



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Saúde, Porto

Ana Filipa Brandão da Silva

2014

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Saúde, Porto

novembro de 2013 a fevereiro de 2014

Ana Filipa Brandão da Silva

Orientador: Doutora Alexandra Nobre Moreira

Tutor FFUP: Prof.^a Doutora Glória Queirós

março de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Ana Filipa Brandão da Silva, abaixo assinada, nº 200804411, aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 24 de março de 2014

Assinatura: _____

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é dirigido à Doutora Margarida Moreira, diretora da Farmácia Saúde, sita no Porto, pela oportunidade de estagiar num ambiente tão profissional, mas ao mesmo tempo tão familiar e acolhedor, e que foi verdadeiramente importante nesta minha última etapa de aprendizagem.

Agradeço também, e de forma especial, à Doutora Alexandra, por toda a disponibilidade e acompanhamento constantes, pelo apoio e simpatia, por sempre me ter incentivado a fazer mais e melhor, e pela enorme oportunidade e confiança que depositou em mim no desenvolvimento do projeto central deste meu estágio.

A toda a restante equipa da Farmácia Saúde, nomeadamente à Doutora Carla, ao Doutor Gustavo, ao Sr. Alfredo, ao Sr. Miguel e à D. Paula, um muito obrigada por me terem recebido de braços abertos, por todos os conselhos e ensinamentos transmitidos, por toda a paciência que tiveram comigo, por todos os bons momentos e a entreeajuda. O bom ambiente que se respira nesta farmácia fez com que a minha noção de temporalidade destes quatro meses de estágio se tivesse reduzido a um “parece que ainda foi ontem que comecei”.

Agradeço, igualmente, à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, pelo esforço e tempo dedicado à concretização desta última e tão importante etapa da minha formação.

Não posso terminar sem dirigir o meu maior e principal agradecimento a quem sempre me acompanhou, quer na minha vida académica, quer ao longo dos meus 22 anos de existência. Aos meus pais, Eduardo e Olinda, por todos os sacrifícios que fizeram e por tudo o quanto preteriram para que eu pudesse chegar ao patamar em que estou hoje e concluir o curso de que tanto me orgulho. O seu apoio foi sempre incondicional em todas as minhas decisões e em todos os momentos bons e menos bons.

À Joana, por ter caminhado sempre a meu lado desde que nasci, e por ter contribuído para o meu crescimento pessoal e académico. À Maria João, que me tira a paciência tantas vezes, mas que sabe como dar aqueles abraços apertados e quando dizer coisas bonitas que me fazem bem ouvir.

Ao Nuno, que apesar de ser a pessoa mais recente na minha família, se tornou um refúgio essencial na minha vida, e apesar da distância que nos separou durante tanto tempo, sempre conseguiu estar presente quando necessitei. Obrigada por sempre acreditares em mim, mesmo quando eu não o fiz, e por toda a paciência que sempre tiveste comigo.

Por fim, agradeço ainda aos meus amigos, pilar que me suportou ao longo destes anos, pelo apoio, compreensão e presença constante nas inúmeras situações com que me deparei, e pelo impacto que também tiveram no meu processo de maturação.

Resumo

O farmacêutico comunitário é o profissional de saúde que se encontra mais disponível para a população em geral, sendo, por norma, o primeiro e último com quem o utente contacta. Isto proporciona-lhe a oportunidade de promover cuidados de saúde, através do aconselhamento personalizado, da dispensa de medicamentos, da farmacovigilância e seguimento farmacoterapêutico, ou até mesmo pelo reencaminhamento do doente para outros profissionais de saúde.

De acordo com a atual legislação europeia, a formação académica do farmacêutico deverá incluir, obrigatoriamente, um período de estágio em farmácia comunitária, com o objetivo de complementar a formação teórica do estudante com a adequada preparação técnica, deontológica e prática, fulcrais para um exercício correto e exemplar da profissão farmacêutica. Assim, foi-me dada a oportunidade de realizar este estágio na Farmácia Saúde, no Porto, no período de 1 de novembro de 2013 a 28 de fevereiro de 2014 (Anexo 1).

No decurso deste estágio, pude contactar com as diversas atividades que são características de uma farmácia comunitária, tendo acompanhado mas também colaborado ativamente na execução das mesmas.

De forma a complementar a minha formação, intercedi ainda numa área de grande relevo a nível da farmácia comunitária: a depressão. Tendo em conta o aumento acentuado na utilização de antidepressivos desde 2000, decorrente do crescente número de casos de depressão reativa motivada pelas condições socioeconómicas que Portugal atravessa, propus-me a criar uma campanha de sensibilização sobre o assunto durante o mês de fevereiro, durante o qual toda a equipa da Farmácia Saúde se encontrava disponível para prestar aconselhamento sobre o tema.

Além disso, e uma vez que a evolução tecnológica exige uma constante atualização por parte das empresas, criei a página de Facebook da Farmácia Saúde, tendo sido, e ainda sendo atualmente a principal gestora de toda a informação que é lá publicada. Encontro-me ainda a desenvolver o site, com o objetivo final de iniciar a venda *online* de produtos de cosmética e higiene corporal, suplementos alimentares e dispositivos médicos, mas tendo em vista também o aconselhamento e esclarecimento de dúvidas em tempo real, bem como a criação de artigos com informação relevante para o utente.

Todas as atividades desenvolvidas e descritas neste relatório foram essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal, não só porque me permitiram aplicar os meus conhecimentos técnicos e científicos, decorrentes de cinco anos de estudo universitário, mas também porque foram um importante contributo no desenvolvimento de capacidades de inovação e melhoria constantes.

Índice

Declaração de Integridade.....	III
Agradecimentos	V
Resumo	VII
Índice	IX
Lista de Figuras	XI
Lista de Tabelas.....	XI
Lista de Abreviaturas	XIII
Capítulo 1 - A Farmácia Saúde.....	1
1.1. Estrutura e organização	3
1.2. Armazém	6
1.2.1. Gestão de <i>stocks</i> e aquisição de produtos.....	6
1.2.2. Receção de encomendas e armazenamento	8
1.3. Laboratório.....	9
1.4. Atendimento ao público	10
1.4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica	10
1.4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica.....	12
1.4.3. Produtos de cosmética e higiene corporal	13
1.4.4. Medicamentos de uso veterinário.....	14
1.4.5. Dispositivos médicos.....	14
1.5. Serviços farmacêuticos.....	15
1.6. Formações	16
Capítulo 2 - O Farmacêutico Comunitário	17
2.1. Campanha de sensibilização para a depressão	19
2.1.1. A depressão	21
2.1.1.1. Causas	23
2.1.1.2. Sintomas	24
2.1.1.3. Tratamento	25

2.1.2. A campanha de sensibilização.....	28
2.1.2.1. Cartaz informativo.....	28
2.1.2.2. Panfleto.....	30
2.1.2.3. Questionários.....	30
2.2. Facebook da Farmácia Saúde	31
2.3. Site da Farmácia Saúde	34
Referências Bibliográficas	39
Anexos	43
Anexo 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas	45
Anexo 2 – Cartaz e folheto informativo sobre a depressão	47
Anexo 3 – Questionário para avaliação da depressão na população em geral	50
Anexo 4 – Questionário para avaliação da depressão na população geriátrica	52
Anexo 5 – Questionário para avaliação da depressão pós-natal.....	54

Lista de Figuras

▪ Figura 1 - Entrada principal da Farmácia Saúde.....	4
▪ Figura 2 - Montas laterais da Farmácia Saúde.	4
▪ Figura 3 - Área de atendimento ao público da Farmácia Saúde.	5
▪ Figura 4 - Gabinete de atendimento personalizado da Farmácia Saúde.....	5
▪ Figura 5 - Evolução da utilização de psicofármacos por sub-grupo terapêutico, no período de 2000 a 2012	20
▪ Figura 6 - Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais	20
▪ Figura 7 - Prevalência anual (%) das perturbações psiquiátricas, em Portugal, no ano de 2013.....	21
▪ Figura 8 - Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas, nos adultos, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA, em 2013	22
▪ Figura 9 - Possíveis mecanismos de ação dos antidepressivos	25
▪ Figura 10 - Prescrições no SNS de antidepressivos, em Portugal Continental, de 2007 a 2012.....	27
▪ Figura 11 - Cartaz da campanha de sensibilização para a depressão afixado num dos balcões	29
▪ Figura 12 - Publicação da campanha de sensibilização para a depressão no Facebook da	29
▪ Figura 13 - Utilização de redes sociais (%), por tipo de rede, 2013	32
▪ Figura 14 - Página de Facebook da Farmácia Saúde	33
▪ Figura 15 - Página inicial do site da Farmácia Saúde atualmente <i>online</i>	34
▪ Figura 16 - Primeira versão (<i>offline</i>) do site da Farmácia Saúde com venda <i>online</i>	35
▪ Figura 17 - Versão atual (ainda <i>offline</i>) do site da Farmácia Saúde com venda <i>online</i>	36
▪ Figura 18 - Título, imagem e descrição de um produto para venda <i>online</i>	37

Lista de Tabelas

▪ Tabela 1 - Tipos de depressão	22
▪ Tabela 2 - Principais grupos de antidepressivos, respetivos mecanismos de ação e principais indicações na terapêutica	26

Lista de Abreviaturas

ANF – Associação Nacional de Farmácias

ARS – Administração Regional de Saúde

COFANOR - Cooperativa dos Farmacêuticos do Norte

COOPROFAR - Cooperativa dos Proprietários da Farmácia

DCI – Denominação Comum Internacional

EUA – Estados Unidos da América

FEFO – *First Expire, First Out*

PCHC – Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

ISRSN – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

MAO – Monoamina oxidase

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

PRM – Problema Relacionado com Medicamento

PVP – Preço de Venda ao Público

RCM – Resumo das Características do Medicamento

RNM – Resultado Negativo da Medicação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Capítulo 1 - A Farmácia Saúde

A Farmácia Saúde situa-se no Porto, mais concretamente na Avenida dos Combatentes da Grande Guerra, nº 689. Possui uma localização privilegiada, pois encontra-se em frente a um dos acessos à paragem Combatentes, do Metro do Porto, fazendo cruzamento ainda com a Rua Costa Cabral e a Rua da Alegria, ambas muito movimentadas e com uma zona comercial considerável. Além disso, está inserida numa vasta zona habitacional, o que faz com que a população-alvo da farmácia seja muito heterogénea, mas, ao mesmo tempo, com um carácter muito familiar.

O horário de funcionamento cumpre o disposto no Decreto-Lei nº 172/2012, de 1 de agosto¹, e a Portaria nº 277/2012, de 12 de setembro², encontrando-se aberta ao público de segunda-feira a sexta-feira, das 9h às 19h15, e ao sábado das 9h às 13h. Além disso, ainda cumpre turnos de serviço permanente e turnos de serviço de reforço periodicamente.

1.1. Estrutura e organização

A Farmácia Saúde integra uma equipa de quatro farmacêuticos, na qual se inclui a Diretora Técnica e proprietária, dois técnicos de farmácia e uma técnica auxiliar de farmácia, cumprindo a legislação constante no Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto³, e as subsequentes alterações a este, inscritas no Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto⁴, e na Lei nº 16/2013, de 8 de fevereiro⁵.

O regime jurídico das farmácias de oficina define ainda as informações relevantes que devem ser visíveis para o utente, bem como as divisões que devem existir nas instalações da farmácia^{3,4}. Assim, na entrada principal é possível visionar o nome da farmácia, o símbolo “cruz verde”, o horário de funcionamento e as escalas de turnos das farmácias do município, bem como duas pequenas montras laterais, onde podem ser publicitados produtos cosméticos e de higiene corporal (PCHC) ou medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (Figura 1).



Figura 1 - Entrada principal da Farmácia Saúde.

Existem ainda duas montras laterais, de tamanho superior, igualmente importantes na comunicação com o utente numa perspetiva de *marketing* (Figura 2), bem como informação sobre os serviços prestados inscrita na porta de acesso exterior reservada aos funcionários da farmácia.



Figura 2 - Montas laterais da Farmácia Saúde.

Interiormente, a farmácia encontra-se dividida em diferentes áreas obrigatórias, definidas pela Deliberação nº 2473/2007, de 28 de novembro⁶, nomeadamente: uma zona de atendimento ao público (Figura 3), onde se encontram garantidas as condições de acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes; um armazém, onde se processam as encomendas e onde se encontra a área de *stock* ativo; um laboratório, onde se produzem medicamentos manipulados mediante uma prescrição médica; um gabinete de atendimento

personalizado (Figura 4), utilizado na prestação de serviços farmacêuticos e em situações de aconselhamento que necessitem de um local mais privado; o gabinete da direção técnica, onde é feita a gestão da farmácia e onde se podem encontrar diversos documentos relativos à mesma; e instalações sanitárias.

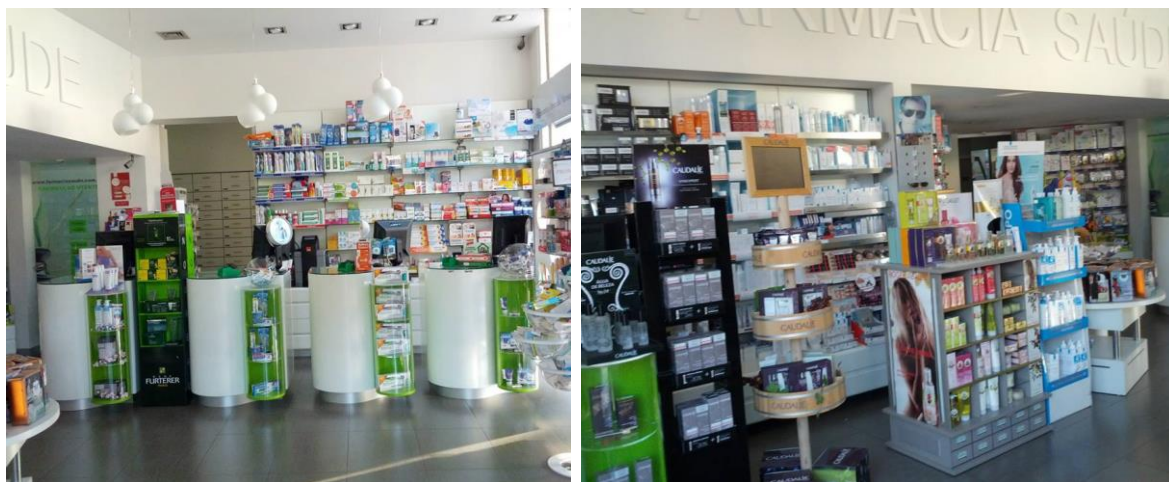


Figura 3 - Área de atendimento ao público da Farmácia Saúde.

