras têm de ser conferidos pelo farmacêutico responsável. No caso da PEM e PM, o colaborador verifica se a medicação dispensada corresponde à prescrita, se todos os elementos necessários por lei para que a receita esteja válida estão corretos e se o verso da receita está assinado pelo utente, carimbado, datado e assinado pelo responsável pela dispensa. Este procedimento é realizado regularmente e é de extrema importância, de forma a garantir que as receitas estão conformes as normas para que a farmácia possa receber o reembolso das comparticipações.

Todas as prescrições médicas dispensadas num determinado mês são agrupadas por número e tipo de lote, sendo que cada lote contém, no máximo, 30 receitas. A farmácia, para efeitos de faturação, tem de enviar ao Centro de Controlo e Monitorização do SNS (CCM-SNS) as faturas (em duplicado), as notas de débito/crédito (em duplicado), a relação resumo de lote, o verbete de identificação de lote e as receitas médicas em papel, PEM e PM, que contenham medicamentos e produtos comparticipados. A documentação referente à comparticipação pelas seguradoras e subsistemas de saúde é encaminhado para a Associação Nacional de Farmácia

(ANF) que, por sua vez, se encarrega de intermediar o processo entre as seguradoras/subsistemas e a farmácia. A farmácia têm de enviar a documentação até ao dia 10 do mês seguinte ao qual a faturação é referente, para que a conferência e pagamento das comparticipações ocorra dentro dos prazos ²⁰.

Nas minhas primeiras semanas de atendimento, acompanhei a farmacêutica responsável na conferência de receituário para me familiarizar com as entidades financeiras responsáveis e perceber os pontos que precisava de verificar para validar uma prescrição. Assim, passei a ficar mais atenta aos elementos que poderiam resultar na devolução das receitas e perda da comparticipação.

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Os MNSRM correspondem a medicamentos cuja dispensa não requer a apresentação de prescrição médica e destinam-se a aliviar ou resolver transtornos de saúde menores, de curta duração, que não apresentam relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente ⁷. Para além das farmácias, desde 2005 estes medicamentos “*podem ser vendidos ao público fora das farmácias em locais que cumpram os requisitos legais e regulamentares*”. Contudo, os medicamentos que beneficiam de comparticipação do Estado no seu preço continuam a ser vendidos exclusivamente nas farmácias. Apesar da venda destes medicamentos se realizar fora das farmácias, esta só pode ser concretizada por um farmacêutico ou por técnico de farmácia ou sob a sua supervisão, de forma a garantir o uso racional dos medicamentos ²¹.

Existem ainda os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva na Farmácia (MNSRM-EF), que consistem em medicamentos que embora possam ser dispensados sem prescrição médica, a respetiva dispensa está condicionada da intervenção de um farmacêutico e aplicação de protocolos de dispensa ²².

4.2.1. Indicação farmacêutica

A indicação farmacêutica é o ato profissional através do qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um MNSM, ou de um produto de saúde, e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de aliviar ou resolver uma afeção menor, entendido como um problema de saúde de carácter não grave, autolimitado, de curta duração e que não apresenta relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente. O farmacêutico deve, junto do utente, obter informações sobre o motivo da queixa, a duração do problema de saúde menor, outros sinais ou sintomas experienciados pela pessoa, outros problemas de saúde manifestados pelo utente e medicamentos toma. Após recolher toda a informação relevante, o profissional pode indicar um MNSRM para aliviar ou tratar o sintoma menor, oferecer ao utente outros serviços de cuidados farmacêuticos ou encaminhá-

lo ao médico ou outro profissional de saúde. A dispensa do MNSRM, tal como todos os outros, deve ser acompanhada da informação necessária a uma correta utilização do medicamento, nomeadamente posologia e duração do tratamento ⁷.

Durante o meu estágio foram várias as situações em que um utente chegava à farmácia com um problema menor e questionava qual o medicamento mais adequado para a situação. Os transtornos menores com os quais fui mais confrontada foram os estados gripais, lesões cutâneas, diarreia e obstipação. No início, enquanto não me sentia tanto à vontade, pedia ajuda a um colega de forma a indicar ao utente a melhor opção terapêutica. Principalmente nos medicamentos contendo anti-inflamatórios e nos descongestionantes nasais, tinha sempre o cuidado de alertar para o facto de não utilizar mais do que 3-5 dias e nas situações de diarreia ou obstipação indicava opções não farmacológicas de tratamento.

4.3. Dispensa de outros produtos farmacêuticos e de saúde

4.3.1. Dispensa de medicamentos hospitalares em regime de ambulatório

O Ministério da Saúde, através da publicação do Despacho nº 4270-C/2020, de 7 de abril, e do Despacho nº 5315/2020, de 7 de maio, autoriza que “os medicamentos dispensados por farmácia hospitalar em regime de ambulatório podem, excecionalmente, a pedido do utente, ser dispensados nas farmácias comunitárias por si indicadas” ^{23,24}. O Despacho surge no seguimento do Projeto Farma2Care do Centro Hospitalar Universitário de São João, em parceria com a Ordem dos Farmacêuticos, a Associação Nacional de Farmácias e a Associação de Distribuidores Farmacêuticos. O hospital envia, por distribuidores por grosso devidamente autorizados para o efeito, o medicamento para a FSBRT. Quando o medicamento é rececionado na farmácia, o utente é contactado para que possa efetuar o seu levantamento. A dispensa destes fármacos tem de ser realizada pelo diretor técnico ou por um dos farmacêuticos substitutos, que deve avaliar se o utente relata novos sinais ou sintomas sugestivos de agravamento da doença, interações medicamentosas ou efeitos indesejados relacionados com o uso do medicamento, reportando, caso necessário, essas informações aos serviços farmacêuticos hospitalares ²⁵.

4.3.2. Reconstituição de preparações extemporâneas

Os antibióticos, de salientar os pediátricos, são comercializados sob a forma de pó para suspensão oral, necessitando de ser reconstituídos antes de serem administrados. Aquando da sua dispensa na FSBRT, o colaborador oferece-se para fazer a reconstituição do antibiótico, para que o utente leve o medicamento já pronto a utilizar. A reconstituição é feita no laboratório da farmácia, mediante a adição de água purificada.

Durante o meu estágio, procedi a várias reconstituições de antibióticos, cada um com as suas particularidades.

4.3.3. Medicamentos e produtos de uso veterinário

Com base no Decreto-Lei nº 148/2008, de 29 de julho, o medicamento veterinário é *“toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário, ou exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”*²⁶. Os medicamentos e produtos veterinários são um importante recurso na defesa da saúde e do bem-estar, não só do animal, mas também do ser humano e na proteção da saúde pública. Na FSBRT estão disponíveis uma grande variedade de medicamentos e produtos de uso veterinário, de salientar os desparasitantes internos e/ou externos, substitutos de leite maternos para as crias de gatos e cães, produtos de higiene e anti-inflamatórios.

Sem dúvida que os produtos veterinários mais requeridos no atendimento são os desparasitantes, tanto internos como externos. Apesar de me sentir mais à vontade, ainda é uma área que me suscita dúvida devido à falta de conhecimento adquirido durante a formação académica. É um tema que vou necessitar de aprofundar no futuro, de forma a poder dar um aconselhamento mais completo aos utentes.

4.3.4. Suplementos alimentares

Os suplementos alimentares, de acordo com o Decreto-Lei nº 136/2003, de 28 de junho, correspondem a *“géneros alimentícios que se destinam a complementar e/ou suplementar um regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutritivas ou outras com efeito nutricional ou fisiológico”*²⁷. Estes são comercializados em forma doseada e destinam-se a ser tomados em unidades de medida de quantidade reduzida. Estes produtos antes de serem colocados no mercado nacional têm de ser notificados à Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), de forma a possibilitar o acompanhamento e controlo oficial dos mesmos²⁸.

A FSBRT disponibiliza uma grande variedade de suplementos alimentares destinados a situações de fadiga mental e física, queda capilar, saúde das articulações, entre outros.

4.3.5. Produtos de alimentação especial

Os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial são aqueles que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem dos alimentos

de consumo correntes, mostrando-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas. A alimentação especial destina-se a satisfazer as necessidades nutricionais de pessoas cujo processo de assimilação ou metabolismo se encontrem perturbados; pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que podem beneficiar de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos; lactentes (até aos 12 meses de idade) ou crianças de pouca idade (dos 12 aos 36 meses) em bom estado de saúde ^{29,30}. A sua comercialização deve ser monitorizada pelas autoridades competentes, DGAV, razão pela qual se torna necessária a sua prévia notificação³⁰.

O Despacho nº 14319/2005, de 29 de junho, definiu os erros congénitos do metabolismo e estabeleceu os produtos dietéticos que, com carácter terapêutico, são indicados para satisfazer as necessidades nutricionais destes utentes. Estes produtos são dispensados com a comparticipação de 100% desde que sejam prescritos no Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães (IGM) ou nos centros de tratamento dos hospitais protocolados com o referido instituto ^{13,31,32}.

Na FSBRT destacam-se os produtos de alimentação infantil, como os leites e papas, e os suplementos hipercalóricos e/ou hiperproteicos, destinados a utentes, na sua maioria idosos, em risco de malnutrição.