De acordo com as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária⁷, deve existir uma biblioteca na farmácia continuamente atualizada e organizada, que permita ao farmacêutico esclarecer dúvidas que possam surgir durante o processo de cedência de medicamentos. O Prontuário Terapêutico, o Índice Nacional Terapêutico e o Infomed (base de dados *online* de medicamentos da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), que contém o Resumos das Características dos Medicamentos (RCM)) foram as principais fontes de informação que consultei durante o atendimento ao público, e o Formulário Galénico Português e a Farmacopeia Portuguesa foram essenciais quando tive que proceder à manipulação de medicamentos.

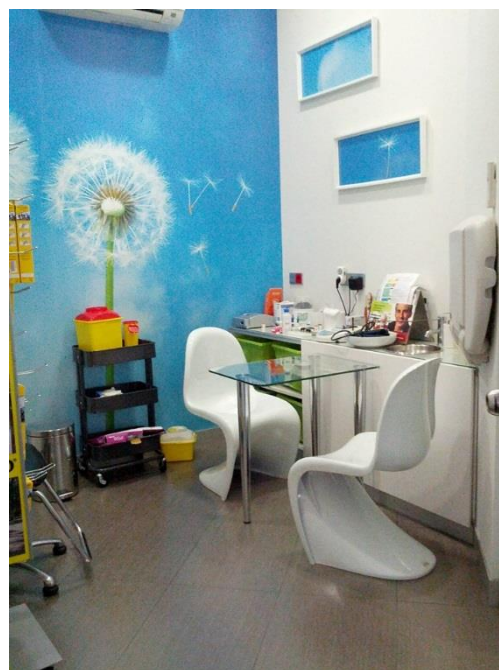


Figura 4 - Gabinete de atendimento personalizado da Farmácia Saúde.

O Sifarma[®] 2000, sistema informático que se encontra implementado na Farmácia Saúde, além de ser necessário no processamento e registo de dados ao longo de todo o Circuito do

Medicamento, também permite a consulta de informação detalhada sobre os medicamentos. Para aceder ao Sifarma[®] 2000, foi-me fornecido um código pessoal, o que me permitiu contactar com a maioria das funções do programa, como a gestão e receção de encomendas, o acesso à ficha do produto, a consulta de grupos homogêneos, o processamento de vendas e o controlo dos prazos de validade. Também me foi possível observar o processo de faturação, de correção e emissão de lotes de receitas, e de controlo de entrada e saída de psicotrópicos, que se realizam neste sistema informático.

1.2. Armazém

1.2.1. Gestão de *stocks* e aquisição de produtos

É no local de receção e armazenamento que se inicia o circuito dos medicamentos e produtos de saúde que dão entrada na farmácia. No entanto, segundo as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária⁷, primeiramente é necessário determinar os *stocks* mínimo e máximo requeridos para atender às necessidades dos utentes, evitando tanto uma possível rutura como um excesso de *stock*, que representa uma imobilização de capital, a possibilidade de serem ultrapassados prazos de validade e uma maior necessidade de espaço para armazenamento. Uma gestão racional do *stock* deve ainda ter em conta os períodos de sazonalidade, a rotatividade dos produtos e a publicidade nos meios de comunicação social. O Sifarma[®] 2000 permite fazer esta gestão mais facilmente, pois desencadeia automaticamente uma proposta de encomenda quando os *stocks* mínimos são atingidos. Durante o meu período de estágio tive oportunidade de confirmar se o *stock* físico correspondia ao indicado informaticamente, e procedi também a algumas alterações aos *stocks* mínimo e máximo, quando aplicável e necessário.

Em relação à aquisição de produtos, na Farmácia Saúde esta pode ser feita de duas formas distintas: através de distribuidores grossistas e armazenistas, ou diretamente aos laboratórios. A Cooperativa dos Proprietários da Farmácia (COOPROFAR) e a Alliance Healthcare são os dois principais fornecedores grossistas das encomendas da farmácia, realizando duas e três entregas diárias, respetivamente. No entanto, e sempre que necessário, também se realizam encomendas à Udifar – Distribuição Farmacêutica SA, à Dilofar e à Cooperativa dos Farmacêuticos do Norte (COFANOR). A aquisição aos laboratórios é realizada ocasionalmente, e normalmente está associada a bonificações ou condições de pagamento mais favoráveis. Porém, os prazos de entrega são mais alargados e pode representar um investimento financeiro considerável.

As encomendas diárias são habitualmente realizadas sempre pelo mesmo membro da equipa da Farmácia Saúde, portanto apenas pude observar e tentar compreender como devem ser conferidas e aprovadas. No entanto, e sempre que necessário, efetuei encomendas para diferentes distribuidores via telefone e farmalink (encomendas instantâneas), mas nem sempre estes tinham o produto pretendido, maioritariamente por se encontrar esgotado no laboratório ou temporariamente indisponível. A Farmácia Saúde possui uma filosofia que assenta no pressuposto de que o utente, quando se dirige à farmácia e requer a nossa ajuda, pretende encontrar uma solução. Assim, e sempre que necessário, envidei todos os esforços para obter os produtos que eram procurados, quando estes não se encontravam disponíveis nos fornecedores habituais ou o prazo de entrega era superior àquele que o utente impunha. Nestas situações, o primeiro passo a dar era contactar algumas farmácias da zona do Porto, com quem a Farmácia Saúde mantém relações saudáveis de troca de produtos, conseguindo-se, na grande maioria das vezes, a resolução do problema desta forma.

No entanto, recordo-me de duas situações distintas que exigiram alguma paciência e muitas chamadas telefónicas, mas que foram solucionadas com sucesso. Uma delas estava relacionada com um medicamento veterinário recente no mercado, o Pexion®, indicado para a epilepsia nos cães, e que não se encontrava disponível em nenhum dos nossos diversos fornecedores habituais. Após contactar diretamente o laboratório responsável pela sua produção, a Boehringer Ingelheim®, consegui obter informação sobre os distribuidores de produtos veterinários que tinham este medicamento em *stock*, conseguindo, finalmente, adquiri-lo num curto prazo de tempo.

A outra situação relacionou-se com uma lata de leite em pó da Nestlé®, o Nan Confort 1®, consumida unicamente por uma utente, e que sofreu uma atualização recente na sua formulação, onde a melhoria do sabor era a característica mais destacada. No entanto, esta nova formulação apenas se encontrava disponível na COOPROFAR (facto que desconhecíamos), e esteve temporariamente esgotada, pelo que fizemos uma encomenda instantânea para a Alliance Healthcare, que nos enviou a formulação anterior. A filha da nossa utente, de 2 meses, apenas tinha experimentado a nova formulação do Nan Confort 1®, pelo que a mãe estava receosa de lhe dar a anterior, devido ao sabor. Como a utente apenas tinha pó para preparar leite até à manhã seguinte, a procura de solução para este problema estava limitada temporalmente. Contactei todos os nossos distribuidores habituais e nenhum deles tinha a formulação do leite que a bebé já tinha consumido, pelo que tentei contactar as farmácias com quem temos parcerias. Algumas nunca tinham tido

sequer este produto, enquanto outras apenas tinham a formulação original. Quando já estava quase a desistir, ao fim de cerca de doze chamadas, consegui encontrar uma farmácia que tinha a nova formulação do Nan Confort 1[®], e que nos disponibilizava o produto imediatamente, o que permitiu solucionar esta questão.

Em ambas as situações, foi muito compensador receber os agradecimentos dos utentes no final, que ficaram claramente satisfeitos por eu ter conseguido resolver a questão que os trouxe à farmácia.

1.2.2. Receção de encomendas e armazenamento

Quando a encomenda é entregue na farmácia, é necessário proceder à sua conferência e receção, não só para verificar se esta se encontra conforme o pedido que foi realizado, mas também para que os produtos fiquem rapidamente disponíveis no *stock* informático, facilitando o atendimento ao público.

Durante o processo de receção, é essencial verificar a integridade dos produtos, corrigir o prazo de validade daqueles que se encontrem com um *stock* nulo, atualizar os preços de venda à farmácia em conformidade com os que constam na fatura, bem como calcular o preço de venda ao público (PVP) dos MNSRM, PCHC e dispositivos médicos. Para estes produtos de saúde, segundo a Lei n.º 25/2011, de 16 de junho⁸, é ainda obrigatório a indicação do seu PVP, recorrendo à colocação de uma etiqueta, que deve ser atualizada no caso de alteração de preço e existência de *stock* de uma determinada referência.

Após a receção, procede-se ao armazenamento dos produtos, que deve ter em conta o conceito *First Expire, First Out* (FEFO), de forma a que os produtos mais acessíveis sejam aqueles que possuam um prazo de validade mais curto. Determinados medicamentos possuem condições de armazenamento especiais, como o caso dos produtos termolábeis, que devem ser conservados no frigorífico a uma temperatura de 2-8 °C, e os psicotrópicos e estupefacientes, que devem ser armazenados num local separado do restante *stock* ativo. Na Farmácia Saúde, estes encontram-se guardados dentro de um cofre, o que restringe o seu acesso.

Mensalmente, é ainda necessário controlar os prazos de validade de todas as existências da farmácia, recorrendo a uma lista emitida pelo Sifarma[®] 2000, que indica todos os produtos cujo prazo de validade expira nos dois meses subsequentes. Esta verificação mensal permite não só proceder à retirada daqueles que se encontrem efetivamente a expirar, e que serão posteriormente devolvidos aos fornecedores, mas também confirmar se o *stock* informático corresponde ao real.

Outras situações que podem levar à realização de devoluções incluem a deterioração dos produtos, embalagens danificadas ou incompletas, erro no envio do produto, por parte da distribuidora, ou erro no pedido do mesmo, por parte da farmácia.

A receção e armazenamento dos produtos de saúde encomendados foram tarefas que desempenhei desde o início do estágio até ao seu término, e que se revelaram cruciais na fase de atendimento ao público, pois permitiram-me associar as designações comerciais ao tipo de formulação galénica, bem como à sua localização e formato da embalagem de acondicionamento secundário.

A Farmácia Saúde recebe, diariamente, um número de encomendas considerável, sendo que, mensalmente, ainda são entregues pedidos de medicamentos genéricos de determinados laboratórios. Além disso, o meu período de estágio coincidiu com a época de Natal, o que se traduziu num acréscimo do volume de produtos que eram rececionados na farmácia, bem como com o início de uma nova parceria com uma central de compras, a Pharall, que permite realizar, numa só encomenda mensal, pedidos para diferentes laboratórios de produtos farmacêuticos, com melhores condições de compra. Assim, houve dias em que a zona da receção de encomendas ficava tão repleta de contentores e caixotes, que se tornava praticamente intransponível, o que não se revelou necessariamente uma situação negativa, tendo em conta que me levou a aperfeiçoar as minhas capacidades de organização e a adotar técnicas que aumentassem o fluxo de produtos rececionados.

Além disso, também procedi à devolução de produtos por via informática, quando estes não se encontravam conforme o pedido, se encontravam danificados ou tinham sido enviados em excesso, ou apresentei reclamações via telefone nos casos em que nos tinha sido debitado um produto mas não tinha sido enviado. O controlo mensal dos prazos de validade foi uma tarefa que desempenhei logo no início do estágio, o que me permitiu ambientar-me com a localização dos diferentes medicamentos e PCHC existentes na farmácia, bem como as respetivas embalagens e designações.

1.3. Laboratório

O preenchimento de áreas que a Indústria Farmacêutica não tem capacidade de abranger constitui um domínio em que os medicamentos manipulados apresentam um elevado relevo, pois estes permitem ajustar as dosagens, formulações e vias de administração à patologia e características biológicas e fisiológicas que o doente apresenta.

O laboratório é a área onde se preparam fórmulas magistrais e oficinais, segundo a indicação constante numa receita médica ou segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, respetivamente⁹. A preparação deste tipo de medicamentos na farmácia comunitária deve cumprir as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária⁷ e as Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar¹⁰.

O PVP dos manipulados é calculado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem, obedecendo à Portaria nº 769/2004, de 1 de julho¹¹. Em determinados casos, que se encontram regulamentados, os medicamentos manipulados podem estar sujeitos a comparticipações, mediante a apresentação de uma prescrição médica¹².

Atualmente, a Farmácia Saúde não dispõe de um volume suficiente de pedidos para a formulação de medicamentos manipulados que justifique o investimento na aquisição e armazenamento de matérias-primas e materiais de embalagem. Assim, a grande maioria das requisições que nos são feitas de manipulados são direcionadas para a Farmácia Barreiros. No entanto, alguns dos pedidos mais simples são preparados no laboratório da Farmácia Saúde, sendo que tive oportunidade de manipular uma solução de álcool acético a 2% e uma preparação de talco mentolado.

1.4. Atendimento ao público

O atendimento ao público é uma das competências do farmacêutico numa farmácia comunitária, talvez a mais importante, pois traduz-se na capacidade de interpretar e avaliar as prescrições médicas, em acompanhar, vigiar e controlar a distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos, em promover medidas não farmacológicas, como os hábitos de vida saudáveis, e em aconselhar produtos de cosmética e higiene corporal, mediante as necessidades do utente.

1.4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

O Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto⁹, determina que são sujeitos a receita médica todos os medicamentos que constituam um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, que contenham substâncias cuja atividade ou reações adversas devem ser aprofundadas ou que se destinem a ser administrados por via parentérica.

Os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) necessitam então de uma prescrição médica, atualmente regulada pela Lei nº 11/2012, de 8 de março¹³, e pela Portaria nº 137-

A/2012, de 11 de maio¹⁴, alterada pela Portaria nº 224-A/2013, de 9 de julho¹⁵ e pelo Despacho nº 11254/2013, de 30 de agosto¹⁶, para a sua dispensa. Este último despacho apenas começou a ser implementado, na prática, a partir do dia 1 de novembro, pelo que pude assistir à sua introdução, bem como às dificuldades que daí advieram, por desconhecimento do mesmo por parte da classe médica ou por inexistência material do novo modelo de receitas médicas.

Os MSRM podem ainda ser comparticipados, o que permite ao utente apenas pagar uma percentagem do PVP do medicamento. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o maior organismo participante, encontrando-se fixados os diferentes escalões de comparticipação no Decreto-Lei nº 106-A/2010, de 1 de outubro¹⁷. Além deste, ainda existem outros subsistemas de saúde, desenvolvidos por diversas empresas, que possibilitam ao utente uma maior percentagem de comparticipação. Mensalmente, para que a farmácia receba o valor correspondente a esta comparticipação nos medicamentos, é necessário efetuar a conferência do receituário, e enviar o mesmo para a Administração Regional de Saúde (ARS), no caso do SNS, ou para a Associação Nacional de Farmácias (ANF), se o organismo responsável for outra entidade. Esta é uma tarefa realizada, quase em exclusivo, por um único membro do quadro farmacêutico da Farmácia Saúde, motivo pelo qual apenas me limitei a organizar os lotes dos diferentes organismos, e a observar este processo e como eram feitas algumas das correções.