4.3.6. Produtos de puericultura e obstetrícia

A FSBRT oferece uma grande diversidade de produtos para bebés e mães, como chupetas, biberões, tetinas, extratores de leite, protetores de mamilo, cintas pós-parto, fraldas, toalhitas, entre outros.

4.3.7. Produtos cosméticos e de higiene corporal

Entende-se por produto cosmético e de higiene corporal *“qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto e/ou proteger ou os manter em bom estado e/ou de corrigir os odores corporais”* ³³. Estes produtos apresentam uma área a eles dedicada bastante extensa na zona de atendimento, a qual é acessível aos utentes, podendo estes visualizar os produtos enquanto esperam para serem atendidos. Na FSBRT estão disponíveis produtos mais vocacionados para a pele, outros para o cabelo, a saúde oral, ou fixação e limpeza de próteses. Constantemente surgem novas gamas e novos produtos são lançados para o mercado, sendo importante que os colaboradores se mantenham atualizados e participem em formações, as quais permitem um melhor aconselhamento relativamente aos produtos.

Durante o estágio foram várias as situações em que foi necessário aconselhar um utente na escolha do produto mais adequado à sua preocupação, desde pele acneica, pele com rosácea, pele atópica, queda de cabelo ou dermatite seborreica. Em cada mês foi-me pedido que estuda-se uma marca de cosmética, o que me ajudou a aumentar o conhecimento relativo à marca e assim fazer melhores aconselhamentos e com maior confiança.

4.3.8. Dispositivos médicos

Um dispositivo médico é considerado “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, destinado a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença/lesão/deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; controlo da concepção” ³⁴. Na FSBRT estão disponíveis inúmeros dispositivos médicos, tais como: meias de compressão e de descanso, pulsos, meias e joelheiras elásticas, seringas, luvas, compressas e material de penso, termómetros e medidores de tensão, preservativos, testes de gravidez, equipamentos de medição da glicemia, sacos coletores de urina, sacos para ostomia.

Os dispositivos médicos de apoio a utentes ostomizados e/ou com incontinência/retenção urinária encontram-se abrangidos por um regime de comparticipação do Estado, quando destinados a beneficiários do SNS e quando apresentam prescrição médica emitida por entidades do SNS. A comparticipação é de 100% do PVP ¹³.

5. Serviços de saúde prestados

Está prevista na legislação a possibilidade de as farmácias poderem prestar serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes. A Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro, define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias comunitárias: “apoio domiciliário; administração de primeiros socorros; administração de medicamentos; utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica; administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação; programas de cuidados farmacêuticos; campanhas de informação; colaboração em programas de educação para a saúde” ³⁵.

5.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

A FSBRT disponibiliza aos seus utentes os serviços de medição da pressão arterial, frequência cardíaca e peso de forma gratuita e a determinação da glicemia, do colesterol total e dos triglicerídeos com um custo associado. Estes serviços são prestados no interior do gabinete de forma a oferecer privacidade ao utente. Todos os valores obtidos são registados num cartão fornecido pela farmácia, de forma a fazer um acompanhamento dos diversos parâmetros ao longo do tempo e haver um maior controlo das patologias como hipertensão

arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemias. De forma a prestar um serviço mais correto e completo, o colaborador deve ter conhecimento dos valores de referência de cada um dos parâmetros, das medidas farmacológicas e não farmacológicas a adotar em cada uma das patologias e ter a capacidade de decidir se existe a necessidade de aconselhar o utente a consultar o seu médico de família.

Durante o estágio tive a oportunidade de determinar todos os parâmetros acima mencionados, tendo o cuidado de questionar o utente a razão que o tinha levado a vir fazer as medições/determinações (se se sentia bem ou se pretendia apenas fazer um controlo), que medicação tomava e a forma como a tomava, perguntava se estava em jejum (necessário para as determinações de triglicédeos e glicemia) e se tinha se deslocado para a farmácia a andar (o que poderia afetar a medição da pressão arterial e frequência cardíaca).

5.2. Serviço de enfermagem

A equipa da FSBRT compreende duas enfermeiras que estão presentes, de forma alternada, em determinados períodos da tarde/início da noite nos dias úteis, prestando serviços de enfermagem no gabinete, como a administração de injetáveis, a realização de curativos e a determinação dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos supracitados.

5.3. Consultas de nutrição

A FSBRT disponibiliza consultas de nutrição, com as nutricionistas responsáveis, mediante o seu agendamento que pode ocorrer à segunda-feira da parte da tarde e ao sábado no período da manhã. Estas consultas baseiam-se na Dieta EasySlim® e são de acompanhamento semanal.

5.4. Entregas ao domicílio

O grupo Sá da Bandeira possui uma central responsável por gerir o serviço de entregas ao domicílio. O utente pode, através da plataforma online ou via telefone, solicitar uma entrega de MSRM, MNSRM e/ou produtos farmacêuticos e de saúde, sem que haja um custo associado à realização da mesma. Consoante o código postal do utente, a central de entregas ao domicílio envia a guia de aviamento dos produtos a separar para a respetiva farmácia do grupo. Cada uma possui várias voltas diárias, asseguradas por estafetas do grupo, as quais acontecem durante os dias úteis. Aos fins-de-semana e feriados, as entregas são cobertas pelo serviço da FAV. As voltas efetuadas pelos estafetas da FSBRT abrangem Gondomar, Ermesinde, Valongo, Porto e Gaia.

Durante uma falha de um produto ao balcão e após a sua encomenda, o colaborador pode oferecer ao utente a entrega do mesmo na sua residência. Neste caso, o colaborador responsável pela venda deve reunir todos os dados inerentes à entrega do domicílio e

questionar qual será o horário mais favorável para a mesma. As informações do utente são inseridas na plataforma do serviço e é agendada a entrega. Após a receção do produto encomendado, este é encaminhado para a zona de entregas ao domicílio, para que seja separado e entregue pelo estafeta ao respetivo utente.

Durante o atendimento ocorreram alguns casos de falha ao balcão que originaram entregas ao domicílio. Em cada uma das situações foi preciso preencher um impresso, onde era necessário indicar o produto em falta, o número da encomenda e o respetivo fornecedor, o número da venda, o nome do utente, a morada e a volta em que iria ser inserida a entrega. No final, encaminhava o impresso para a colega responsável pelas entregas de forma a esta inserir os dados na plataforma.

5.5. VALORMED

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos, criada em 1999, com o objetivo de recolher e tratar os resíduos dos medicamentos e, assim, contribuir para a preservação do ambiente e proteção da saúde pública. Atualmente, esta é constituída por alguns dos principais agentes da cadeia do medicamento, nomeadamente a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), a Associação Nacional de Farmácias (ANF), a Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos (GROQUIFAR) e a Associação de Distribuidores Farmacêuticos (ADIFA). A VALORMED disponibiliza aos utentes contentores onde devem ser depositados estes resíduos especiais. Os contentores encontram-se nas farmácias comunitárias e locais de venda de MNSRM e os utentes podem entregar embalagens e medicamentos, incluindo os folhetos e as caixas, vazias ou contendo os frascos, bisnagas e blisters. Uma vez cheios, os contentores são selados e entregues aos distribuidores de medicamentos, que os transportam para as suas instalações e os conservam em contentores estanque. Uma vez atingida uma determinada quantidade de armazenagem, os contentores são transportados para um Centro de Triagem, onde os resíduos são separados e classificados, para finalmente, serem entregues a gestores de resíduos autorizados que ficam responsáveis pelo seu tratamento: reciclagem do papel, cartão, plástico e vidro; incineração segura com valorização energética dos restos de medicamentos ^{36,37}.

Foi uma prática diária os utentes trazerem medicamentos e/ou embalagens para serem rejeitadas no contentor VALORMED, o que demonstra que os cidadãos estão consciencializados para o problema que é rejeitar estes resíduos no “lixo normal”. Durante o estágio também tive a oportunidade de processar o fecho do VALORMED e colocá-lo no local de expedição para os distribuidores levarem.

Parte II – Projetos desenvolvidos na farmácia

Projeto I – Dispositivos de Inalação

A via inalatória é reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos utilizados no tratamento de doenças respiratórias e veio melhorar a qualidade de vida dos utentes, principalmente daqueles com patologia crónica, como é o caso da doença pulmonar obstrutiva crónica ³⁸.

Antes de mais, o ideal é conhecer um pouco acerca desta doença respiratória.

1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é definida como uma obstrução à passagem do ar, não completamente reversível após administração de broncodilatadores, e que está associada a sintomas respiratórios persistentes, como dispneia, tosse e produção excessiva de muco ³⁹. A DPOC resulta de dois processos fisiopatológicos distintos, mas frequentemente sobrepostos: a bronquite crónica e o enfisema pulmonar ⁴⁰. Na bronquite crónica ocorre uma inflamação sustentada dos brônquios, resultando na hipersecreção de muco e formação de um tampão que impede o fluxo de ar, tendo como repercussão o aprisionamento do ar nos pulmões⁴¹. No enfisema existe uma destruição do parênquima pulmonar, com prejuízo das trocas gasosas, e perda do recolhimento elástico, o que origina um possível colapso dos alvéolos durante a expiração, esvaziamento pulmonar inadequado e hiperinsuflação ^{40,41}.

Em indivíduos com DPOC, a resposta inflamatória normal no pulmão é exacerbada devido a fatores geneticamente determinados ⁴⁰. Uma lesão das células epiteliais desencadeia uma resposta inflamatória inespecífica por meio da libertação de moléculas intracelulares ou padrões moleculares associados ao perigo. Estes sinais são identificados por recetores das células epiteliais e resulta na libertação de citocinas. Células inflamatórias, incluindo macrófagos, neutrófilos e células dendríticas, recrutadas para o local da inflamação, constituem a resposta imune inata. Enzimas proteolíticas e espécies reativas de oxigénio contribuem para o dano tecidual, especialmente quando não estão presentes antiproteases ou fatores antioxidantes para regular ⁴¹.

A DPOC é comumente causada pelo fumo do tabaco. Porém, indivíduos não fumadores podem igualmente desenvolver a doença, o que poderá resultar de um subdesenvolvimento dos pulmões e subsequente declínio dessa pequena função pulmonar com o envelhecimento. Outros fatores de risco adicionais incluem: exposição a poeira, fumo das fábricas e poluentes do ar; exposição ao fumo resultante da queima da lenha e da biomassa; hiperatividade das vias aéreas; deficiência hereditária de α_1 -antitripsina ⁴⁰. A α_1 -antitripsina é uma antiprotease que tem como propósito proteger o organismo da ação excessiva da elastase, libertada pelo neutrófilo

aquando de uma infeção. Esta antiprotease regula a atividade da elastase, diminuindo o dano sobre os tecidos circundantes, especialmente nos pulmões ⁴². Embora a DPOC geralmente se manifeste numa idade mais avançada, existem evidências que sustentam que eventos ocorridos no início da vida, como o nascimento prematuro, infeções respiratórias na infância e asma mal controlada, contribuem para uma função pulmonar prejudicada no adulto ³⁹.

A apresentação clínica pode variar bastante, embora a maioria dos doentes apresente pelo menos 40 anos de idade e tenha uma história significativa de tabagismo ou exposição a poluentes. A sintomatologia mais relatada é: dispneia, que usualmente piora com o esforço físico; tosse crónica; aperto no peito; produção excessiva de muco; respiração ofegante; sibilância. As pessoas relatam o período da manhã como o pior no diz respeito à severidade dos sintomas e que a dispneia é considerado o sintoma mais incómodo e com maior probabilidade de afetar a qualidade de vida dos utentes. Uma possível explicação é as variações circadianas da função pulmonar e o facto de esse ser o período de maior atividade da maioria da população ⁴⁰.

A espirometria é o teste que serve para avaliar a capacidade pulmonar do utente e mede o volume de ar que é movimentado durante a ventilação. Os indivíduos que relatam sintomas respiratórios crónicos consistentes com DPOC e um historial de exposição a poluentes devem ser encaminhados para a realização de este exame, uma vez que é necessário para um diagnóstico efetivo de doença pulmonar obstrutiva crónica ⁴⁰. As diretrizes da GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) estabelecem o diagnóstico de obstrução quando a relação VEF₁/CVF é inferior a 70% (VEF₁ – volume expiratório forçado em 1 segundo; CVF – capacidade vital forçada). Se no exame for evidente uma obstrução das vias aéreas, deve ser administrado um broncodilatador de curta duração e a espirometria repetida passado 15 minutos de forma a estabelecer um diagnóstico de obstrução não completamente reversível, uma marca registada de DPOC ³⁹. O exame físico não será útil para o diagnóstico, visto que sinais como má movimentação do ar, uso de músculos acessórios da respiração e perda de massa muscular não serão aparentes até que o doente esteja num estágio avançado de doença ⁴⁰.

Atualmente existem inúmeros questionários e escalas de forma a subdividir os doentes segundo a gravidade dos sintomas, a progressão da doença e o número de exacerbações. A gravidade da obstrução das vias aéreas é estabelecida de acordo com o seguinte ⁴³:

- GOLD 1: VEF₁ ≥ 80%
- GOLD 2: 50% ≤ VEF₁ < 80%
- GOLD 3: 30% ≤ VEF₁ < 50%
- GOLD 4: VEF₁ < 30%

A escala modificada de mMRC (do inglês, *modified Britich Medical Research Council*) e o teste de avaliação CAT (do inglês, *COPD Assessment Test*) são recomendados para estratificar e monitorizar a progressão da doença. De uma forma simplista, o mMRC é um instrumento para

avaliar a intensidade da dispneia, que pode variar desde “falta de ar apenas aquando exercício extenuante” a “demasiada falta de ar para sair de casa”. Por outro lado, o CAT estima o impacto da DPOC na qualidade de vida do indivíduo, incluindo a avaliação da frequência da tosse, a quantidade de expectoração, o aperto no peito, intolerância a subir escadas, realização de atividades domésticas, saúde do sono e nível de atividade ^{39,40}. As pessoas com DPOC podem ser categorizadas com base nos sintomas e história de exacerbações em ^{40,43} :

- Grupo A: baixo risco de exacerbação; poucos de sintomas; ≤ 1 exacerbações por ano; sem hospitalizações
- Grupo B: baixo risco de exacerbação; maior número de sintomas,; ≤ 1 exacerbações por ano passado; sem hospitalizações
- Grupo C: alto risco de exacerbação; poucos de sintomas,; ≥ 2 exacerbações por ano; ≥ 1 hospitalizações
- Grupo D: alto risco de exacerbação; maior número de sintomas; ≥ 2 exacerbações por ano; ≥ 1 hospitalizações

As opções de tratamento têm como objetivo reduzir a carga de sintomas e o risco de exacerbações futuras. A terapêutica pode ser intensificada, adicionada ou retirada com base na resposta do utente e no curso clínico da doença ³⁹. A cessação tabágica é a intervenção terapêutica e preventiva de maior impacto sobre a doença, uma vez que reduz o declínio progressivo da função pulmonar ao longo do tempo, as exacerbações e as comorbilidades relacionadas com o fumo do tabaco (cancro do pulmão e doenças cardiovasculares). Intervenções como aconselhamento intensivo, terapia de reposição de nicotina, tratamento com vareniclina ou bupropiona aumentam a probabilidade de deixar de fumar. A vacinação contra os vírus *Influenza* e *Streptococcus pneumoniae* é recomendada, pois existem evidências que suportam os benefícios de ambas as vacinações em doentes com DPOC. A reabilitação pulmonar é uma estratégia eficaz em melhorar a dispneia, a intolerância ao exercício físico e a qualidade de vida. A reabilitação deve incluir treino de força e resistência, suporte educacional, nutricional e psicossocial, e demonstrou reduzir a mortalidade em indivíduos que experienciaram uma exacerbação da doença recentemente ⁴¹. Os pilares da terapia farmacológica são os broncodilatadores de longa duração, os agonistas β_2 de longa duração (LABA, do inglês *long-acting beta agonist*) e os antagonistas muscarínicos de longa duração (LAMA, do inglês *long-acting muscarinic antagonist*), e os corticosteroides inalados ⁴⁰. Os broncodilatadores são separados em duas principais classes com base no seu mecanismo de ação. Os agonistas β_2 ligam-se aos recetores β_2 -adrenérgicos das vias aéreas, promovendo a broncodilatação e o aumento da frequência dos batimentos ciliares. Os antagonistas muscarínicos bloqueiam os recetores muscarínicos M_1 e M_3 nas vias aéreas, impedindo a broncoconstrição parassimpática do músculo liso e evitando a secreção de muco pelas células caliciformes ³⁹. As duas classes de broncodilatadores têm efeitos positivos semelhantes no que respeita à limitação do fluxo do ar, redução do aprisionamento do ar e melhoria da intolerância

ao exercício físico ⁴¹. Os corticosteroides diminuem a inflamação a nível pulmonar e, quando adicionados à terapia combinada de LAMA/LABA, originam melhorias modestas da função pulmonar e uma diminuição do risco de exacerbações ³⁹. Todavia, o tratamento com corticosteroides inalados está associado a um risco aumentado de desenvolvimento de pneumonia bacteriana, especialmente em indivíduos com DPOC grave, idade avançada e IMC (índice de massa corporal) inferior a 25 ⁴¹. As opções de tratamento, riscos de complicações, efeitos adversos e benefícios devem ser discutidos com o utente e as decisões adaptadas a cada indivíduo.

2. Dispositivos de Inalação

Os dispositivos de administração inalatória têm como objetivo a deposição da substância ativa nas vias aéreas inferiores de forma a obter os seus efeitos terapêuticos. Comparativamente à via oral, a via inalatória permite uma ação direta sobre o órgão-alvo, portanto mais rápida e eficaz, utilizando doses inferiores de fármaco e associada a menores efeitos sistémicos ^{38,44}.