Os medicamentos psicotrópicos e/ou estupefacientes, apesar de serem MSRM, pertencem a uma classe terapêutica especial, com legislação própria¹⁸⁻²⁰. Estes são prescritos igualmente em receita eletrónica, onde apenas podem constar medicamentos deste grupo terapêutico²¹. Além disso, para a sua dispensa, é necessário o preenchimento de um formulário, onde constam dados do médico, do doente e do adquirente dos mesmos. Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de contactar com prescrições médicas de medicamentos psicotrópicos e/ou estupefacientes, cumprindo as normas estipuladas para a sua dispensa.

Uma grande percentagem dos aconselhamentos realizados na Farmácia Saúde têm como base uma prescrição médica. As maiores dificuldades que eu senti relacionaram-se, principalmente, com a dispensa de medicamentos para doenças crónicas, pois com a implementação da obrigatoriedade de prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), a grande maioria dos utentes iniciou a toma de medicamentos genéricos, não se recordando, porém, do nome do laboratório que os produz. Esta questão pode ser resolvida recorrendo à consulta de dispensas anteriores para o utente em causa, ou então pelo método

de “tentativa-erro”, em que se mostram as diferentes embalagens secundárias para que sejam reconhecidas pelo mesmo. Além disso, numa fase inicial, sentia sempre a necessidade de confirmar os planos de participações com os colegas antes de concluir uma dispensa de MSRM, o que progressivamente deixou de acontecer, com exceção daqueles que surgem mais raramente. Tomei sempre o cuidado de fornecer as informações mais relevantes sobre os medicamentos dispensados, nomeadamente a posologia e reações adversas mais frequentes, incentivando o cumprimento da terapêutica instituída, mas também fui capaz de esclarecer algumas dúvidas que podiam surgir. Procedi, ainda, à preparação extemporânea de suspensões orais de antibióticos, principalmente de amoxicilina ou da associação de amoxicilina e ácido clavulânico, informando sobre as condições especiais de conservação aplicáveis a algumas delas, do prazo de validade reduzido e da necessidade de serem agitadas antes da administração.

1.4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Segundo o Estatuto do Medicamento, presente no Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto⁹, os medicamentos homeopáticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas (fitoterapêuticos) são classificados como MNSRM. Um medicamento homeopático é um *“medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas”*, e que se baseia na premissa de que semelhante cura semelhante, ou seja, no tratamento de doenças por intermédio de substâncias com elevadas diluições, que provocarão no Homem saudável sintomas semelhantes aos da doença a tratar. Apesar do reduzido consenso entre os profissionais de saúde sobre a eficácia destes medicamentos, estes apresentam uma elevada tolerância e segurança. Por sua vez, um medicamento à base de plantas é *“qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas”*. A procura destes produtos tem vindo a aumentar com a evolução de uma sociedade com preocupações crescentes ao nível da saúde e bem-estar, tendo o farmacêutico um papel preponderante no aconselhamento, já que os medicamentos fitoterápicos não são isentos de efeitos adversos ou interações medicamentosas. Na Farmácia Saúde, a procura de medicamentos homeopáticos é reduzida, motivo pelo qual o *stock* destes produtos é limitado. Em relação aos medicamentos à base de plantas, os mais procurados são aqueles que se destinam ao emagrecimento, distúrbios gastrointestinais ou hepáticos, ansiedade e insónia. Durante o meu período de atendimento ao público, que

durou cerca de três meses e meio, apenas tive um ou dois pedidos de medicamentos homeopáticos, nunca tendo aconselhado nenhum. Em relação aos medicamentos fitoterápicos, os meus aconselhamentos principais relacionaram-se com insónias e ansiedade, bem como distúrbios do trato respiratório superior.

1.4.3. Produtos de cosmética e higiene corporal

O regime jurídico dos PCHC, regulado pelo Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de setembro²², com posteriores alterações pelo Decreto-Lei nº 115/2009, de 18 de maio²³, Decreto-Lei nº 113/2010, de 21 de outubro²⁴, e Decreto-Lei nº 63/2012, de 15 de março²⁵, estabelece que produto cosmético é *“qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes do corpo humano, (...) com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”*.

O cuidado com a imagem e a preocupação com o bem-estar têm levado a uma crescente procura deste tipo de produtos, tanto com indicação de dermatologistas, como por iniciativa dos utentes. Como tal, o farmacêutico deve possuir um elevado conhecimento dentro desta área, para que seja capaz de realizar um aconselhamento informado e correto, mediante as situações e necessidades de cada utente.

Os PCHC são uma grande aposta da Farmácia Saúde, que possui gamas completas de diversas marcas em exposição nos lineares, tais como a Elgydium®, Oral-B®, Klorane®, Ducray®, René Furterer®, Phyto®, Avène®, Mustela®, Uriage®, La Roche-Posay®, Vichy®, Lierac®, Roger & Gallet®, Caudalie® e Filorga®. Além destas, ainda existem algumas marcas, das quais apenas se encontram em *stock* local algumas das referências, armazenadas em gavetas, tais como a Bioderma®, a Aveeno®, a Babé®, a Barral®, a Eucerin® e a Isdin®, entre outras. Durante o meu estágio observei e pedi muitos aconselhamentos a colegas no momento de dispensar um PCHC, para poder estar mais informada e preparada sobre esta matéria, mas também fui capaz de os indicar individualmente. Além disso, assisti a algumas formações das marcas, essenciais não só para o meu crescimento profissional, mas também para a criação do site da farmácia, um dos projetos desenvolvidos ao longo do estágio, e que abordo na segunda parte deste relatório.

1.4.4. Medicamentos de uso veterinário

De acordo com o Decreto-Lei nº 148/2008, de 29 de julho²⁶, 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”*.

Estes medicamentos apresentam os mesmos requisitos de eficácia, segurança e qualidade dos de uso humano, diferindo apenas nas substâncias ativas, dosagens e formas farmacêuticas. Porém, alguns medicamentos de uso humano podem também ser utilizados a nível veterinário, desde que haja um ajuste na dose em relação ao porte e à espécie do animal em causa. No caso de MSRM, estes são prescritos numa receita médico-veterinária, regulada pela Portaria nº 1138/2008, de 10 de outubro²⁷, não sendo, no entanto, compartilhados.

Na Farmácia Saúde, apesar de os produtos veterinários ocuparem apenas um linear, ainda existe uma procura razoável dos mesmos, sendo de salientar os desparasitantes, tanto internos como externos. Como a minha formação nesta área é muito reduzida, nunca me senti propriamente confortável a fazer o aconselhamento destes medicamentos, pelo que apenas os dispensei mediante um pedido direto por parte de um utente, dando as indicações necessárias, ou com o auxílio de algum dos colegas, mais experientes neste tema.

1.4.5. Dispositivos médicos

Segundo o Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de junho²⁸, um dispositivo médico é *“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”*. Estes dispositivos são principalmente destinados no diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, lesão ou deficiência, no estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico, ou no controlo da concepção.

A Farmácia Saúde apresenta um elevado volume de dispositivos médicos, como testes de gravidez, preservativos, produtos ortopédicos, artigos para grávidas e puericultura, material de penso, produtos dirigidos para a incontinência, entre outros. O material de penso, como gazes, ligaduras e pensos foram, sem dúvida alguma, os dispositivos médicos com que mais contactei ao longo do tempo em que realizei atendimento ao público, mas também

dispensei testes de gravidez, fazendo o respetivo aconselhamento, preservativos, meias de compressão e material elástico como suporte a lesões, fraldas e pensos para incontinência, bem como chupetas, tetinas ou faixas de suporte para gravidez e pós-parto.

1.5. Serviços farmacêuticos

O regime jurídico das farmácias de oficina, previsto no Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto³, consagrou a possibilidade de as farmácias prestarem serviços farmacêuticos na promoção da saúde e bem-estar dos utentes. A Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro²⁹, define então os serviços farmacêuticos que podem ser prestados, salvaguardando sempre as competências que são atribuídas a outros profissionais de saúde.

Na Farmácia Saúde, os serviços prestados pelo quadro de farmacêuticos e não farmacêuticos, no gabinete de atendimento personalizado, são a determinação da pressão arterial, da hemoglobina e hemoglobina glicosilada, do colesterol total e colesterol HDL, dos triglicerídeos, da glicémia e do ácido úrico. Além destes, também se realizam testes de gravidez, prestam-se primeiros socorros e administram-se vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação. Semanalmente, decorrem ainda aconselhamentos nutricionais com uma profissional devidamente qualificada na área da nutrição.

Logo na minha primeira semana de estágio fui incumbida da determinação diária da pressão arterial de uma das funcionárias de limpeza da farmácia, realizando-a igualmente noutros utentes que o requeriam. Na Farmácia Saúde, a determinação da pressão arterial pode realizar-se na zona de atendimento, com um aparelho eletrónico disponível para esse efeito, ou no gabinete de atendimento personalizado, recorrendo a um esfigmomanómetro mecânico e estetoscópio.

Os parâmetros bioquímicos são determinados no aparelho Callegari™ CR3000, um fotómetro de absorção molecular que permite realizar até três determinações em simultâneo, obtendo-se o resultado em poucos minutos³⁰. Durante o meu estágio tive oportunidade de realizar as determinações de colesterol total, glicémia e triglicerídeos, e pude observar a determinação do colesterol HDL. No final, tive sempre o cuidado de analisar os resultados tendo em conta o historial clínico e os hábitos quotidianos do utente, aconselhando medidas não farmacológicas e incentivando a adesão à terapêutica instituída pelo médico, quando aplicável.

1.6. Formações

Ao longo dos quatro meses de estágio na Farmácia Saúde tive oportunidade de participar em várias formações que contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional de saúde, e que foram essenciais para a minha capacidade de aconselhamento ao utente, nomeadamente:

- Formação “Q10 – Energia para o coração & BioActivo LipoExit Xtra[®]” promovida pela Pharma Nord, no dia 14 de novembro de 2013;
- Formação sobre a gama completa de perfumes e cosmética corporal da Roger & Gallet[®], no dia 18 de novembro de 2013;
- Formação sobre a gama completa de cosmética e higiene corporal da Caudalie[®], no dia 23 de janeiro de 2014;
- Formação “Qualidade e a Gama BioActivo[®]” promovida pela Pharma Nord, no dia 30 de janeiro de 2014;
- Formação “Estados descamativos e couro cabeludo sensível” promovida pela Ducray[®], no dia 6 de fevereiro de 2014;
- Formação sobre a gama completa de cosmética e higiene corporal da Galénic[®], no dia 17 de fevereiro de 2014;
- Formação sobre a gama completa de produtos capilares da René Furterer[®], no dia 24 de fevereiro de 2014;
- Visita à Casa Uriage, onde foram ministradas mini-palestras sobre as diferentes gamas da Uriage[®], no dia 25 de fevereiro de 2014;
- Formação sobre a gama completa de medicosmética da Filorga[®], no dia 27 de fevereiro de 2014.

Capítulo 2 - O Farmacêutico Comunitário

São diversos os desafios que pautam diariamente a atividade profissional do farmacêutico comunitário, que se responsabiliza, não só pela dispensa correta e segura de medicamentos mediante uma prescrição médica, mas também pelo aconselhamento que deve ser capaz de fornecer, esclarecendo qualquer dúvida que o utente lhe coloque.

Além disso, o farmacêutico comunitário é o profissional de saúde que se encontra mais próximo da população, o que lhe permite acompanhar e monitorizar problemas relacionados com os medicamentos (PRM) e resultados negativos da medicação (RNM), mas também ser confidente e conselheiro de muitas situações pessoais dos utentes que são assíduos numa farmácia. Com base neste pressuposto, e tendo em conta o crescente número de pessoas que se dirigem à farmácia com sinais e sintomas de uma possível depressão ou com uma prescrição médica para antidepressivos, desenvolvi uma campanha de sensibilização sobre o tema, que se realizou durante o mês de fevereiro na Farmácia Saúde.

No entanto, numa farmácia comunitária encontram-se muitos outros produtos para além de medicamentos, como os suplementos alimentares e os PCHC, que cada vez são mais procurados pela população. Além disso, o desenvolvimento tecnológico tem elevado a competição entre os diversos locais de venda de produtos farmacêuticos e cosméticos, levando à criação de plataformas *online* que publicitam estes mesmos produtos, ditando, assim, a necessidade de acompanhar esta evolução. Tendo isto em conta, propus a elaboração da página de Facebook da Farmácia Saúde, bem como o desenvolvimento da componente de vendas *online* do site já existente da farmácia.

2.1. Campanha de sensibilização para a depressão

Os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental tornaram-se um dos principais motivos de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, sendo estes igualmente responsáveis por cinco das dez maiores causas de incapacidade a longo prazo, das quais cerca de 11,8% são derivadas de perturbações depressivas³¹. Além disso, existem evidências de que os períodos de crise económica acentuam os problemas de saúde mental das populações³².

Em outubro de 2013, o INFARMED publicou, no seu boletim de notícias, um estudo realizado pelo Gabinete de Estudos e Projetos, onde avaliava a utilização de psicofármacos, tais como os antidepressivos, no contexto da crise económica e social que Portugal atravessa³³. Durante o período de 2000 a 2012, verificou-se então um incremento

na utilização de antidepressivos (Figura 5)³³, porém, esta informação, isoladamente, não é suficiente para retirar quaisquer ilações sobre o aumento do número de problemas de saúde mental relativamente à atual situação do país.

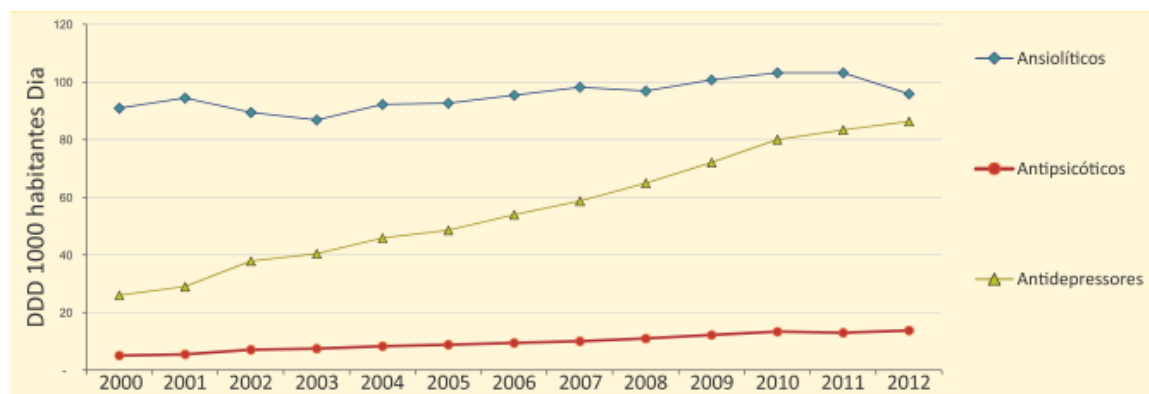


Figura 5 - Evolução da utilização de psicofármacos por sub-grupo terapêutico, no período de 2000 a 2012 (adaptado). DDD – Dose Diária Definida³³.

Contudo, este artigo tornou-se a base do caso de estudo que decidi desenvolver durante o período de estágio, pois a depressão é um distúrbio mental cada vez mais recorrente, facto que pode ser verificado pelas inúmeras prescrições médicas de antidepressivos que, diariamente, são dispensadas nas farmácias comunitárias. Outro motivo que me levou a promover esta campanha de sensibilização sobre a depressão foi que o farmacêutico, apesar de ser o profissional de saúde mais próximo da população, não é muito procurado quando se trata de requerer ajuda em casos de problemas psicológicos ou emocionais (Figura 6).

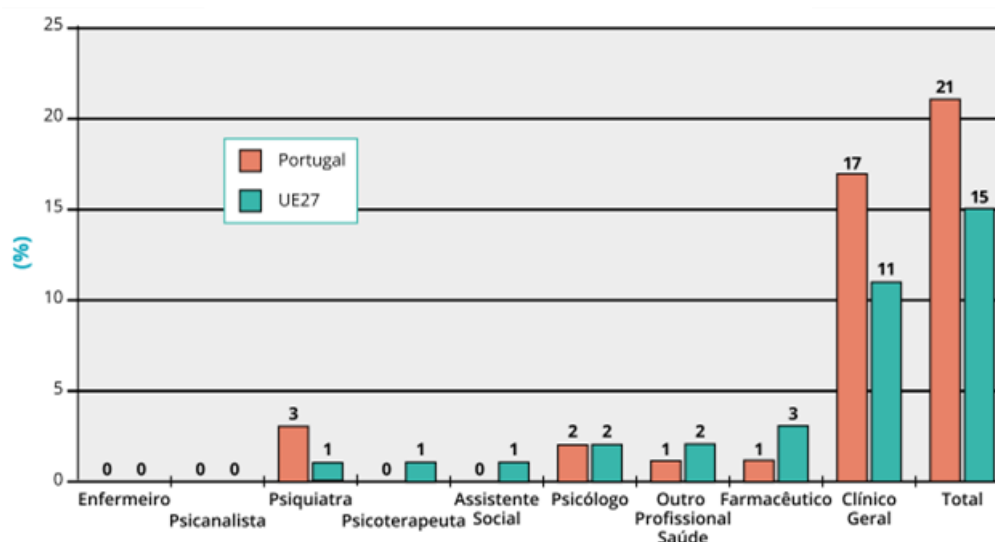


Figura 6 - Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais (adaptado)³⁴.

Assim, durante o mês de fevereiro, encontrou-se afixado um cartaz na Farmácia Saúde que promovia o apoio do farmacêutico em casos de possíveis depressões e foram disponibilizados panfletos com as informações mais relevantes para o utente sobre este distúrbio.

2.1.1. A depressão

A depressão é uma condição psiquiátrica extremamente comum, estimando-se que cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo padeçam deste distúrbio³⁵. Em Portugal, um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários encontra-se deprimido no momento da consulta³⁶, sendo que a prevalência anual desta perturbação, estimada em 2013, situa-se nos 7,9% (Figura 7).

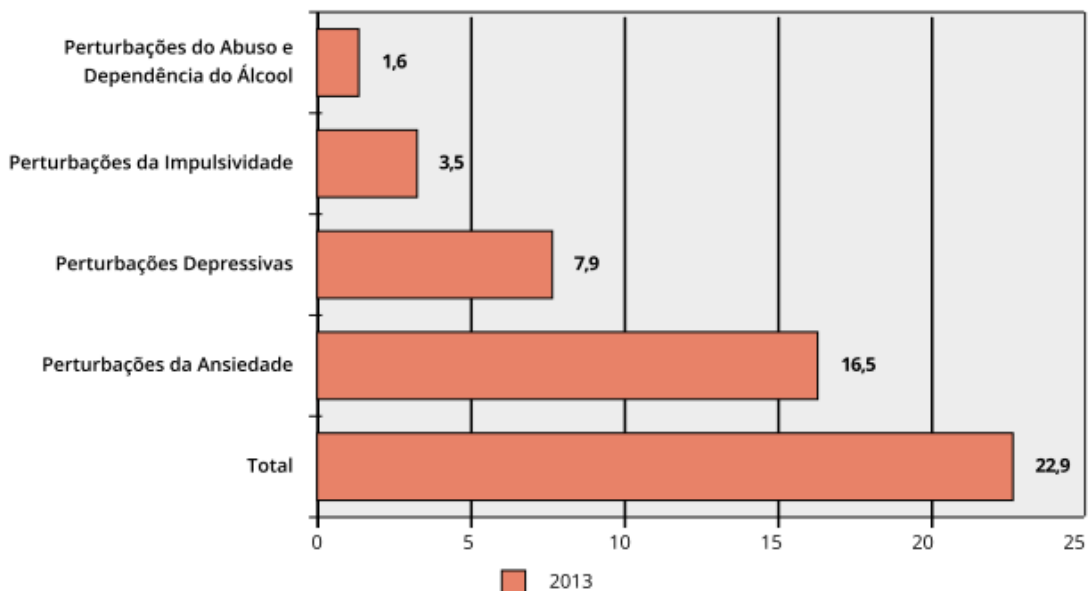


Figura 7 - Prevalência anual (%) das perturbações psiquiátricas, em Portugal, no ano de 2013 (adaptado)³⁴.

Comparativamente a alguns países da União Europeia e aos Estados Unidos da América (EUA), Portugal apresenta um dos valores mais elevados de prevalência de perturbações depressivas (Figura 8), o que pode ser devido aos níveis de desigualdades sociais no acesso aos sistemas de saúde, à escassa articulação dos cuidados de saúde primários com a saúde mental comunitária, ou aos estigmas existentes em relação a esta patologia, sendo necessário promover e prevenir as doenças mentais³⁴.

Comparação da Prevalência					
	Perturbações da Ansiedade	Perturbações Depressivas	Perturbações Impulsividade	Perturbações do Álcool	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Ucrânia	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
EUA	18,2	9,6	6,8	3,8	26,4

Figura 8 - Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas, nos adultos, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA, em 2013 (adaptado)³⁴.

Existem diferentes tipos de depressão, sendo os mais frequentes a depressão reativa ou secundária, a depressão maior (endógena) e a doença bipolar (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipos de depressão^{35,37-39}.

Tipo	Características	
Reativa ou secundária	- Perda (luto por morte de algum ente querido; eventos de vida adversos, como o desemprego ou uma crise económica...); - Patologia física (enfarte do miocárdio, cancro...); - Fármacos (álcool, hormonas, anti-hipertensores...); - Outros distúrbios psiquiátricos (senilidade...)	Constitui mais de 60% de todas as depressões. A síndrome depressiva caracteriza-se, essencialmente, por depressão, ansiedade, tensão, sentimentos de culpa e queixas corporais. Pode ter um desenvolvimento favorável espontâneo ou responder a um tratamento farmacológico.
Depressão maior (endógena)	- Depressão autónoma (não depende de alterações na vida); - Pode ocorrer em qualquer idade (desde a infância até à velhice); - Biologicamente determinada (relacionada com histórico familiar).	Cerca de 25% de todas as depressões. Além da síndrome depressiva comum à depressão reativa, também é caracterizada por ritmos de sono anormais, perda de apetite, libido e atividade motora. Habitualmente responde especificamente a antidepressivos ou a terapia eletroconvulsiva. Podem ocorrer recaídas ao longo da vida.

Doença bipolar	Caracterizada por episódios de mania, sendo que o mais habitual é a existência de ciclos de mania, intercalados com depressão.	Cerca de 10 a 15% de todas as depressões. Pode ser erradamente diagnosticada como depressão endógena se os episódios de mania não forem corretamente identificados. O carbonato de lítio é utilizado na estabilização do humor, podendo ser necessário recorrer a fármacos antipsicóticos para tratar a fase de mania, e antidepressivos para a fase depressiva.
----------------	--	--

A depressão não é característica apenas dos adultos, podendo ocorrer igualmente nas crianças e adolescentes, idosos, e nas mulheres grávidas e no período pós-parto.

Nos mais jovens, este distúrbio mental resulta, habitualmente, de uma combinação de fatores genéticos, exposição ao *stress* e experiências negativas anteriores, sendo que o pico da incidência é observado, normalmente, durante a puberdade⁴⁰. Os principais sintomas apresentados por este grupo etário são a ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono ou alimentares, fobias, hipocondria e queixas abdominais, ideação suicida e obsessões⁴¹.

Os idosos constituem um outro grupo de elevada vulnerabilidade, sendo que existem cada vez mais evidências de que a depressão tardia pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de demência nesta faixa etária, podendo mesmo ser diagnosticada erradamente⁴².

Por fim, os períodos de gravidez e pós-parto são caracterizados por diversas transformações biológicas, psicológicas e sociais na mulher, que têm influência na sua saúde mental e física, bem como na do bebé, pelo que deve haver um acompanhamento completo da grávida ou mamã durante estas fases da vida⁴³.

2.1.1.1. Causas

A depressão é um distúrbio complexo que se pode manifestar de diferentes formas, decorrentes de alterações numa multiplicidade de fatores, entre os quais se destacam os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Em termos biológicos, os fatores hereditários apresentam um papel extremamente relevante. Estudos com famílias, gémeos e pessoas adotadas demonstram a existência de um componente genético no desenvolvimento de depressão major, porém, até ao momento,

os estudos de genética molecular não conseguiram ainda identificar um gene específico, tendo sido apenas determinada a existência de alterações em regiões dos cromossomas 3p, 12q, 15q e 18q⁴⁴. Outro fator biológico que se pensa estar relacionado com a depressão é a disfunção ao nível da neurotransmissão da serotonina, noradrenalina e dopamina, comumente conhecida como hipótese das monoaminas, onde existe um défice destes neurotransmissores. A diminuição da disponibilidade destas moléculas reduz a eficácia da comunicação entre os neurónios, podendo levar a estados depressivos³⁸.

No entanto, os fatores biológicos podem não ser suficientes, por si só, no desencadeamento de um distúrbio depressivo, sendo igualmente relevantes os fatores sociais e psicológicos, dos quais se podem destacar³⁶:

- O sexo, em que as pessoas do género feminino têm uma probabilidade superior de desenvolverem um quadro depressivo durante a vida;
- As situações de perda, como a morte de um ente querido ou o rompimento de uma relação afetiva com outra pessoa;
- As doenças crónicas, como a hipertensão, asma, diabetes mellitus, cancro, doença cardíaca, e doenças neurodegenerativas, como o Parkinson e o Alzheimer;
- A toma de medicamentos, tais como os antiepiléticos, anti-hipertensores ou alguns anticoncepcionais orais, que podem originar ou agravar uma depressão já existente;
- As dificuldades económicas, o desemprego ou profissões geradoras de *stress*;
- A dependência de drogas e álcool.

2.1.1.2. Sintomas^{35,36,45}

A depressão pode distinguir-se das mudanças de humor decorrentes da vida quotidiana pela gravidade e permanência dos sintomas, estando associada, em diversas situações, a ansiedade e/ou pânico. Os sintomas mais comuns, e que devem ser monitorizados para determinação de um distúrbio depressivo podem ser emocionais ou físicos, destacando-se:

- O desinteresse, a apatia e a tristeza;
- A irritabilidade;
- Os sentimentos de culpa e de incapacidade;
- Os sentimentos de inutilidade, a falta de confiança e a baixa auto-estima;
- As alterações do desejo sexual (normalmente a perda da libido);
- Perda ou excesso de apetite;
- Fadiga, cansaço e perda de energia;
- Cefaleias, dores musculares, abdominais ou de costas;

- Perda ou alterações da concentração;
- Sonolência ou insónia.

2.1.1.3. Tratamento

O tratamento dos distúrbios depressivos pode ser realizado recorrendo a fármacos ou utilizando terapêuticas não farmacológicas, como a terapia ocupacional.

Os antidepressivos são medicamentos com ação comprovada no tratamento da depressão, e que podem ser classificados de diferentes formas, tendo em conta o seu mecanismo de ação (Figura 9).

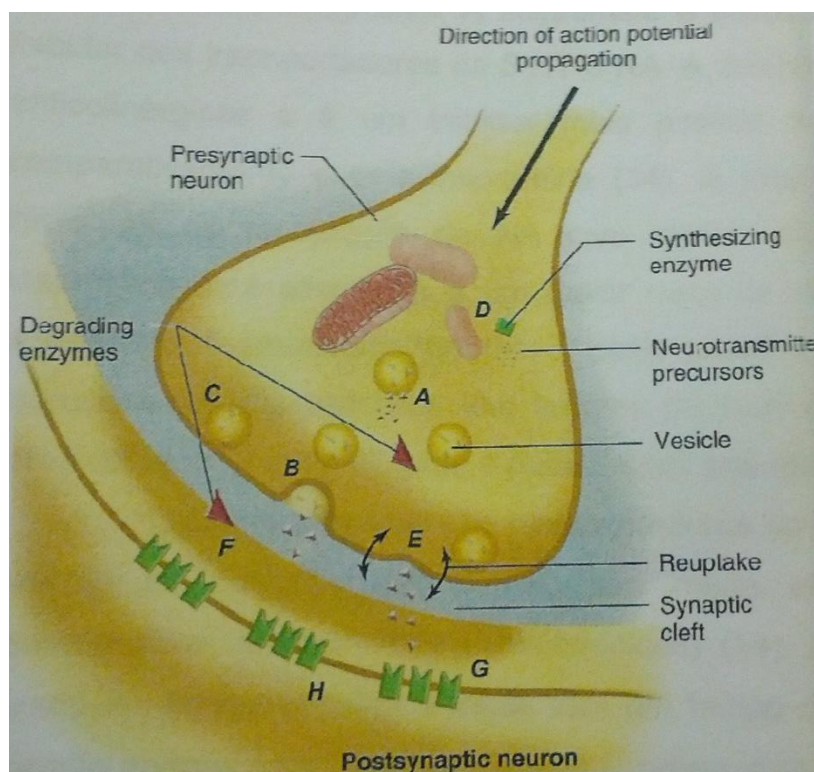


Figura 9 - Possíveis mecanismos de ação dos antidepressivos. (A) aumento da libertação de neurotransmissor da vesícula para o citoplasma; (B) aumenta da libertação do neurotransmissor na fenda sináptica; (C) bloqueio da libertação do neurotransmissor; (D) inibição da síntese do neurotransmissor; (E) bloqueio da recaptação do neurotransmissor; (F) bloqueio das enzimas existentes na fenda sináptica; (G) ligação ao recetor pós-sináptico, podendo ser agonista ou antagonista; (H) inibição ou estimulação de segundos mensageiros⁴⁶.

Na Tabela 2 pode ser observado um resumo dos fármacos antidepressivos atualmente comercializados em Portugal, subdivididos pelo seu mecanismo de ação.

Tabela 2 - Principais grupos de antidepressivos, respetivos mecanismos de ação e principais indicações na terapêutica^{38,47,48}.