A deposição do fármaco nas vias aéreas é influenciada por variados fatores, relacionados com:

- características anatómicas das vias aéreas
- doenças subjacentes, particularmente processos obstrutivos
- propriedades aerodinâmicas das partículas do aerossol
- padrão ventilatório do utente
- técnica de inalação do utente
- idade do utente

Detalhando um pouco alguns dos fatores anteriormente referidos, as formulações a serem utilizadas devem emitir partículas com um diâmetro entre 1 e 5 µm, uma vez que são estas que penetram na parte inferior do trato respiratório, zona alvo do fármaco. Uma inalação lenta e profunda, por via oral, com uma pausa respiratória de 5 a 10 segundos, seguida de uma expiração rápida é a sequência de manobras recomendadas para maximizar a deposição intrabronquica da substância ativa. Ainda acrescentar que a via bucal deve ser a privilegiada, visto que a respiração nasal acarreta uma diminuição em 50% da percentagem de fármaco que iria atingir as vias aéreas inferiores. Os lactentes e as crianças apresentam algumas particularidades, como a frequência respiratória elevada, inspiração por via nasal e inspiração forçada (choro), que condicionam a fração de fármaco que é depositada nos pulmões, o que neste caso particular originaria valores subterapêuticos ³⁸.

Dada a variedade de dispositivos comercializados, a seleção do mais adequado deve ter em conta as características do indivíduo (capacidade cognitiva, de coordenação e de aprendizagem, idade, situação económica, preferência, entre outras) e do dispositivo (nomeadamente, modo de atuação, fármaco a ser cedido e custo) ⁴⁴.

Atualmente, os dispositivos para a terapêutica inalatória incluem:

a) Inalador pressurizado doseável (pMDI, do inglês *pressurized metered dose inhaler*)

O pMDI consiste num dispositivo multidose de pequenas dimensões que liberta uma dose fixa de fármaco(s) e de propelente através de uma válvula de dose controlada. Este dispositivo contém o fármaco, em suspensão ou dissolvido numa mistura de propelentes e aditivos, dentro de uma embalagem cilíndrica estanque e inviolável, impedindo a oxidação, a contaminação microbiana e a entrada de humidade. Este pode ser utilizado associado a uma câmara expansora, especialmente quando o utilizador é uma criança com idade inferior a 7 anos. A utilização de uma câmara expansora promove a desaceleração do aerossol antes de este atingir a orofaringe, diminuindo a deposição nesta zona e aumentando a fração do fármaco que é depositada a nível pulmonar e, assim, a eficácia terapêutica ⁴⁵. O principal fator que determina a deposição da substância ativa no pMDI é a utilização de uma técnica inalatória correta ³⁸.

Tabela 2 Técnica de inalação com o pMDI (adaptado de [38])

0	Antes da primeira utilização: desperdiçar 1-4 <i>puffs</i> para o ambiente
1	Aquecer a embalagem à temperatura corporal
2	Retirar a tampa de proteção e agitar a embalagem na posição vertical
3	Colocar o dispositivo na posição vertical (em forma de L) com o dedo indicador na parte superior e o polegar na parte inferior
4	O indivíduo deve permanecer de pé, sentado ou semissentado
5	Inclinar ligeiramente a cabeça para trás
6	Efetuar uma expiração lenta
7	Colocar o bucal do pMDI na boca, selando os lábios em volta
8	Inspirar lentamente e ativar o pMDI
9	Continuar a inspirar lenta e profundamente até à capacidade pulmonar total
10	Suster a respiração por cerca de 10 segundos

Algumas considerações ³⁸:

- Se estiver prescrita mais do que uma inalação, o utente deve aguardar 30 segundos a 1 minuto antes de realizar a nova inalação
- A sequência de inalação deve obedecer a critérios de eficácia de ação, pelo que o utente deve utilizar em primeiro o(s) broncodilatador(es) de ação curta, de seguida, o(s) broncodilatador(es) de ação longa e, por último, o(s) corticosteroide(s)
- Após o uso do inalador, o utilizador deve lavar a boca para evitar a deposição de partículas, para tal deve gargarejar com água e deitar fora

- O indivíduo deve, no final de cada utilização, limpar o bucal com um pano húmido de forma a remover quaisquer resíduos e lavar a embalagem de plástico com água morna e detergente suave, 2 a 3 vezes por semana, deixando secar bem

Os pMDI convencionais necessitam de ser ativados, havendo necessidade de uma coordenação precisa entre a ativação do dispositivo e o início da inspiração, o que pode ser difícil para utentes mais idosos ou com dificuldade respiratória. Estes dispositivos apresentam a vantagem de serem difíceis de contaminar, necessitarem de fluxos inspiratórios baixos e de oferecerem ao utente a perceção de que a inalação foi realizada. Contudo, existe a necessidade de agitar antes de utilizar, uma destreza na coordenação ativação-inspiração, não dispõem de contador de doses e origina uma baixa deposição pulmonar e elevada deposição orofaríngea, com efeitos adversos sistémicos ⁴⁴. O pMDI de nova geração veio corrigir alguns dos problemas dos dispositivos anterior, com a adição de um contador de doses e código de cores, origina uma nuvem de aerossol mais prolongada, com menor velocidade e força, o que se traduz numa maior deposição pulmonar e menor deposição orofaríngea ³⁸.

b) Inalador de pó seco (DPI, do inglês *dry powder inhaler*)

O DPI corresponde a um dispositivo que liberta o fármaco sob a forma de pó micronizado (sem propelente), gerando partículas com menos de 5 µm (diâmetro ideal para a deposição pulmonar) ⁴⁴. A maioria dos DPI contém a substância ativa misturada com partículas de maiores dimensões, os transportadores, de forma a evitar a sua agregação e potenciar a dispersão do pó. Geralmente, a lactose é o transportador mais utilizado, apesar de existirem dispositivos sem excipientes ^{38,44}. Os DPI, contrariamente aos pMDI, são ativados pela inspiração, o que obriga o utilizador a realizar uma inspiração mais rápida, vigorosa e constante, o que resulta numa deposição pulmonar superior ³⁸.

Os inaladores de pó seco subdividem-se em unidose e multidose. Nos dispositivos unidose, o fármaco encontra-se armazenado numa cápsula que é perfurada antes da inalação, pelo que o dispositivo necessita de ser carregado antes de cada utilização, o que requer alguma coordenação motora. No final, o utente deve confirmar que a cápsula se encontra vazia, caso contrário deve repetir a inalação até que o pó tenha sido totalmente inalado ³⁸. Por outro lado, nos DPI multidose, as várias doses de fármaco estão individualizadas, carregadas em depósitos dispostos em unidades de administração. O dispositivo ao ser acionado, faz com que estes depósitos sejam perfurados e o pó libertado. Em alguns inaladores, a emissão da dose é executada por um doseador, o que proporciona um maior número de doses. Nos DPI multidose a humidade é um obstáculo, visto que pode compactar as partículas de pó e comprometer a entrega da substância ativa no órgão-alvo. Uma das principais vantagens é a maior facilidade de manuseamento relativamente aos de unidose ⁴⁴.

Tabela 3 Técnica de inalação com o DPI (adaptado de [45])

1	O indivíduo deve permanecer de pé, sentado ou semissentado
2	Retirar a tampa de proteção ou abrir o inalador
3	Preparar o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI
4	Inclinar a cabeça ligeiramente para trás
5	Efetuar uma expiração lenta
6	Colocar o dispositivo na boca e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar
7	Inspirar rápido e vigorosamente pela boca
8	Suster a respiração durante 10 segundos
9	Expirar lentamente

Os erros mais comumente associados à utilização destes dispositivos são enumerados de seguida ³⁸:

- Esquecer de colocar a cápsula e/ou acionar o dispositivo, o que compromete a eficácia de toda a técnica
- Não realizar uma expiração lenta antes de colocar o dispositivo na boca provoca uma inalação menos profunda e, conseqüentemente, uma menor deposição de fármaco no órgão-alvo
- Um fluxo inspiratório pouco vigoroso ou lento faz com que a substância ativa não seja depositada a nível pulmonar; de um modo geral, crianças com menos de 6 anos têm dificuldade em alcançar esses fluxos, pelo que estes dispositivos não serão os mais adequados
- Expirar para o interior do dispositivo provoca uma acumulação de humidade, compactando as partículas
- Posicionar o bucal incorretamente pode ter como consequência uma deposição nos dentes e/ou boca
- Não sustentar a respiração por 10 segundos no final da inalação, pode fazer com que o fármaco seja exalado em vez de depositado nos pulmões
- Estes inaladores não devem ser submetidos a nenhum processo de lavagem, devendo limpar-se o bucal apenas com um lenço

Uma situação comum aos diversos dispositivos é ser necessário o utente gargarejar com água e deitar fora após a inalação de um corticosteroide, de modo a evitar a deglutição da substância ativa e uma absorção sistémica do fármaco com risco de efeitos adversos, e também prevenir que ocorra candidíase oral, úlceras na cavidade oral e rouquidão ³⁹.

De um modo geral, os DPI apresentam a vantagem de não necessitarem de coordenação ativação-inspiração, a dose libertada ser uniforme, a maioria incorporar contador de doses e originarem um depósito a nível pulmonar superior ao dos restantes inaladores. Porém,

apresentam um risco elevado de contaminação (especialmente os sistemas unidose), algumas formulações são muito sensíveis à humidade e requerem fluxos inspiratórios superiores aos inaladores pMDI ⁴⁴.

c) Inalador de névoa suave (SMI, do inglês *soft mist inhaler*)

O inalador Respimat é o único dispositivo com solução para inalação por nebulização comercializado em Portugal, também designado por inalador de névoa suave. O fármaco, em solução, encontra-se armazenado num cartucho e é libertado sob a forma uma névoa de aerossol sem necessidade de propelente. Para produzir o aerossol, este dispositivo utiliza a energia mecânica gerada através de um sistema de mola nele incorporado. Ao ser acionado, o sistema de mola comprime, libertando uma nuvem de aerossol de forma lenta e que permanece por mais tempo comparativamente ao aerossol libertado por outros dispositivos, aumentando a quantidade de fármaco depositada nas vias aéreas do utilizador ³⁸.