Grupo terapêutico	Mecanismo de ação	Indicações
<u>Tricíclicos e análogos</u> Amitriptilina (isolada ou em associação com perfenazina) Clomipramina Dosulepina Imipramina Maprotilina Mianserina Mirtazapina Nortriptilina Reboxetina Trazodona Trimipramina	Inibição da recaptção da serotonina e da noradrenalina; Bloqueio de recetores muscarínicos, histamínicos H1 e α 1-adrenérgicos.	Depressão major resistente; Perturbações da dor; Distimias.
<u>Inibidores da MAO A</u> Moclobemida Pirlindol	Inibição reversível e seletiva da MAO A.	Depressão major resistente.
<u>ISRS</u> Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina	Inibidores específicos da recaptção da serotonina; Reduzida afinidade para os recetores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	Depressão major; Ansiedade generalizada; Perturbações de pânico; Bulimia nervosa.
<u>ISRSN</u> Duloxetina Milnaciprano Venlafaxina	Inibição da recaptção da serotonina e da noradrenalina.	Depressão major; Dor neuropática associada a diabéticos; Ansiedade generalizada.
<u>Agonistas dos recetores da melatonina</u> Agomelatina	Agonista dos recetores da melatonina MT1 e MT2; Antagonista da serotonina.	Depressão major; Efeitos benéficos em distúrbios do sono.
<u>Outros</u> Hipericão Tianeptina	Fraco inibidor da captação de noradrenalina e serotonina; Bloqueio predominante da captação da serotonina.	Depressão ligeira.

MAO A – Monoamina oxidase A; ISRS – Inibidores seletivos da recaptção da serotonina; ISRSN – Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina.

Na Figura 10 encontram-se o número de prescrições de antidepressivos por DCI, no SNS, no período de 2007 a 2012. Pode observar-se que existe uma manutenção dos níveis de consumo dos antidepressivos de 1ª geração, nomeadamente aqueles que pertencem ao grupo terapêutico dos tricíclicos, o que pode ser explicado pela atual crise económica que Portugal atravessa, que motiva os utentes a optarem por fármacos com menor custo mas eficácia semelhante, apesar das reações adversas mais frequentes e pronunciadas. O aumento na prescrição de antidepressivos de 2ª geração pode ser explicado pela introdução progressiva de mais medicamentos genéricos, que comportam, igualmente, um menor custo para o utente.

DCI	N.º Embalagens de Antidepressivos (2.9.3)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Agomelatina				6.096	95.401	148.006
Amitriptilina*	234.217	245.792	243.985	262.186	267.229	273.466
Amitriptilina+Perfenazina*	25.662	84	63	45	14	16
Bupropiom**	3.201	53.695	106.730	142.773	153.930	164.824
Citalopram**	6.227	12.887	24.191	50.767	125.620	185.036
Clomipramina*	143.538	142.607	140.292	139.167	138.689	137.588
Dosulepina*	85.234	79.729	76.525	73.090	68.790	64.492
Duloxetina**	59.345	136.070	185.778	215.506	222.790	220.259
Escitalopram**	605.352	531.752	532.923	588.393	540.830	523.923
Fluoxetina**	671.204	678.481	708.266	770.581	777.425	800.107
Fluvoxamina**	96.871	97.765	103.402	109.070	112.700	115.576
Hipericão	26.175	23.961	14.846	11.144	7.302	189
Imipramina*	18.595	19.005	19.202	19.520	19.727	19.537
Maprotilina*	80.781	75.525	68.760	62.307	52.699	49.262
Mianserina*	60.270	59.577	59.140	58.337	54.240	53.297
Milnaciprano**	24.290	22.296	22.156	19.179	18.073	16.825
Mirtazapina**	266.228	297.906	337.487	380.322	404.703	456.057
Moclobemida***	23.305	21.342	20.156	19.402	18.012	17.210
Nortriptilina*	13.947	10.954	10.975	10.990	11.422	11.822
Paroxetina**	385.901	384.420	396.592	413.645	410.133	423.501
Pirlindol***	8.614	7.867	6.706	6.234	19.228	20.705
Reboxetina**	7.872	7.429	7.443	7.339	6.396	6.113
Sertralina**	551.892	573.605	630.785	706.864	743.332	824.306
Tianeptina*	93.621	86.044	80.459	76.665	69.695	64.684
Trazodona	358.267	397.605	439.630	489.004	530.257	581.784
Trimipramina*	19.812	19.308	18.641	18.223	18.067	18.458
Venlafaxina**	510.082	551.153	615.372	688.878	738.221	795.085
Viloxazina*	16					

Figura 10 - Prescrições no SNS de antidepressivos, em Portugal Continental, de 2007 a 2012 (adaptado)³⁴. DCI - Denominação Comum Internacional; * - 1ª geração; ** - 2ª geração; *** Inibidores reversíveis da monoamina oxidase (MAO).

Em relação à terapêutica não farmacológica, existem diversos tratamentos que podem ser realizados. Alguns dos mais comuns são⁴¹:

- a terapia ocupacional, que pode incluir a prática de exercício físico, a arte, o teatro, a dança e a música, com o objetivo de promoverem o desenvolvimento de novas capacidades sociais do doente e aumentarem a sua autoconfiança e auto-suficiência;
- a psicoterapia de apoio, onde um terapeuta especializado escuta os problemas do doente, ajudando-o e aconselhando-o sobre a melhor forma de este organizar os seus pensamentos e emoções;
- a terapia familiar, que se baseia na melhoria da comunicação e desenvolvimento de melhores relações entre o utente e a família, constituindo esta, igualmente, um pilar de suporte ao tratamento do primeiro.

2.1.2. A campanha de sensibilização

Este tema foi proposto como caso de estudo desenvolvido no âmbito do meu estágio em farmácia comunitária em dezembro, pelo que a decisão de escolher o período de fevereiro como o ideal para a implementação da campanha de sensibilização assentou exclusivamente na necessidade de uma preparação e desenvolvimento adequados dos meios de divulgação ao público, que deviam conter informação científica, mas com linguagem adaptada a todos os utentes.

2.1.2.1. Cartaz informativo

O principal suporte físico necessário para captar a atenção dos utentes durante este mês dedicado aos distúrbios depressivos era o cartaz, que devia conter a informação estritamente essencial e ser apelativo. A aposta recaiu então em utilizar questões direcionadas ao público, baseadas nos sintomas mais comuns da depressão, tais como a perda de apetite ou de vontade de realizar atividades habituais, a dificuldade de concentração ou em dormir, a tristeza e o pessimismo. No final do cartaz, encontrava-se a frase “Um em cada cinco portugueses sofre de uma perturbação depressiva”, demonstrando aos utentes que este é um distúrbio comum, que não deve ser ignorado, e a indicação de que a equipa da Farmácia Saúde se encontrava disponível para ajudar (Anexo 2). O cartaz foi afixado num local central e visível da farmácia, no início do mês de fevereiro (Figura 11), sendo alvo de muitos olhares e leituras atentas, no entanto, o seu impacto real não pôde ser avaliado, pois, apesar de o interesse ser visível, as pessoas nunca abordaram diretamente o assunto com nenhum membro da farmácia.



Figura 11 - Cartaz da campanha de sensibilização para a depressão afixado num dos balcões de atendimento, acompanhado do respetivo folheto.

Este cartaz foi igualmente publicado, periodicamente durante o mês de fevereiro, no Facebook da Farmácia Saúde, de forma a alargar o público-alvo a que era dirigida esta campanha (Figura 12), sendo que cada publicação sobre o tema foi vista por mais de 100 pessoas de cada vez.



Figura 12 - Publicação da campanha de sensibilização para a depressão no Facebook da Farmácia Saúde, no dia 5 de fevereiro.

2.1.2.2. Panfleto

O meio escolhido para a divulgação de informações sobre a depressão foi o panfleto, por este poder conter, de forma concisa, resumida e atrativa, os esclarecimentos necessários para uma melhor compreensão desta perturbação mental, da qual se fala cada vez mais atualmente, mas que ainda não é totalmente conhecida da população em geral. A maior preocupação no desenvolvimento do panfleto foi a utilização de linguagem acessível a todas as faixas etárias e classes sociais que frequentam a Farmácia Saúde, nunca descurando a componente científica como base deste trabalho. Neste constava um pequeno resumo sobre esta patologia, as suas principais causas, sintomas, o tratamento e alguns contactos úteis de instituições direcionadas para este distúrbio (Anexo 2). Inicialmente, por existirem algumas dúvidas em relação à adesão a esta campanha, optou-se por apenas imprimir cinquenta exemplares, mas estes esgotaram ao fim de poucos dias, tendo sido necessário imprimir mais cinquenta, que seguiram o mesmo destino dos anteriores. Isto só demonstra que este é um tema realmente muito atual, mas sobre o qual as pessoas não se sentem à vontade para conversar com o farmacêutico, tendo em conta que os panfletos foram desaparecendo, mas não houve um único utente que abordasse o assunto diretamente comigo ou com qualquer outro colega da equipa da farmácia.

2.1.2.3. Questionários

O facto de a população pouco recorrer ao farmacêutico relativamente a questões do foro psiquiátrico é compreensível, por dois motivos principais: primeiro, não estamos aptos a prescrever MSRM, como são o caso dos antidepressivos e ansiolíticos, que são o tratamento mais utilizado nestes casos; e, apesar de termos uma formação completa e vasta na área da saúde, não temos nenhuma unidade curricular que nos prepare para este tema, além do que é lecionado em termos de farmacologia. Assim, e como suporte a um possível aconselhamento sobre o assunto, fui pesquisar alguns questionários de auto-avaliação, que foram desenvolvidos, não com o objetivo de diagnosticar uma depressão, mas como uma ferramenta de monitorização. Podem ser encontrados inúmeros questionários sobre este tema, mas optei por recorrer apenas a três: o *Wakefield Self-Report Questionnaire* (Questionário de Auto-Avaliação de Wakefield) (Anexo 3)⁴⁹, muito simples e rápido de responder, e que apenas distingue a existência ou a ausência de sintomas depressivos; a *Geriatric Depression Rating-Scale* (Escala de Depressão Geriátrica) (Anexo 4)⁵⁰, direcionada para a população idosa, que tem diferentes necessidades e emoções ao longo de envelhecimento; e a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Escala de Depressão Pós-

Natal de Edinburgh) (Anexo 5)⁵¹, indicada no despiste de uma depressão pós-parto, uma das complicações mais comuns da gravidez, e que é muitas vezes subestimada ou ignorada. Apesar de todos estes questionários terem sido desenvolvidos na década de 70 e 80 do século passado, ainda se encontram bastante atuais, sendo utilizados com frequência por psiquiatras e psicólogos. O objetivo da sua integração nesta campanha de sensibilização era auxiliar na análise dos sintomas apresentados pelo utente, encaminhando-o para um especialista na área, se o teste aplicado indicasse a presença de sintomas depressivos, ou aconselhando algumas medidas não-farmacológicas, como a prática de exercício físico ou a utilização de técnicas de relaxamento, no caso de não existirem indícios suficientes de uma possível depressão. No entanto, a falta de adesão por parte dos utentes determinou que apenas tivesse realizado dois Questionários de Auto-Avaliação de Wakefield, a duas mulheres. Uma delas apresentava claros sintomas de depressão, facto reconhecido pela utente, que possuía no seu historial distúrbios depressivos, uma patologia crónica a nível gastrointestinal, bem como alguns problemas familiares, fatores que se conjugaram num resultado final positivo para a presença de sintomas de depressão, tendo sido aconselhada a procurar auxílio médico. A outra utente apenas referiu que perdia rapidamente o interesse em determinadas atividades e que se sentia mais desanimada, com crises de choro esporádicas, sintomas que, por si só, não foram suficientes para determinar uma possível presença de depressão a partir do Questionário de Auto-Avaliação de Wakefield, tendo sido aconselhada a dedicar algum tempo a si própria, na prática de atividades relaxantes ou de exercício físico, como caminhadas, e a manter-se atenta à evolução dos seus sintomas. Estas avaliações só foram possíveis num contexto de atendimento privado no gabinete de utente, onde se encontravam expostos os questionários, sendo que estas duas utentes demonstraram interesse e preocupação no seu estado de saúde.

2.2. Facebook da Farmácia Saúde

Atualmente, o Facebook é uma das redes sociais mais utilizadas a nível mundial, tanto para a criação de páginas pessoais, como para a divulgação de serviços, entre outras funcionalidades. Num inquérito à utilização de tecnologias da informação e comunicação nas empresas, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em novembro de 2013, verificou-se que as redes sociais são utilizadas por 36% das empresas com dez ou mais pessoas ao serviço, sendo que 93,9% dessas empresas utilizam redes sociais, como o Facebook, para conectar, criar e trocar conteúdos *online* (Figura 13)⁵².

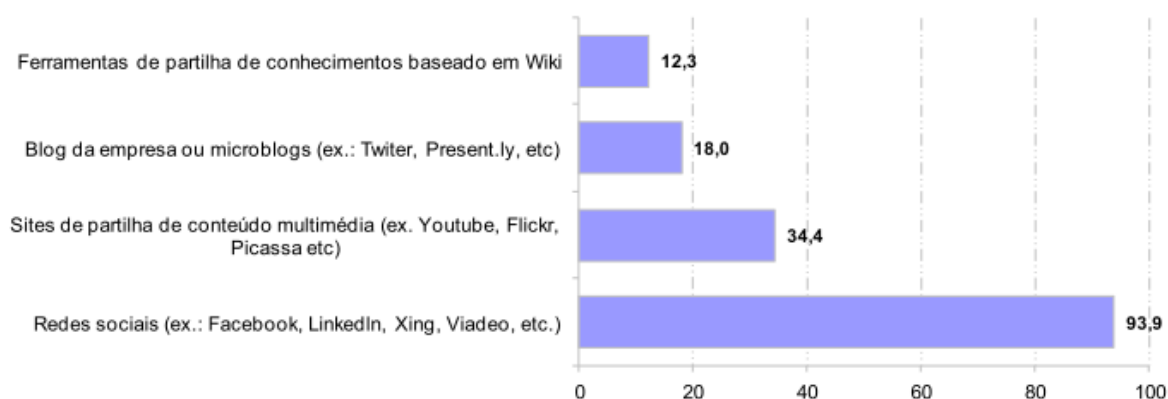


Figura 13 - Utilização de redes sociais (%), por tipo de rede, 2013⁵².

Além disso, no Anuário Estatístico de 2012 do INE podia constatar-se que 66,1% dos agregados familiares portugueses possuíam computador, e que destes, 61,0% tinham acesso à Internet⁵³. A conclusão principal a retirar destes dados é que as tecnologias de informação e comunicação estão cada vez mais disseminadas, e que são uma forma rápida, eficaz e com custos reduzidos de atingir uma determinada população-alvo.