O SMI tem a vantagem de não necessitar de ser agitado antes do uso; não utiliza propelente; existe um menor risco de contaminação; contém um indicador de doses associado a um código de cores, o que permite estimar o número de doses disponíveis; menor necessidade de coordenação ativação-inalação e não requer fluxos inspiratórios elevados. De destacar que com este inalador existe a possibilidade de utilizar doses mínimas de fármaco comparativamente aos pMDI e DPI, visto que é libertado uma grande quantidade de partículas com diâmetro inferior a 5,8 µm ³⁸.

Tabela 4 Técnica de inalação com o SMI (adaptado de [38])

1	Segurar o inalador na posição vertical com a tampa de proteção fechada
2	Rodar a base na direção das setas vermelhas até ouvir um “clique” (meia-volta)
3	Abrir a tampa completamente até que fique travada
4	Expirar lenta e profundamente
5	Colocar o inalador na boca, sem tapar as entradas de ar, e pressionar os lábios em volta do bucal
6	Inspirar lenta e profundamente e, em simultâneo, pressionar o botão para libertar a dose
7	Suster a respiração por 10 segundos
8	Retirar o inalador da boca e expirar lentamente
9	Fechar a tampa de proteção
10	Lavar a boca após utilizar o inalador

Apesar de ser um dispositivo relativamente simples de manusear, existem algumas instruções de preparação que devem ser explicadas ao utente no momento da dispensa. O farmacêutico poderá oferecer-se para preparar o dispositivo e, assim, o utente o levá-lo pronto a utilizar.

Tabela 5 Preparação do SMI (adaptado de [38])

1	Com a tampa de proteção fechada, pressionar o botão de segurança e remover a base transparente
2	Substituir por um cartucho novo
3	O cartucho deve ser pressionado contra uma superfície dura de modo a garantir que foi totalmente introduzido
4	Voltar a colocar a base transparente
5	Segurar o inalador na posição vertical com a tampa de proteção fechada e rodar a base na direção das setas vermelhas até ouvir um “clique”
6	Abrir a tampa completamente até que fique travada
7	Direcionar o inalador para baixo e pressionar o botão para libertar a dose (deve visualizar-se uma névoa de aerossol)
8	Repetir o processo descartando 4 doses

O utilizar deve limpar o bucal do inalador com um pano húmido, pelo menos uma vez por semana, inclusive a parte metálica no seu interior ³⁸.

d) Nebulizadores

Os nebulizadores são dispositivos capazes de converter uma solução e/ou suspensão aquosa num aerossol de partículas de diferentes dimensões. Atualmente existem três tipos de sistemas de nebulização que diferem na forma como é produzido o aerossol: pneumático, ultrassónico e o eletrónico com membrana oscilatória. Na escolha do dispositivo a utilizar, é importante considerar o fármaco a ser administrado, pois no caso de este se apresentar na forma de solução, qualquer tipo de nebulizador pode ser utilizado. Caso o fármaco se encontre numa suspensão, só é possível optar pelo nebulizador pneumático ou de membrana oscilatória³⁸.

Os nebulizadores são apenas recomendados para situações específicas, como em serviços de urgência ou internamento, uma vez que pelo seu tempo prolongado de tratamento constitui uma potencial fonte de contaminação ^{38,44}. O tempo de nebulização recomendado, segundo as normas de terapêutica inalatória, é de 10-15 minutos e o solvente mais utilizado é o soro fisiológico estéril.

3. Conclusão

Este projeto teve como objetivo inicial permitir aos elementos da equipa FSBRT relembrar alguns conceitos e esclarecer dúvidas relativamente ao uso correto dos dispositivos de inalação. Eu própria no atendimento senti alguma dificuldade e insegurança na explicação da utilização dos inaladores e necessitei de recorrer, pontualmente, ao Resumo das Características do Medicamento para esclarecer algumas incertezas por parte dos utentes. Após pesquisar sobre o assunto e com a realização de este projeto posso afirmar que me sinto

mais confiante nos atendimentos em que é necessário dispensar um dispositivo de inalação e explicar aos utentes a técnica correta de inalação.

Fruto da afluência de utentes à farmácia e indisponibilidade de um local para apresentação do projeto, apenas enviei este documento aos meus colegas de equipa de forma a estes puderem ficar mais informados relativamente ao tema. Recebi dos mesmos um *feedback* positivo e mesmo alguns conselhos de como transmitir a informação de um modo mais claro e simples aos indivíduos que nos visitam.

Projeto II – Doença Venosa Crónica

A doença venosa crónica (DVC) é uma condição de saúde persistente, progressiva e frequentemente subestimada, que tem um enorme impacto físico, psicológico e socioeconómico associado ⁴⁷. Segundo o VEIN-TERM, a DVC corresponde a *“qualquer anormalidade morfológica e funcional, de longa duração, do sistema venoso que se manifesta por sinais e/ou sintomas que requerem investigação e/ou cuidado”*. É essencial diferenciar doença venosa crónica de insuficiência venosa crónica (IVC), sendo este último termo reservado às manifestações mais avançadas da doença, como edema, alterações cutâneas e/ou úlceras de estase venosa, frequentemente associadas a uma pior qualidade de vida do utente ⁴⁸.

1. Sistema Venoso

O sistema venoso, para além de assegurar o transporte do sangue de volta ao coração, o chamado retorno venoso, funciona igualmente como um reservatório sanguíneo, fruto da sua elevada capacitância.

Nos membros inferiores é possível distinguir três grandes sistemas: o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo e um terceiro responsável pela conexão entre os dois anteriores. As veias superficiais drenam o sangue proveniente da pele e dos tecidos subcutâneos através das três principais veias: a grande veia safena (magna), a pequena veia safena (parva), a veia safena acessória e as suas tributárias. Como consequência da ausência de músculos envolventes, o sangue nas veias superficiais flui mais lentamente, comparativamente com as veias profundas. As veias profundas estão localizadas nos músculos e ao longo dos ossos e são as principais responsáveis pelo fluxo sanguíneo venoso. Entre os dois sistemas venosos existe tecido conjuntivo e músculo a separá-los, tornando essencial que exista um terceiro sistema venoso, as veias perfurantes, a fazer a ligação entre eles ⁴⁷.

As veias apresentam válvulas bicúspides, estruturas cruciais para manter o fluxo sanguíneo na direção correta, impedindo o refluxo venoso. Além disso, diversos músculos atuam em coordenação com as válvulas venosas para garantir um fluxo unidirecional. Os gémeos,

frequentemente denominado “*coração periférico*”, é considerado o impulsionador do retorno venoso dos membros inferiores ao coração ⁴⁷.

2. Classificação CEAP

Em 1994, um comité internacional do *American Venous Forum* publicou uma declaração que viria a originar o sistema de classificação CEAP. Estruturada para auxiliar a comunidade científica acerca da gravidade e fisiopatologia da DVC, o CEAP é um sistema de classificação descritivo que engloba as manifestações clínicas (C), a etiologia (E), a anatomia (A) e a fisiopatologia (P) da doença. Uma revisão foi publicada em 2004 com esclarecimentos adicionais e, atualmente, a versão de 2020 é a mais atualizada ⁴⁸.

A componente **clínica** da classificação corresponde às sete classes baseadas nos sinais objetivos da doença venosa. Cada uma das classes pode ainda ser caracterizada por um subscrito indicativo da presença (S, sintomático) ou ausência (A, assintomático) de sintomas. Acontece que as manifestações de doença venosa, particularmente as veias varicosas (C₂) e as úlceras venosas ativas (C₆), tendem a ser recorrentes. Em alguns casos, a manifestação clínica pode ter uma história natural distinta e pode exigir estratégias terapêuticas diferentes, daí o subscrito (r) ter sido adicionado à classe. Outra situação foi a inclusão da categoria C_{4c} aquando da revisão de 2020 do CEAP, uma vez que muitos especialistas consideraram a coroa flebectásica como um sinal precoce de doença venosa avançada. Anteriormente, estas lesões muito provavelmente foram classificadas como telangiectasias (C₁), contudo utentes com coroa flebectásica apresentam uma probabilidade 5,3 vezes superior de desenvolver uma úlcera, um risco equiparado a outras alterações cutâneas classificadas como C₄ ⁴⁸.

A componente **etiológica** do CEAP fornece uma descrição etiológica dos distúrbios venosos, de extrema importância visto permitir determinar o prognóstico e orientar as opções de tratamento. Pode ser desdobrado em congénito (E_c), primário (E_p), secundário (E_s) e sem etiologia identificada (E_n) (48). A DVC é o culminar de vários fatores genéticos e ambientais. A grande maioria dos utentes são portadores de determinados polimorfismos ou variantes genéticas que são, em parte, responsáveis pelo desenvolvimento da doença. Na realidade, estima-se que o componente genético seja de aproximadamente 17%, um contributo de grande importância ⁴⁷. Aquando da revisão de 2020, a definição de etiologia primária foi aperfeiçoada, mencionando que a doença pode resultar de um processo degenerativo da válvula e/ou parede vascular, que leva à fraqueza e dilatação da válvula e/ou veia, resultando num refluxo patológico. No caso da etiologia secundária, esta sofreu uma subcategorização de forma a diferenciar as causas secundárias intravenosas (E_{si}) das secundárias extravenosas (E_{se}).

A componente **anatômica** define quais os segmentos anatómicos do sistema venoso estão afetados, se as veias superficiais (A_s), as perforantes (A_p) e/ou as profundas (A_p) ⁴⁸. De forma a tornar mais claro e intuitivo, a revisão de 2020 substituiu a numeração dos segmentos por abreviações anatómicas comumente utilizadas ⁴⁹.

A componente **fisiopatológica** concede informações detalhadas acerca das anormalidades hemodinâmicas identificadas nos segmentos anatómicos afetados, incluindo obstrução venosa superficial e/ou profunda (P_o) e/ou refluxo (P_r) ao nível nas veias dos membros inferiores ⁴⁹.

Apesar das suas limitações, sendo a principal a variabilidade interobservador que depende da experiência do médico, o sistema de classificação CEAP é a ferramenta mais utilizada e amplamente aceite na avaliação das doenças venosas ^{47,50}.

Tabela 6 Sistema de classificação CEAP (adaptado de [38],[39])

clínica		etiológica		anatômica		fisiopatológica	
C₀	sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa	E_p	primária	A_s	veias superficiais	P_r	refluxo
C₁	telangiectasias	E_{si}	secundária intravenosa	A_p	veias perforantes	P_o	obstrução
C₂	veias varicosas	E_{se}	secundária extravenosa	A_d	veias profundas	P_{r,o}	refluxo e obstrução
C_{2r}	veias varicosas recorrentes	E_c	congénito	A_n	nenhuma alteração anatômica identificada	P_n	nenhuma fisiopatologia venosa identificada
C₃	edema	E_n	etiologia não identificada				
C_{4a}	hiperpigmentação ou eczema						
C_{4b}	lipodermatosclerose ou atrofia branca						
C_{4c}	coroa flebectásica						
C₅	úlceras venosas cicatrizadas						
C₆	úlceras venosas ativas						
C_{6r}	úlceras venosas ativas recorrentes						

3. Sinais e sintomas de DVC

A amplitude da DVC é bastante variável e engloba desde utentes que não apresentam sinais visíveis mas que relatam sintomas, até aos que apresentam úlceras de estase venosa ativa que não cicatrizam ⁴⁸. Apesar de no passado a diferença entre os sinais e os sintomas experienciados pelos utentes com DVC ter sido negligenciada, atualmente percebe-se a sua importância. Os sintomas revelam o que o utente sente e podem incluir vários graus e formas de desconforto nas pernas como dor, inchaço, sensação de peso, sensação de queimadura e câibras noturnas, que são exacerbados pela permanência prolongada em pé ^{50,51}. Por outro lado, os sinais correspondem ao que é clinicamente visível e pode ser observado pelo médico,

podendo englobar telangiectasias, veias varicosas, edema e/ou alterações cutâneas. Em casos mais severos, a úlcera cutânea pode estar presente ⁵².

As veias varicosas são as manifestações mais comuns da DVC, apesar de as telangiectasias também poderem ser reconhecidas como sinais clínicos relevantes. Estas alterações podem afetar qualquer veia do organismo, contudo o sistema venoso dos membros inferiores é habitualmente o mais vulnerável fruto do aumento da resistência em superar a força da gravidade, mais notável do que nas restantes regiões do corpo ⁴⁷.

4. Epidemiologia

Em termos gerais, a prevalência estimada de DVC varia entre 60-80%, embora essa percentagem possa sofrer flutuações dependendo das populações estudadas, dos métodos seguidos e das definições de doença aplicadas. A maioria dos casos são classificados como C₀ e C₁, enquanto aproximadamente 25% dos indivíduos apresenta veias varicosas (C₂). Uma pequena percentagem das pessoas apresenta IVC, representando até 5% da população. A incidência de veias varicosas ronda os 2,6% nas mulheres e 1,9% nos homens. Assim, é possível admitir que o risco de manifestar veias varicosas é superior nas pessoas de género feminino e também aumenta com a idade, o que permite explicar a prevalência e incidência crescente ⁴⁷.

De acordo com o *Vein Consult Program*, um estudo internacional, observacional e prospetivo, a prevalência de doença sintomática é relativamente idêntica em todo o mundo, com percentagens de 78% no ocidente europeu, 88% na América Latina e 87% no Extremo Oriente. Este estudo permitiu ainda concluir que as classes C₁-C₃ são mais comuns em mulheres, contudo tal não se verificou com as classes C₄-C₆ ⁵².

5. Fatores de risco

A hipertensão venosa pode decorrer de inúmeros fatores predisponentes como a idade avançada, a obesidade, sedentarismo, gravidez prévia, história familiar e/ou fatores ambientes ou ocupacionais. Segundo *Vein Consult Program*, a prevalência de IVC aumenta de 22,7% em mulheres com 35-50 anos para 36,4% em mulheres com mais de 65 anos. O mesmo se verifica com o sexo masculino, com um aumento de 15,7% para 27,7%, para as mesmas idades ⁵².

As mulheres são mais propensas a sofrer de DVC, o que poderá dever-se a fatores hormonais e fisiológicos que induzem um remodelamento no sistema venoso, tornando-as mais sensíveis ao desenvolvimento e progressão da doença. A progesterona também foi identificada como um importante agente etiológico, uma vez que está associada ao relaxamento das células musculares lisas vasculares, com consequente vasodilatação, e à incompetência valvular. A redistribuição dos recetores de progesterona tem igualmente um papel na progressão da DVC⁴⁷.

O excesso de peso e a obesidade são dos fatores de risco com uma maior relação com a categoria C da classificação CEAP, independentemente das restantes variáveis. Esta afirmação pode dever-se aos efeitos sinérgicos, nomeadamente o estado pro-inflamatório associado ao aumento de tecido adiposo e o aumento da pressão intra-abdominal que pode desencadear um maior refluxo, com aumento do diâmetro da veia e pressão intravenosa ⁴⁷.

6. Fisiopatologia

A doença venosa crónica envolve uma cascata de eventos que culminam na hipertensão venosa nos membros inferiores, a qual pode ter etiologias variadas. Essa hipertensão pode resultar de dois processos: disfunção ou incompetência das válvulas bicúspides, ou disfunção da bomba muscular, levando à acumulação de sangue nas extremidades inferiores, hipoxia e inflamação dos tecidos ⁵².

O sistema venoso profundo está associado a uma série de músculos que ao contraírem pressionam as veias e favorecem o retorno venoso. As bombas musculares dos membros inferiores, em especial o músculo dos gêmeos, são um dos elementos que é importante considerar quando se analisa as alterações hemodinâmicas que ocorrem na DVC. Um estilo de vida sedentário, permanecer de pé por longos períodos de tempo, determinadas doenças musculares/nervosas/articulares/tendinosas e excesso de peso promovem uma atividade deficiente dos músculos, potenciando o refluxo venoso, edema e insuficiência venosa ⁴⁷.

Existem evidências que apoiam que a DVC é mais do que tudo uma doença inflamatória que envolve uma interação entre leucócitos, células endoteliais, matriz extracelular e células musculares lisas. A resposta inflamatória exagerada é causada principalmente por anormalidades hemodinâmicas e alterações na microcirculação ^{47,52}.

7. Tratamento

O tratamento tem como principais objetivos o alívio da sintomatologia, reduzir o edema, prevenir as úlceras venosas e melhorar a qualidade de vida geral do utente.

Entre as diferentes opções de tratamento é possível destacar a terapia farmacológica com os venotrópicos, a utilização de dispositivos de compressão venosa e alterações do estilo de vida. Os indivíduos devem ser aconselhados a fazer mudanças na sua vida diária de modo a evitarem situações que podem agravar os sintomas e adotarem determinados hábitos de modo a prevenir a evolução da doença. As medidas que têm um maior impacto sobre a doença são: prática de exercício físico, principalmente natação, ciclismo, corrida/caminha; evitar o uso de roupa apertada, sapatos de salto demasiado alto ou raso; manutenção de um peso ideal; evitar permanecer em pé por longos períodos de tempo bem como sentado; exercitar as pernas e elevá-las com frequência; massajar as pernas no sentido ascendente ⁵³.

Os venotrópicos são um grupo de fármacos heterogéneo, maioritariamente compostos por fármacos derivados de extratos de plantas. Os principais mecanismos atribuídos à sua ação

são a melhoria do tónus venoso, a diminuição da permeabilidade capilar e da libertação de mediadores inflamatórios. Os produtos disponíveis no mercado têm na sua composição, entre outras substâncias, escina, flavonoides (rutosido, diosmina, hesperidina e fração flavonoide purificada micronizada) ou dobesilato de cálcio, um fármaco de síntese ⁵³.