Quando iniciei o estágio na Farmácia Saúde, já sabia que esta não possuía uma página de Facebook, o que se tornava uma desvantagem em relação a outras farmácias, que já utilizavam esta plataforma como forma de divulgarem campanhas, serviços, conselhos ou produtos. Aquando da formação da gama de perfumes da Roger & Gallet, a que assisti em novembro, as farmácias foram desafiadas a criarem uma montra com os *coffrets* e todo o material promocional da campanha de Natal, e a enviarem uma fotografia da mesma para ser submetida a uma votação *online*. Assim, tomei a iniciativa de criar a página da Farmácia Saúde (Figura 14)⁵⁴, não só com a finalidade de colocar a montra da farmácia a concurso, mas também para dar a conhecer os serviços farmacêuticos praticados, campanhas promocionais, rastreios gratuitos, bem como alguns PCHC e suplementos alimentares existentes. Tornei-me, assim, a gestora principal da página, onde tento colocar informações diariamente, recorrendo principalmente a fotografias tiradas no espaço da Farmácia Saúde, com vista à valorização do mesmo e à originalidade da página. O link para aceder à mesma é o <http://www.facebook.com/farmaciasaudeporto>.

Tendo em conta que esta página do Facebook existe apenas há cerca de quatro meses, ainda é difícil avaliar o impacto real da mesma na comunidade e nas vendas da farmácia. Apesar de a Internet e o *marketing online* serem o futuro, há sempre um longo caminho a percorrer até se atingir um reconhecimento significativo, o que implica muito trabalho e investimento, tanto financeiro como temporal. No entanto, recordo-me de duas situações,

em particular, em que os clientes fizeram alusão à página de Facebook como fonte de informação. Uma delas foi na marcação de um aconselhamento nutricional, integrado num rastreio gratuito, em que a utente telefonou para a farmácia a questionar se ainda existiam vagas para o mesmo, pois tinha visto uma publicação no Facebook a informar que estas se encontravam a terminar. A outra situação decorreu durante um atendimento, em que uma senhora requisitou um produto que tinha visto publicitado na página do Facebook da farmácia, sendo que o colega que estava a realizar o atendimento teve que vir ter comigo para saber o que tinha publicado nesse dia, para poder fazer o aconselhamento corretamente.



Figura 14 - Página de Facebook da Farmácia Saúde⁵⁴.

2.3. Site da Farmácia Saúde

A Farmácia Saúde possui desde 2009 um site online, onde fornece algumas informações, como uma breve história sobre a mesma, os serviços farmacêuticos que disponibiliza, o horário de funcionamento, os contactos e a localização visível num mapa do Google Maps (Figura 15). O link para aceder a esta página é o <http://www.farmaciasaude.com.pt/>.

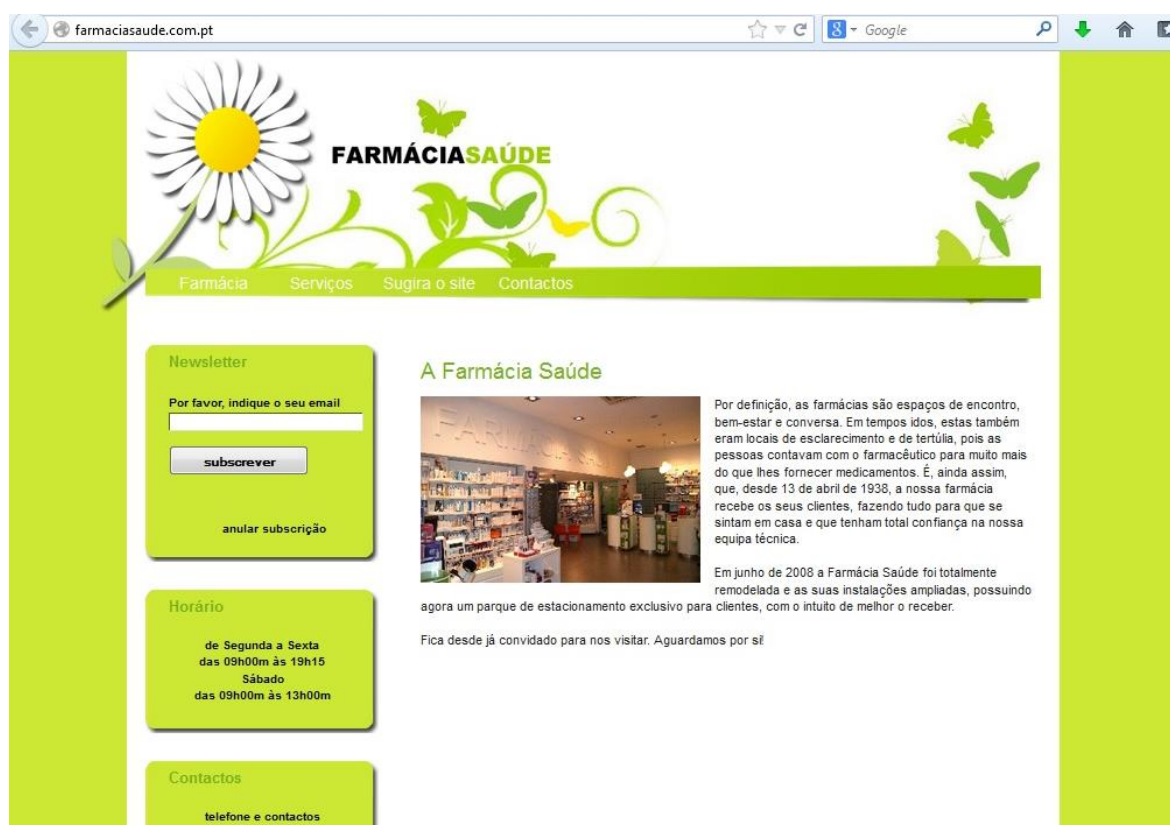


Figura 15 - Página inicial do site da Farmácia Saúde atualmente *online*⁵⁵.

Aquando do desenvolvimento da página de Facebook da farmácia, tive conhecimento de que o site, que se encontra disponível para o público há cerca de 4 anos, foi criado com o intuito de iniciar a venda *online* de produtos de cosmética, suplementos alimentares e dispositivos médicos. Atualmente, as plataformas para venda de produtos na Internet não são uma novidade, mas naquela altura seria certamente uma inovação. No entanto, este projeto exigia muita dedicação, tempo e esforço dispendidos, bem como alguém da área da Saúde para o gerir, condições estas que não se encontravam reunidas. Além disso, os laboratórios detentores de algumas das marcas dos produtos que se pretendiam vender impuseram alguns entraves à sua comercialização *online*, e o projeto acabou por estagnar, numa primeira versão que se encontra *offline* (Figura 16).



Figura 16 - Primeira versão (offline) do site da Farmácia Saúde com venda online.

Assim, tomei a iniciativa de avançar com este projeto, com o auxílio e consentimento da Doutora Alexandra, bem como do engenheiro informático responsável pela primeira versão do site. Tendo em conta que a base de dados de produtos que tinha sido criada e a imagem do site se encontravam desatualizadas, optou-se por reformular e criar o site novamente.

A imagem do site tornou-se mais geométrica e limpa, predominando a cor verde, que faz parte do logótipo da Farmácia Saúde. A pesquisa está mais intuitiva, sendo possível procurar pela designação do produto, por marca ou então por categoria (Figura 17). O site encontra-se a ser desenvolvido com o objetivo de se ajustar também aos dispositivos móveis, como os *smartphones* e *tablets*.

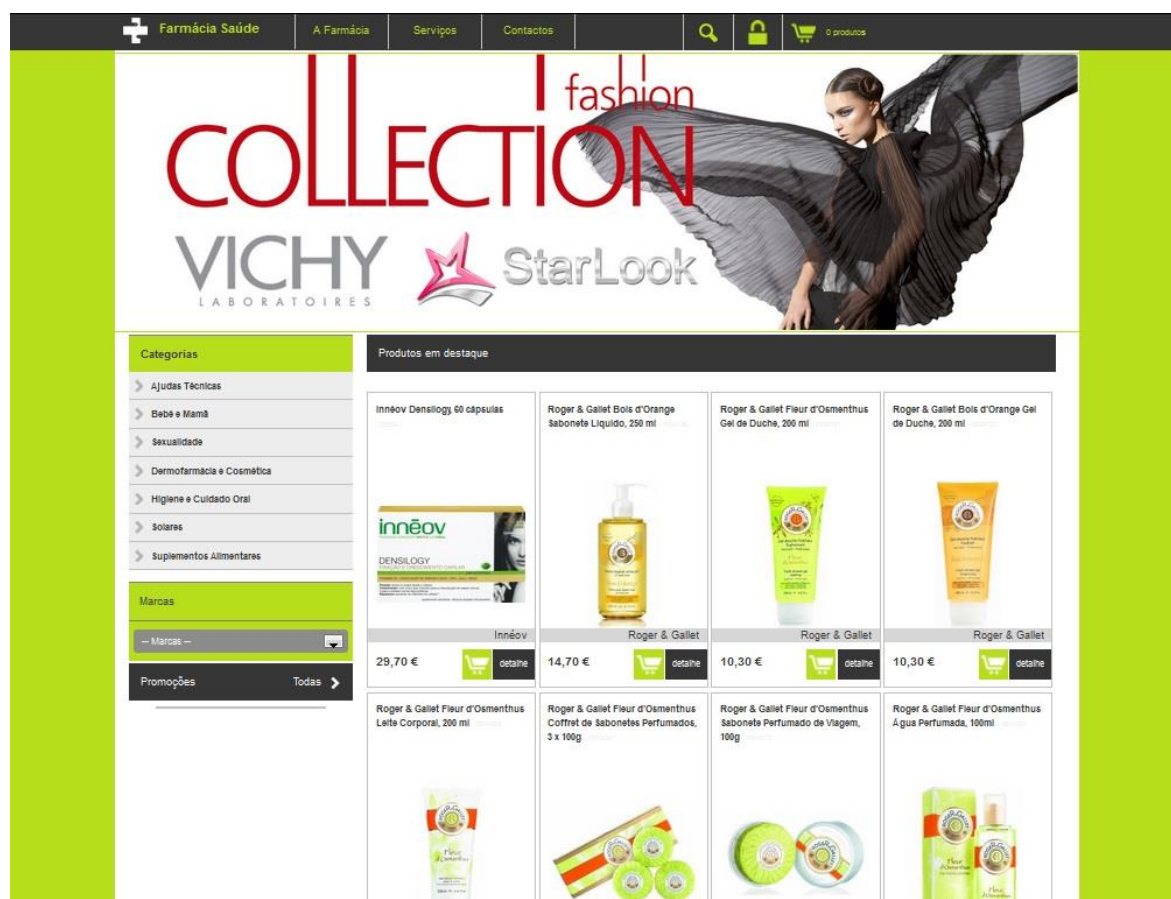


Figura 17 - Versão atual (ainda *offline*) do site da Farmácia Saúde com venda *online*.

Existem cerca de 12.000 produtos na base de dados do Sifarma® 2000, tendo sido necessário fazer uma triagem daqueles que podem ser vendidos *online*. Assim, foram retirados todos os MSRM, MNSRM, produtos com vendas pouco rentáveis ou PVP reduzido, produtos que foram descontinuados, entre outros, o que originou um total de cerca de 2.000 produtos. O meu trabalho principal neste momento é então corrigir e completar os títulos dos produtos, reunir as descrições e imagens relativas a cada um deles, a sua composição e modo de aplicação, quando for adequado, e categorizá-los (Figura 18). Posteriormente, e quando o site se encontrar concluído e for colocado *online*, ficarei responsável por toda a gestão das encomendas, pela gestão de produtos, nomeadamente inativando os que tenham deixado de ser comercializados ou criando espaço para novos produtos que sejam lançados, pela atualização de campanhas e produtos que se encontrem em promoção, pela criação de conteúdo com interesse para os utentes, e pela componente de aconselhamento *online*, que pode ser feita em tempo real, através de um *chat* que estará disponível no site, ou por mensagem privada.

Categorias

Ajudas Técnicas

Bebé e Mamã

Sexualidade

Dermofarmácia e Cosmética

Higiene e Cuidado Oral

Solares

Suplementos Alimentares

Marcas

— Marcas —



Roger & Gallet Fleur d'Osmanthus Sabonete Perfumado de Viagem, 100g

Descrição	Composição	Modo de Aplicação
Para ela. Sempre fabricado no caldeirão, fiel às técnicas artesanais de perfumar no coração, o sabonete Fleur d'Osmanthus limpa a pele com suavidade. A sua base 100% vegetal alia uma mousse suave, delicadamente perfumada, reavendo uma pele lisa e sedosa. O seu perfume de óleos essenciais de langerina, toranja e benjoim envolvem os sentidos numa bolha de felicidade com benefícios exaltantes.		

5,95 €

1

Figura 18 - Título, imagem e descrição de um produto para venda *online*.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 172/2012 - Regime jurídico do horário de funcionamento das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, nº 148, de 1 de agosto.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 277/2012 - Regime jurídico do horário de funcionamento das farmácias de oficina, da execução de escalas de turno e do valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno na dispensa de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 177, de 12 de setembro.
3. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 307/2007 - Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, nº 168, de 31 de agosto.
4. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 171/2012 - Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, nº 148, de 1 de agosto.
5. Assembleia da República. Lei nº 16/2013 - Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, nº 28, de 8 de fevereiro.
6. INFARMED. Deliberação nº 2473/2007 - Regime jurídico sobre as áreas mínimas das farmácias de oficina e sobre os requisitos de funcionamento dos postos farmacêuticos móveis. Diário da República, 2ª Série, nº 247, de 28 de novembro.
7. Santos HJ, Cunha IN, Coelho PV, Cruz P, Botelho R, Faria G, *et al.* (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*. 3rd ed. Ordem dos Farmacêuticos.
8. Assembleia da República. Lei nº 25/2011 - Regime jurídico da indicação do preço de venda ao público na rotulagem de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 115, de 16 de junho.
9. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 176/2006 - Estatuto do medicamento. Diário da República, 1ª Série, nº 167, de 30 de agosto.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 594/2004 - Boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, 1ª Série-B, nº 129, de 2 de junho.
11. Ministérios da Economia e Saúde. Portaria nº 769/2004 - Regime jurídico que estabelece o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias. Diário da República, 1ª Série-B, nº 153, de 1 de julho.
12. Ministério da Saúde. Despacho nº 18694/2010 - Regime jurídico das condições de comparticipação de medicamentos manipulados e respetiva lista aprovada. Diário da República, 2ª Série, nº 242, de 16 de dezembro.
13. Assembleia da República. Lei nº 11/2012 - Regime jurídico das regras de prescrição e dispensa de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 49, de 8 de março.
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 137-A/2012 - Regime jurídico das regras de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica, condições de dispensa de medicamentos e informação a prestar aos utentes. Diário da República, 1ª Série, nº 92, de 11 de maio.