Os dispositivos de compressão venosa atuam aumentando a pressão intersticial, diminuindo o calibre das veias superficiais e profundas, reduzindo a pressão venosa e o edema, ao mesmo tempo que promovem a atividade contrátil do músculo dos gêmeos ⁴⁷.

8. Conclusão

Durante o meu período de estágio na FSBRT pude perceber que existe um grande interesse pelos produtos destinados a aliviar a sintomatologia de doença venosa, com maior destaque para as meias de compressão e os venotrópicos. De modo a obter um maior conhecimento sobre a doença e a sua forma de tratamento, propus ao Dr. Simão (diretor técnico) fazer um panfleto (**Anexo III**) para entregar aos utentes da farmácia. A entrega dos panfletos era realizada no final do atendimento dos indivíduos que procuravam informação acerca dos venotrópicos e recebi um ótimo *feedback* das pessoas, estas ficavam mais informadas sobre os fatores de risco da doença e a melhor forma de controlar a sua sintomatologia.

Com a pesquisa da informação para concretizar o projeto pude reunir dicas e conselhos que poderei aplicar nos meus atendimentos futuros, de modo a torná-los mais completos.

Considerações finais

Terminado o período de estágio sinto-me bastante realizada a nível profissional, mas principalmente pessoal. Tive a oportunidade de realizar praticamente todas as tarefas de um farmacêutico comunitário e isso permitiu-me validar o que já suspeitava, ser farmacêutico comunitário é o que pretendo para o meu futuro, pelo menos a médio prazo.

A Farmácia Sá da Bandeira Rio Tinto ofereceu-me todas as ferramentas para que pudesse aprender, crescer enquanto futuro profissional de saúde, os meus colegas deram-me espaço para que pudesse perguntar, esclarecer as minhas dúvidas e isso possibilitou-me realizar os atendimentos de uma forma cada vez mais autónoma e confiante.

Espero continuar a evoluir, adquirir conhecimento e aplicá-lo da melhor forma possível, ajudando quem mais precisa.

Referências

1. Diário da República, 1.^a série-N.º 177-12 de setembro de 2012. [cited 2021 Sep 8]; Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/175991/details/maximized>
2. Decreto-Lei n.º 75/2016, Diário da República n.º 214/2016, Série I de 2016-11-08 [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 8]. p. 3930–44. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/75688299>
3. BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA - Norma geral sobre o farmacêutico e pessoal de apoio. 2015 Apr 29 [cited 2021 Sep 8]; Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/norma_geral_sobre_o_farmaceutico_e_o_pessoal_de_apoio_5695580485ab147f4836e5.pdf
4. BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA - Norma geral sobre as infraestruturas e equipamentos. 2015 Apr 29 [cited 2021 Sep 8]; Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_geral_sobre_as_infraestruturas_e_equipamentos_20240917255ab147e12498f.pdf
5. Circular Informativa Projeto Via Verde do Medicamento. 2015 Feb 15 [cited 2021 Sep 9]; Available from: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1147844/Projeto+Via+Verde+do+Medicamento/78e5f43c-c724-41a2-aa08-62486796150a?version=1.2>
6. BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA - Norma geral sobre o medicamento e produtos de saúde. 2015 Apr 29 [cited 2021 Sep 11]; Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_geral_sobre_o_medicamento_e_produtos_de_saude_165355005ab148048a252.pdf
7. Santos HJ, Cunha IN, Coelho PV, Cruz P, Botelho R, Faria G, et al. Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 2009 Jun [cited 2021 Sep 11]; Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf
8. Decreto-Lei n.º 176/2006, Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30. 2006 Aug 30 [cited 2021 Sep 12];6297–383. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/540387/details/maximized>
9. Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 12]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescrição/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872
10. Portaria n.º 224/2015, Diário da República n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27 [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 12]. p. 5037–43. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/>

- /search/69879391/details/normal?q=Portaria+n.º 224%2F2015%2C de+27+de+julho
11. Portaria n.º 284-A/2016, Diário da República n.º 212/2016, 1º Suplemento, Série I de 2016-11-04. 2016 Nov 4 [cited 2021 Sep 16];3908-(2)-3908-(11). Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75660778/details/normal?l=1>
 12. Receita sem papel | SNS24 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/guia/receita-sem-papel/>
 13. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790
 14. Portaria n.º 364/2010, Diário da República n.º 120/2010, Série I de 2010-06-23. 2010 Jun 23 [cited 2021 Sep 19];2223–5. Available from: https://dre.pt/pesquisa/-/search/335227/details/maximized?print_preview=print-preview
 15. Portaria n.º 594/2004, Diário da República n.º 129/2004, Série I-B de 2004-06-02. 2004 Jun 2 [cited 2021 Sep 19];3441–5. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/261875/details/maximized>
 16. Diretiva | Regime de Comparticipação de Medicamentos [Internet]. [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://diretiva.min-saude.pt/procedimento-de-reembolso/regime-geral-de-comparticipacao-de-medicamentos/>
 17. Regimes especiais de comparticipação de medicamentos - ACSS [Internet]. [cited 2021 Sep 16]. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-comparticipacao-de-medicamentos/>
 18. Portaria n.º 30/2001, Diário da República n.º 14/2001, Série I-B de 2001-01-17. 2001 Jan 17 [cited 2021 Sep 16];249–249. Available from: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/338591/details/normal?_search_WAR_drefrontofficeportlet_dreId=115779
 19. Medicamentos genéricos - INFARMED, I.P. [Internet]. [cited 2021 Sep 16]. Available from: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/genericos
 20. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Centro de Controlo e Monitorização do SNS. MANUAL DE RELACIONAMENTO DAS FARMÁCIAS COM O CENTRO DE CONTROLO E MONITORIZAÇÃO DO SNS. 2021 Aug 25 [cited 2021 Sep 19]; Available from: <https://ccmsns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Relacionamento-de-Farmácias-v1.31.pdf>
 21. Artigo. Decreto-Lei n.º 134/2005, Diário da República n.º 156/2005, Série I-A de 2005-08-16. 2005 Aug 16 [cited 2021 Sep 20];4763–5. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/243692/details/maximized>
 22. Questões Frequentes sobre Medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 20]. Available from:

- https://www.infarmed.pt/documents/15786/2013278/Questões+frequentes+MNSRM_E_F.pdf/a3bc886b-3e13-40e6-97ee-8c7ac6689d28
23. Despacho n.º 4270-C/2020, Diário da República n.º 69/2020, 3º Suplemento, Série II de 2020-04-07. 2020 Apr 7 [cited 2021 Sep 24];182-(2)-182-(3). Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/131246680/details/maximized>
 24. Despacho n.º 5315/2020, Diário da República n.º 89/2020, Série II de 2020-05-07. 2020 May 7 [cited 2021 Sep 24];82–82. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/133226623/details>
 25. Saúde regula dispensa de medicamentos hospitalares nas farmácias comunitárias - Notícias - Ordem dos Farmacêuticos [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 24]. Available from: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/saude-regula-dispensa-de-medicamentos-hospitalares-nas-farmacias-comunitarias/>
 26. Decreto-Lei n.º 148/2008, Diário da República n.º 145/2008, Série I de 2008-07-29. 2008 Jul 29 [cited 2021 Sep 24];5048–95. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/454810/details/maximized>
 27. Decreto-Lei n.º 136/2003, Diário da República n.º 147/2003, Série I-A de 2003-06-28. 2003 Jun 28 [cited 2021 Sep 24];3724–8. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/693251/details/normal?l=1>
 28. Suplementos Alimentares – DGAV [Internet]. [cited 2021 Sep 24]. Available from: <https://www.dgav.pt/alimentos/conteudo/generos-alimenticios/regras-especificas-por-tipo-de-alimentos/suplementos-alimentares/>
 29. Decreto-Lei n.º 74/2010, Diário da República n.º 118/2010, Série I de 2010-06-21. 2010 Jun 21 [cited 2021 Sep 24];2198–201. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/335468/details/maximized>
 30. Alimentos para Grupos Específicos – DGAV [Internet]. [cited 2021 Sep 24]. Available from: <https://www.dgav.pt/faq/conteudo/alimentacao/alimentacao-humana/seguranca-alimentos/alimentos-para-grupos-especificos/>
 31. Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde. Alimentos destinados a uma alimentação especial [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 24]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/alimentos-destinados-a-uma-alimentacao-especial.aspx>
 32. Despacho n.º 4326/2008, Diário da República n.º 35/2008, Série II de 2008-02-19. 2008 Feb 19 [cited 2021 Sep 24];6503–6503. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3484130/details/normal?jp=true>
 33. Decreto-Lei n.º 296/98, Diário da República n.º 222/1998, Série I-A de 1998-09-25. 1998 Sep 25 [cited 2021 Sep 24];4960–5. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/245368/details/maximized>
 34. Decreto-Lei n.º 145/2009, Diário da República n.º 115/2009, Série I de 2009-06-17. 2009

- Jun 17 [cited 2021 Sep 24];3707–65. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/494558/details/maximized>
35. Portaria n.º 1429/2007, Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02. 2007 Nov 2 [cited 2021 Sep 26];7993–7993. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629418/details/maximized>
36. Quem somos: ValorMed [Internet]. [cited 2021 Sep 24]. Available from: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>
37. PROCESSO: ValorMed [Internet]. [cited 2021 Sep 24]. Available from: <http://www.valormed.pt/paginas/8/processo>
38. Aguiar R, Lopes A, Ornelas C, Ferreira R, Caiado J, Mendes A, et al. Terapêutica inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios [Internet]. Revista Portuguesa de Imunoalergologia. 2017 [cited 2021 Oct 9]. p. 9–26. Available from: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf
39. Riley CM, Sciurba FC. Diagnosis and Outpatient Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. JAMA [Internet]. 2019 Feb 26 [cited 2021 Oct 5];321(8):786–97. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2725693>
40. Duffy SP, Criner GJ. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Evaluation and Management. Med Clin North Am. 2019 May;103(3):453–61.
41. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet [Internet]. 2017 May 13 [cited 2021 Oct 3];389(10082):1931–40. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673617312229/fulltext>
42. Alpha-1 antitrypsin deficiency | Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD) – an NCATS Program [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/5784/alpha-1-antitrypsin-deficiency>
43. Abordagem diagnóstica e terapêutica na DPOC [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 3]. Available from: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/02/DPOC_2018.pdf
44. Simón A. Dispositivos de Inalação: tipos e seleção [Internet]. Centro de Informação do Medicamento. 2019 [cited 2021 Oct 9]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_publicacao_dispositivos_de_inalacao_i_final_19617646165df0d11248f0e.pdf
45. Bárbara C, Gomes EM, Jara ES, Barreto C. Orientação nº 010/2013: Utilização de dispositivos simples em aerossolterapia [Internet]. Direção-Geral da Saúde. 2013 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102013-de-02082013-jpg.aspx>
46. Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. Orientação nº

- 010/2017: Ensino e avaliação da técnica inalatória na asma [Internet]. Direção-Geral da Saúde. 2017 [cited 2021 Oct 11]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>
47. Ortega MA, Fraile-Martínez O, García-Montero C, Álvarez-Mon MA, Chaowen C, Ruiz-Grande F, et al. Understanding Chronic Venous Disease: A Critical Overview of Its Pathophysiology and Medical Management. *J Clin Med* 2021, Vol 10, Page 3239 [Internet]. 2021 Jul 22 [cited 2021 Sep 26];10(15):3239. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/15/3239/htm>
 48. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 May 1;8(3):342–52.
 49. Lurie F. 2020 Update to classification of chronic venous disorders. *Phlebology* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 28];27(2):47–51. Available from: <https://www.phlebology.org/2020-update-to-classification-of-chronic-venous-disorders/>
 50. Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P. Updated terminology of chronic venous disorders: The VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg* [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2021 Sep 27];49(2):498–501. Available from: <http://www.jvascsurg.org/article/S074152140801598X/fulltext>
 51. B SB, SK K, M DM, AN N. Chronic venous disease: from symptoms to microcirculation. *Int Angiol* [Internet]. 2019 Jun [cited 2021 Sep 27];38(3):211–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31112025/>
 52. Mansilha A, Sousa J. Pathophysiological Mechanisms of Chronic Venous Disease and Implications for Venoactive Drug Therapy. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2018 Jun 5 [cited 2021 Sep 27];19(6):1669. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/19/6/1669/htm>
 53. Mendes AP. Doença venosa crónica: aliviar os sintomas e prevenir complicações. 2017 Nov 15 [cited 2021 Oct 12]; Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/cim_e_publicacoes_doenca_venosa_cronica_581032585a1ff7444ee21.pdf

Anexos**Anexo I – Tarefas realizadas na FSBRT durante o estágio**

	maio	junho	julho	agosto
Receção de encomendas	x	x		
Separação de encomendas individuais	x	x		
Devolução de produtos	x	x		
Armazenagem e reposição				
Gestão e realização de encomendas individuais		x	x	x
Conferência de receituário		x		
Acompanhamento do atendimento		x		
Atendimento ao público		x	x	x
Medição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos		x	x	x
Transferências entre farmácias	x	x		
Projeto I			x	x
Projeto II			x	x

Anexo II – Formações realizadas durante o estágio

data	tema	promotor	plataforma
13/05/2021	Diabetes tipo 2 – Novas soluções terapêuticas: uma pandemia para controlar	Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão	Zoom
18/05/2021	Nestlé – obstipação e diarreia: como desbloquear e controlar de forma natural?	Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão	Zoom
19/05/2021	Stada – Doença Venosa Crónica e Trombose Venosa Superficial: a intervenção da farmácia	Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão	Zoom
25/05/2021	Workshop "Public Speaking – comunica sem medo!"	nowScience	Zoom
26/05/2021	Fresenius Kabi – Intervenção nutricional no idoso – O papel da farmácia	Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão	Zoom
06/06/2021	Cuidado da pele	Academia Perrigo	
15/06/2021	Formação EasySlim®	Formação Interna	Zoom
30/06/2021	Nutrição Infantil: O essencial sobre as fórmulas infantis	Ciclo de Formação Humana	Zoom
11/08/2021	Gaviscon e Durex Intima Protect – ativação do produto no ponto de venda	Formação online Reckitt	Zoom

Anexo III – Panfleto *Doença Venosa Crónica*

A DVC resulta de alterações nas veias das pernas, o que dificulta o retorno do sangue ao coração. Leva à acumulação de sangue nos membros inferiores, originando dor prolongada, incapacidade e diminuição da qualidade de vida.

Fatores de risco: • sexo feminino • idade • história familiar de DVC • obesidade • períodos longos sentado(a) ou de pé • falta de exercício físico • pressão arterial elevada • tabagismo	Sinais e sintomas: • dor e desconforto • sensação de pernas cansadas e pesadas • sensação de queimadura, picada ou formigues • inchaço das pernas, tornozelos e/ou pés • câibras noturnas
---	--

Os sintomas são geralmente mais acentuados ao final do dia, após permanência em pé por períodos prolongados e com o tempo quente.

As varizes dos membros inferiores são a manifestação mais comum da doença, estimando-se que ocorram em cerca de 30-50% da população adulta.

FARMÁCIA SÁ DA BANDEIRA RIO TINTO

22 207 4040

Avenida Dr. Domingos Gonçalves de Sá, 444
4435-213 Rio Tinto

riointinto@sadabandeira.com

Daniela Filipa Castro
No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas

DOENÇA VENOSA CRÓNICA



NÃO IGNORE AS DIÇAS QUE O SEU CORPO LHE DÁ

Peça ajuda ao seu farmacêutico!

Menéndez A. 2017. Doença venosa crónica - aliviar os sintomas e prevenir complicações. Centro de Informação do Medicamento. Disponível em: https://www.cim.medicina.ulisboa.pt/pt/publicacoes/doenca-venosa-crónica_5802285a1f704ee21.pdf (Acessado a 7 de julho de 2023).

33. *“Sua perna é a quem anda?”*. Zefaren. 2023. Disponível em: <https://www.zefaren.pt/diagnose-zefaren/> (Acessado a 10 de julho de 2023).

Home - Dafon. 2023. Disponível em: <https://www.dafon.pt/> (Acessado a 10 de julho de 2023).

Farmaz2000. *Alergia Doença Venosa*. 2021. Disponível em: <https://www.alergiadoenca-venosa.pt/> (Acessado a 10 de julho de 2023).

ALTERAÇÕES DO ESTILO DE VIDA

- prática de exercício físico (ex. caminhada, natação, ciclismo)
- exercitar as pernas em todas as circunstâncias
- evitar o uso de roupa apertada
- evitar o uso de sapatos de salto demasiado alto ou rasos
- prevenir a prisão de ventre e o excesso de peso
- elevação das pernas com frequência
- massajar as pernas de baixo para cima
- manter-se hidratado(a)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Este grupo é formado principalmente pelos venotrópicos orais e pelos cremes de massagem.

Os venotrópicos orais são um grupo bastante diverso, maioritariamente composto por fármacos derivados de extratos de plantas. Estes têm sido utilizados no alívio sintomático do edema e para acelerar a cicatrização de úlceras venosas.

Para se obter o efeito máximo, os venotrópicos devem ser tomados por 2-4 semanas contínuas.

Os cremes de massagem aliam as substâncias com propriedades venoativas com ingredientes que dão uma sensação de frescura, vigor e calmante às pernas. O ideal é aplicar o creme e de seguida massajar com movimentos ascendentes desde o tornozelo até ao joelho.

MEIAS DE COMPRESSÃO

As meias de compressão progressivas (maior compressão na barriga da perna em comparação ao tornozelo) são mais eficazes na melhoria dos sintomas e são mais fáceis de colocar.

É fundamental a utilização das meias diariamente.

Existem meias de compressão até ao joelho (A-D), até à raiz da coxa (A-C) ou collants (A-T).

Estão disponíveis meias com diferente grau de compressão consoante o grau de severidade da doença. Existem 4 classes de compressão, desde a ligeira à muito forte.

De forma a evitar a perda da compressão e manter a eficácia, as meias devem ser substituídas em intervalos de 3 a 4 meses.

As meias de compressão só devem ser indicadas por profissionais devidamente formados para evitar a utilização de meias de tamanho incorreto ou o seu mau posicionamento.

**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO**
2020 - 2021

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