15. Ministério da Saúde. Portaria nº 224-A/2013 - Regime jurídico das regras de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica, condições de dispensa de medicamentos e informação a prestar aos utentes. Diário da República, 1ª Série, nº 130, de 9 de julho.
16. Ministério da Saúde. Despacho nº 11254/2013 - Regime jurídico sobre os modelos de receita médica. Diário da República, 2ª Série, nº 167, de 30 de agosto.
17. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 106-A/2010 - Adoção de medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos e racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1ª Série, nº 192, de 1 de outubro.
18. Ministério da Justiça. Decreto-Lei nº 15/93 - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1ª Série-A, nº 18, de 22 de janeiro.
19. Ministério da Justiça. Decreto Regulamentar nº 61/94 - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1ª Série-B, nº 236, de 12 de outubro.
20. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar nº 28/2009 - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1ª Série, nº 197, de 12 de outubro.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/2011 - Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 96, de 18 de maio.
22. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 189/2008 - Regime jurídico dos Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal. Diário da República, 1ª Série, nº 185, de 24 de setembro.
23. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 115/2009 - Regime jurídico dos Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal. Diário da República, 1ª Série, nº 95, de 18 de maio.
24. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 113/2010 - Regime jurídico dos Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal. Diário da República, 1ª Série, nº 205, de 21 de outubro.
25. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 63/2012 - Regime jurídico dos Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal. Diário da República, 1ª Série, nº 54, de 15 de março.
26. Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-Lei nº 148/2008 - Regime jurídicos dos medicamentos de uso veterinário farmacológicos. Diário da República, 1ª Série, nº 145, de 29 de julho.
27. Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Portaria nº 1138/2008 - Regime jurídicos dos medicamentos de uso veterinário farmacológicos. Diário da República, 1ª Série, nº 197, de 10 de outubro.
28. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 145/2009 - Regime jurídico sobre a investigação, fabrico, comercialização, entrada em serviço, vigilância e publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios. Diário da República, 1ª Série, nº 115, de 17 de junho.
29. Ministério da Saúde. Portaria nº 1429/2007 - Regime jurídico sobre os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República, 1ª Série, nº 211, de 2 de novembro.

30. Callegari: Cr 3000: Inovation in the sectors of prevention. Acessível em: <http://www.callegari1930.com/cr-3000-blood-analysis.html>. [acedido em 8 de março de 2014].
31. Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhães P, and Caldas-de-Almeida JM (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*; 7: 1-10.
32. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, and McKee M (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*; 378: 124-125.
33. Furtado C (2013). A utilização de psicofármacos no contexto de crise económica. *INFARMED Notícias*; 48: 12-13.
34. Carvalho AA, Nogueira PJ, Silva AJ, Rosa MV, Alves MI, Afonso D, *et al.* (2013). *Portugal - Saúde Mental em Números 2013*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa.
35. World Health Organization: Depression. Acessível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. [acedido em 5 de janeiro de 2014].
36. Portal da Saúde: Depressão. Acessível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.htm?WBCMODE=PresentationUnpublished>. [acedido em 5 de janeiro de 2014].
37. Infopédia: Depressão. Acessível em: [http://www.infopedia.pt/\\$depressao;jsessionid=B9ukHxFF0JvYMapmWkpm1g__](http://www.infopedia.pt/$depressao;jsessionid=B9ukHxFF0JvYMapmWkpm1g__). [acedido em 15 de dezembro de 2013].
38. Katzung BG (2009). Chapter 30 - Antidepressant Agents. In: Katzung BG (eds). *Basic & Clinical Pharmacology*. 11th ed. McGraw-Hill Medical, United Kingdom, 509-527.
39. World Health Organization: Depression - A Global Public Health Concern. Acessível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. [acedido em 10 de março de 2014].
40. Hazell P (2009). Depression in children and adolescents. *Clinical Evidence*; 2009: 1008.
41. Wilkinson G, Moore B, and Moore P (2005). *Guia Prático Climepsi do Tratamento da Depressão*. Climepsi Editores, Lisboa.
42. Weisenbach SL, Boore LA, and Kales HC (2012). Depression and cognitive impairment in older adults. *Current Psychiatry Reports*; 14: 280-288.
43. DelRosario GA, Chang AC, and Lee ED (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*; 26: 50-54.
44. Hodgson K and McGuffin P (2013). The genetic basis of depression. *Current Topics in Behavioural Neurosciences*; 14: 81-99.
45. Lilly Portugal: Sintomas. Acessível em: <https://www.saiadoescuro.pt/sintomas/6.htm>. [acedido em 17 de dezembro de 2013].
46. Widmaier EP, Raff H, and Strang KT (2006). *Vander's Human Physiology*. McGraw-Hill, New York.

47. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, and Moore PK (2003). *Farmacologia*. 5th ed. Elsevier, London.
48. Caramona M, Esteves AP, Gonçalves J, Macedo T, Mendonça J, Osswald W, *et al.* (2012). *Prontuário Terapêutico 2013*. INFARMED/Ministério da Saúde.
49. Snaith RP, Ahmed SN, Mehta S, and Hamilton M (1971). Assessment of the severity of primary depressive illness: Wakefield self-assessment depression inventory. *Psychological Medicine*; 1: 143-149.
50. Sheikh JA and Yesavage JA (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent findings and development of a shorter version. In: Brink TL (eds). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. Howarth Press, New York, 165-173.
51. Cox JL, Holden JM, and Sagovsky R (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*; 150: 782-786.
52. Instituto Nacional de Estatística: Inquérito à utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nas empresas. Acessível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=152143625&DESTAQUEStema=5414257&DESTAQUESmodo=2. [acedido em 7 de março de 2014].
53. Instituto Nacional de Estatística: Anuário Estatístico de Portugal 2012. Acessível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=212468395&DESTAQUESmodo=2. [acedido em 7 de março de 2014].
54. Facebook: Farmácia Saúde. Acessível em: <http://www.facebook.com/farmaciasaudeporto/>. [acedido em 11 de março de 2014].
55. Farmácia Saúde: Farmácia Saúde. Acessível em: www.farmaciasaude.com.pt. [acedido em 9 de março de 2014].

Anexos

Anexo 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas

Novembro 2013

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Dezembro 2013

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

Legenda: Recepção e armazenamento de encomendas; serviços farmacêuticos.

Recepção e armazenamento de encomendas; serviços farmacêuticos; atendimento ao público.

Campanha de sensibilização para a depressão; recepção e armazenamento de encomendas; serviços farmacêuticos; atendimento ao público.

Formações.

Janeiro 2014

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
30/dez	31/dez	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Fevereiro 2014

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

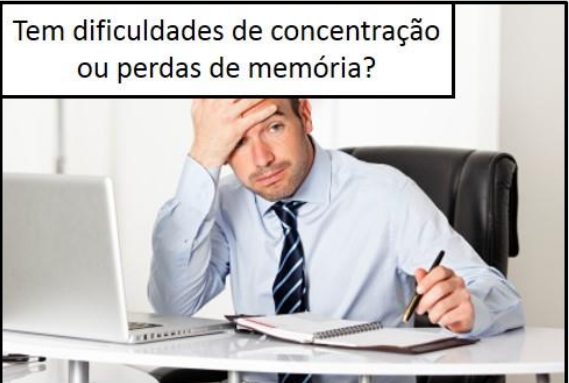
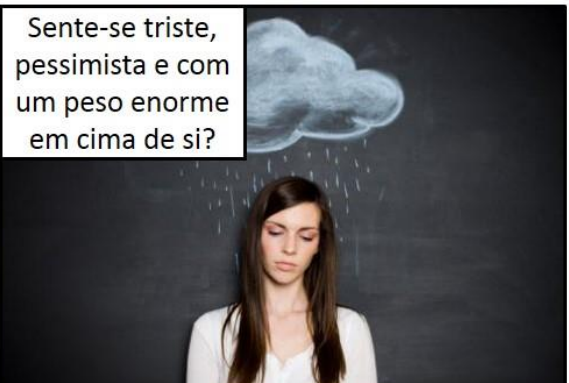
Legenda:  Recepção e armazenamento de encomendas; serviços farmacêuticos.

 Recepção e armazenamento de encomendas; serviços farmacêuticos; atendimento ao público.

 Campanha de sensibilização para a depressão; recepção e armazenamento de encomendas; serviços farmacêuticos; atendimento ao público.

 Formações.

Anexo 2 – Cartaz e folheto informativo sobre a depressão

Perdeu a vontade de fazer as atividades que gostava? 	Precisa de muito esforço para fazer as coisas simples do dia-a-dia? 
Já não tem o mesmo apetite? 	Tem dificuldades de concentração ou perdas de memória? 
Tem dificuldades em dormir? 	Sente-se triste, pessimista e com um peso enorme em cima de si? 

Um em cada cinco portugueses sofre de uma perturbação depressiva.
Se se identifica com alguma destas situações, não o guarde para si!
Fale connosco! Estamos aqui para ajudar!

**FARMÁCIA SAÚDE**

TRATAMENTO

O primeiro passo é **reconhecer que necessita de pedir ajuda** médica especializada.



Alterações ao estilo de vida, como a **prática de exercício físico** e a utilização de **técnicas de relaxamento**, também são passos importantes no processo de tratamento da depressão.



Procurar a ajuda de familiares e amigos também pode ser útil, bem como socializar com outras pessoas.

Em algumas situações também poderá ser necessário recorrer à utilização de **medicamentos antidepressivos**, que devem ser tomados de acordo com as indicações do médico para a obtenção de resultados positivos.



CONTACTOS ÚTEIS

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (Lisboa)

Email: sppsm.psi@gmail.com

Site: www.sppsm.org

Associação Portuguesa de Psiquiatria Biológica (Porto – Santa Catarina)

Telefone: 22 508 8316

Fax: 22 508 8460

Email: c.s.s.catarina.lda@mail.telepac.pt

Site: www.appbiologica.org

Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria (Porto – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto)

Telefone: 22 502 3963

Telemóvel: 96 898 2117

Fax: 22 508 8011

Email: secretariado@apgerontopsiquiatria.com

Site: www.apgerontopsiquiatria.com

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares – Delegação da Região Norte (Porto - Paranhos)

Telefone: 22 606 6414 / 22 833 1442

Telemóvel: 96 898 2142

Fax: 22 833 1443

Email: adeb@adeb.pt

Site: www.adeb.pt

Encontrar+se (Porto – Foz do Douro)

Telefone: 22 010 1417

Telemóvel: 93 559 2507

Email: geral@encontrar.pt

Site: www.encontrarse.pt



A DEPRESSÃO



O QUE É?

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais comuns em todo o Mundo, estimando-se que uma em cada cinco pessoas em Portugal tenha sofrido ou vá sofrer uma depressão durante a sua vida.

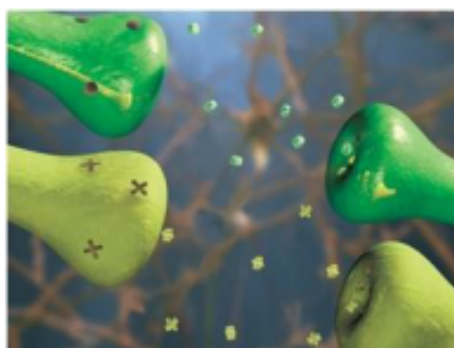


Existem vários fatores biológicos (doença grave, por exemplo), sociais (a morte de um familiar ou amigo próximo) ou económicos (a perda de emprego ou a crise atual que o nosso país está a enfrentar) que podem aumentar o risco de desenvolvimento de uma depressão.

A depressão é responsável por um grande sofrimento na vida do doente e do que os rodeiam, podendo prejudicar a sua vida pessoal, profissional e social, necessitando de um tratamento médico adequado.

CAUSAS

- Fatores hereditários (se alguém da família já tiver tido uma depressão, é possível que também possa ter);
- Personalidade introvertida;
- Acontecimentos emocionalmente desagradáveis (perda de emprego, morte de um familiar...);
- Efeitos secundários de alguns medicamentos;
- Doenças que provocam dor, sofrimento ou discriminação (cancros, SIDA, esclerose múltipla...);
- Problemas sociais e económicos;
- Desequilíbrios a nível biológico, com uma diminuição da concentração de dopamina, noradrenalina e serotonina, que são moléculas importantes para o bem-estar das pessoas.



SINTOMAS



Anexo 3 – Questionário para avaliação da depressão na população em geral

Questionário de Auto-Avaliação de Wakefield

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Medicamentos: _____

Assinale a resposta que mais se adequa à forma como se tem sentido nos **últimos 7 dias**.

1. Sinto-me miserável e triste.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

2. É fácil fazer as coisas que costumava fazer.

- ☐ Sim, sem dúvida.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Não, nunca.

3. Fico muito assustado(a) ou em pânico sem razão aparente.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

4. Eu tenho ataques de choro ou vontade de chorar.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

5. Ainda gosto das coisas que gostava antes.

- ☐ Sim, sem dúvida.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Não, nunca.

6. Sinto-me agitado(a) e não consigo estar parado(a).

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

7. Eu adormeço facilmente sem calmantes.

- ☐ Sim, sem dúvida.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Não, nunca.

8. Sinto-me ansioso(a) quando saio de casa sozinho(a).

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

9. Perdi o interesse nas coisas.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

10. Fico cansado(a) sem razão aparente.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

11. Sinto-me mais irritado(a) do que o normal.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

12. Acordo cedo e depois durmo mal o resto da noite.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não, não muito.
- ☐ Sim, às vezes.
- ☐ Sim, sem dúvida.

Este teste procura por sintomas de depressão major. É preciso ter em atenção que algumas pontuações elevadas podem ser explicadas por problemas emocionais ou doenças físicas.

Pontuação:

Questões 2, 5 e 7:

- Sim, sem dúvida: 0 pontos
- Sim, às vezes: 1 ponto
- Não, não muito: 2 pontos
- Não, nunca: 3 pontos

Restantes questões:

- Não, nunca: 0 pontos
- Não, não muito: 1 ponto
- Sim, às vezes: 2 pontos
- Sim, sem dúvida: 3 pontos

Menos de 15 pontos – sem níveis elevados de sintomas depressivos.

15 pontos ou mais – níveis elevados de sintomas depressivos.

A maior parte das pessoas deprimidas obtêm um resultado de 15 pontos ou mais neste teste, enquanto as não deprimidas têm entre 0 e 14 pontos. É importante, no entanto, perceber que um teste destes não diagnostica uma depressão clínica. O teste de Wakefield mede apenas a frequência e a intensidade dos sintomas muitas vezes associados à depressão. Alguns valores elevados podem ser obtidos por indivíduos com outros problemas emocionais ou doenças físicas. Por isso, este teste deve ser usado como um guia, sendo que se deve considerar a consulta com um especialista se o resultado for de 15 pontos ou mais.

Resultados inferiores a 15 pontos podem ainda necessitar de uma consulta com um especialista se a angústia e a debilidade forem substanciais.

Anexo 4 – Questionário para avaliação da depressão na população geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Medicamentos: _____

Responda **Sim** ou **Não** conforme se tem sentido nos **últimos 7 dias**.

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?		
2. Põe de lado muitas atividades e interesses?		
3. Sente a sua vida vazia?		
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?		
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?		
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?		
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?		
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?		
10. Acha que tem mais dificuldades de memória que as outras pessoas?		
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?		
12. Sente-se inútil?		
13. Sente-se cheio(a) de energia?		
14. Sente que para si não há esperança?		
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?		

Pontuação: _____

Este teste pretende demonstrar a presença de sintomas depressivos em pessoas mais idosas.

Pontuação:

Questões 1, 5, 7, 11 e 13:

- Sim: 0 pontos
- Não: 1 ponto

Restantes questões:

- Sim: 1 ponto
- Não: 0 pontos

0-4 pontos: normal. Aparentemente não existem sintomas depressivos presentes neste momento.

5-8 pontos: depressão leve. Alguns sintomas leves de depressão estão presentes, muitos dos quais são comuns entre a população em geral. Não é possível entender se estes problemas são suficientemente graves para procurar ajuda psicológica.

9-11 pontos: depressão moderada. Alguns sintomas de depressão moderada estão presentes, muitos dos quais são comuns entre a população em geral, mas que estão no limite de uma possível depressão. Não é possível entender se estes problemas são suficientemente graves para procurar ajuda psicológica.

12-15 pontos: depressão severa. Estão presentes alguns sintomas de depressão severa, associados a desordens depressivas sérias como a depressão major, a desordem bipolar ou a distímia. Estes parecem estar a causar sérios problemas de angústia e debilidade no dia-a-dia. Deve procurar ajuda imediata de um especialista.

Anexo 5 – Questionário para avaliação da depressão pós-natal

Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgh

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Data de nascimento do(a) filho(a): _____

Medicamentos: _____

Assinale a resposta que mais se adequa à forma como se tem sentido nos **últimos 7 dias**.

1. Tenho sido capaz de rir e achar piada às coisas.

- ☐ Sim, como sempre fiz.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Menos que antes, sem dúvida.
- ☐ Muito dificilmente.

2. Tenho olhado/pensado no futuro com alegria.

- ☐ Sim, como sempre fiz.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Menos que antes, sem dúvida.
- ☐ Muito dificilmente.

3. Tenho-me culpado desnecessariamente quando as coisas correm mal.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nunca.

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem razão aparente.

- ☐ Não, nunca.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

5. Tenho-me sentido assustada ou em pânico sem razão aparente.

- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nunca.

6. Tenho-me sentido esmagada pelos acontecimentos e tarefas do dia-a-dia.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Apenas ocasionalmente.
- ☐ Não, nunca.

7. Tenho-me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldades em dormir.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nunca.

8. Tenho-me sentido triste ou arrasada.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nunca.

9. Tenho-me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Apenas ocasionalmente.
- ☐ Não, nunca.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma já me passou pela cabeça.

- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Algumas vezes.
- ☐ Muito raramente.
- ☐ Nunca.

A depressão pós-parto é a complicação mais comum da gravidez. O Edinburgh Postnatal Depression Scale é uma forma válida e eficiente de identificar doentes em risco de depressão perinatal. Este questionário não identifica mães com distúrbios de ansiedade, fobias ou desordens de personalidade.

Mães que obtenham uma pontuação **acima de 13** estão predispostas a sofrerem de uma depressão, que pode variar em severidade. Nestes casos devem ser encaminhadas para um especialista que as ajude. Deve-se sempre olhar para a **resposta à pergunta 10 (pensamentos suicidas)**!

Pontuação:

Questões 1, 2 e 4:

- primeira resposta: 0 pontos
- segunda resposta: 1 ponto
- terceira resposta: 2 pontos
- quarta resposta: 3 pontos

Questão 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10:

- primeira resposta: 3 pontos
- segunda resposta: 2 pontos
- terceira resposta: 1 ponto
- quarta resposta: 0 pontos

Pontuação máxima – 30 pontos

Possível depressão – 10 ou mais pontos

U. PORTO



**FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

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

www.ff.up.pt



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Hospital de Santo António, Porto

Ana Filipa Brandão da Silva

2014

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Hospital de Santo António

setembro a outubro de 2013

Ana Filipa Brandão da Silva

Lydia Martins Gomes

Maria João Moreira Sousa Ferreira

Mariana Bastos Dias Arêde

Orientador: Mestre Teresa Almeida

Tutor FFUP: Prof.^a Doutora Glória Queiróz

março de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Ana Filipa Brandão da Silva, abaixo assinada, nº 200804411, aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 24 de março de 2014

Assinatura: _____

Agradecimentos

Os nossos mais sinceros agradecimentos à Dr.^a Patrocínia Rocha, diretora dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, pela oportunidade de estagiar num hospital de referência, dinâmico e polivalente e, em especial, à Dr.^a Teresa Almeida, nossa orientadora de estágio, pela disponibilidade, acompanhamento constante, simpatia e dedicação.

Agradecemos igualmente a toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos, por nos terem recebido de braços abertos, pelo carinho, paciência, contínua preocupação em nos proporcionar uma formação completa e abrangente e, sobretudo, por nos terem ensinado que entreaajuda, jovialidade e boa disposição são elementos chave de uma equipa produtiva.

Por fim, expressamos a nossa gratidão à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, pelo esforço e tempo dedicado à concretização desta última e tão importante etapa da nossa formação.

Resumo

De acordo com a atual legislação europeia, a formação académica do farmacêutico deverá incluir um período de estágio em farmácia comunitária, podendo ainda incluir um período em farmácia hospitalar, com vista à aquisição de conhecimentos de natureza prática que dotem o estudante com a adequada preparação técnica e deontológica, tão necessária no futuro desempenho da profissão farmacêutica. Neste sentido, foi-nos dada a oportunidade de realizar parte do nosso estágio curricular no Hospital de Santo António, no Porto, nos meses de setembro e outubro de 2013.

No decurso deste estágio, pudemos conhecer a realidade de cada um dos setores que constituem os Serviços Farmacêuticos, tendo acompanhado e ativamente colaborado nas diversas atividades desenvolvidas no Armazém de Produtos Farmacêuticos, Produção, Unidade de Farmácia Oncológica, Distribuição, Farmácia de Ambulatório e Ensaaios Clínicos (Anexo 1).

De modo a complementar a nossa formação, intercedemos ainda em duas áreas de grande relevo: gestão de risco e cuidados farmacêuticos.

Tendo em conta a importância da gestão de risco em ambiente hospitalar, e na ausência de regulamentação oficial, propusemo-nos a criar um modelo de gestão de risco, baseado na criação de sinalética visual adequada, a aplicar na identificação de medicamentos de alto risco.

Por fim, uma vez que cuidados farmacêuticos constituem a área de excelência para a intervenção ativa junto dos utentes e para a promoção da saúde, e porque a população pediátrica compõe um grupo que exige especial atenção, desenvolvemos folhetos informativos, destinados a acompanhar medicamentos manipulados para uso pediátrico dispensados em regime de ambulatório.

Todas as atividades desenvolvidas no decurso do nosso estágio, neste relatório descritas, permitiram não só a transposição para um domínio prático dos conhecimentos técnicos e científicos apreendidos ao longo de cinco anos de estudo universitário, como também contribuíram para o desenvolvimento de capacidades de inovação e melhoria constantes, pelo que fomentaram em simultâneo o nosso crescimento profissional e pessoal.

Índice

Declaração de Integridade.....	III
Agradecimentos	V
Resumo	VII
Índice	IX
Lista de Figuras	XI
Lista de Tabelas.....	XI
Lista de Abreviaturas	XIII
Capítulo 1 - O Hospital de Santo António.....	1
1.1. Os Serviços Farmacêuticos	3
1.1.1. Estrutura e organização dos Serviços Farmacêuticos.....	3
1.1.2. Sistema de Gestão de Qualidade	4
1.1.3. Sistema Informático	4
1.2. Armazém de Produtos Farmacêuticos.....	5
1.3. Produção de medicamentos	6
1.3.1. Produção de não estéreis	6
1.3.2. Produção de estéreis	7
1.3.3. Produção de citotóxicos	8
1.3.4. Fracionamento e reembalamento.....	9
1.4. Distribuição de medicamentos	10
1.4.1. Distribuição tradicional ou clássica.....	10
1.4.2. Distribuição individual diária e em dose unitária.....	11
1.4.3. Distribuição de medicamentos em regime de ambulatório	12
1.4.4. Medicamentos sujeitos a controlo especial	12
1.5. Ensaio Clínicos	13
1.5.1. Atividades complementares	14
Capítulo 2 - O Farmacêutico Hospitalar.....	15
2.1. Gestão de risco	17

2.1.1. Listagem de medicamentos de alto risco.....	19
2.1.2. Proposta de implementação de sinalética: soluções concentradas de potássio.....	20
2.1.3. Proposta de implementação de sinalética: outros medicamentos	22
2.2. Cuidados Farmacêuticos: manipulados de uso pediátrico.....	22
Referências Bibliográficas	25
Anexos	33
Anexo 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas	35
Anexo 2 – Folheto informativo da Suspensão oral de Captopril a 1mg/mL	36
Anexo 3 – Folheto informativo da Suspensão oral de Hidroclorotiazida a 0,2%.....	37
Anexo 4 – Folheto informativo da Solução oral de Metoprolol a 1mg/mL	38
Anexo 5 – Folheto informativo da Suspensão oral de Sildenafil a 2,5 mg/mL.....	39

Lista de Figuras

▪ Figura 1 – <i>Kanban</i>	4
▪ Figura 2 - Interação do GHAF com diversos serviços	5
▪ Figura 3 - Esquema espacial do APF.	5
▪ Figura 4 - CFLv na área de produção de formulações estéreis.....	7
▪ Figura 5 - Sistemas de reembalamento.....	10
▪ Figura 6 – Pyxis® da Unidade de Cuidados Intensivos.....	11
▪ Figura 7 – Carro com malas de dispensa para diferentes serviços.	11
▪ Figura 8 - Processos da cadeia terapêutica nos quais ocorrem erros de medicação que originam eventos adversos em doentes hospitalizados	18
▪ Figura 9 – Exemplo de soluções concentradas de potássio.....	21
▪ Figura 10 – Ampola de Cloreto de potássio 1M e sugestão de rotulagem.....	21

Lista de Tabelas

▪ Tabela 1 - Recomendações de boas práticas para medicamentos de alto risco.....	19
▪ Tabela 2 – Proposta de sinalética para outros medicamentos.....	22

Lista de Abreviaturas

AIM – Autorização de Introdução no Mercado
AO – Assistente Operacional
APCER - Associação Portuguesa de Certificação
APF – Armazém de Produtos Farmacêuticos
APINCH – Anti-Infeciosos, Potássio, Insulina, Narcóticos, Citotóxicos, Heparina
AT – Assistente Técnico
AUE – Autorização de Utilização Excecional
CA – Conselho de Administração
CdM – Circuito do Medicamento
CE – Comissão de Ética
CEIC – Comissão de Ética para a Investigação Clínica
CFLv – Câmara de Fluxo Laminar vertical
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHKS - *Comparative Health Knowledge Systems*
CHP – Centro Hospitalar do Porto
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
CTX - Citotóxicos
DCI – Denominação Comum Internacional
DIDDU – Distribuição Individual Diária e em Dose Unitária
EC – Ensaio Clínicos
EPE – Entidade Pública Empresarial
FA – Farmácia de Ambulatório
FH – Farmacêutico Hospitalar
FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
HD – Hospital de Dia
HJU – Hospital Joaquim Urbano
HLS – *Hospital Logistics System*
HMP – Hospital Maria Pia
HSA – Hospital de Santo António
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IVRS – *Interactive Voice Responsive System*
IWRS – *Interactive Web Voice System*
ME – Medicamento Experimental

MJD – Maternidade Júlio Dinis

PCA – *Patient Controlled Analgesia* - Analgesia Controlada pelo Doente

PQ – Protocolo de Quimioterapia

RCM – Resumo das Características do Medicamento

SAM – Sistema de Apoio Médico

SF – Serviços Farmacêuticos

SGQ – Sistema de Gestão de Qualidade

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

TSS – Técnico Superior de Saúde

UEC – Unidade de Ensaio Clínicos

UFO – Unidade de Farmácia Oncológica

USP – *United States Pharmacopeial Convention* – Farmacopeia Americana

Capítulo 1 - O Hospital de Santo António

O Hospital de Santo António (HSA) é um hospital de referência, central e escolar, que se tem vindo a afirmar desde o momento da sua construção, há mais de 230 anos¹, como um dos melhores hospitais portugueses na prestação de cuidados de saúde². Valoriza o ensino pré e pós-graduado e promove a investigação, contribuindo assim para a inovação e desenvolvimento científicos².

O HSA integra atualmente o Centro Hospitalar do Porto (CHP), que nasceu em 2007 da necessidade de converter alguns hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE). A presente constituição do CHP comporta não só o HSA, mas também a Maternidade Júlio Dinis (MJD) e o Hospital Joaquim Urbano (HJU), que veio, em 2011, substituir o Hospital Maria Pia (HMP)^{3,4}.

1.1. Os Serviços Farmacêuticos

Os Serviços Farmacêuticos (SF) constituem, segundo o artigo 2º do Capítulo I do Decreto-Lei nº 44204, de 2 de fevereiro de 1962, “departamentos com autonomia técnica e científica, sem prejuízo de estarem sujeitos à orientação geral dos órgãos de administração, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício”⁵.

A dinâmica dos SF é assegurada por uma equipa de profissionais de saúde, que possuem diferentes responsabilidades nas diversas etapas do Circuito do Medicamento (CdM), conforme as suas competências. Assim, de acordo com a legislação em vigor, os SF do HSA são da responsabilidade de um farmacêutico hospitalar (FH), com a categoria de diretor de serviço⁵. Esta função é atualmente desempenhada pela Dr.^a Patrocínia Rocha, que coordena uma vasta equipa, composta por Farmacêuticos (designados Técnicos Superiores de Saúde (TSS)), Técnicos de Diagnóstico e Tratamento (TDT), Assistentes Operacionais (AO) e Assistentes Técnicos (AT).

Para além das funções desempenhadas no âmbito do CdM e da investigação científica, os FH do HSA desempenham ainda um papel de relevo em diversas comissões técnicas e científicas, nomeadamente na Comissão de Ética (CE) e na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)⁶. Estas comissões, indispensáveis para o bom funcionamento hospitalar, visam, respetivamente, regular questões éticas decorrentes das atividades assistencial, de ensino e investigação praticados no HSA e atuar como intermediário entre os serviços clínicos e farmacêuticos, garantindo o controlo de custos, a monitorização da terapêutica e a implementação de formulários e adendas^{7,8}.

1.1.1. Estrutura e organização dos Serviços Farmacêuticos

Os SF do HSA circunscrevem-se essencialmente ao piso 0 do edifício Neoclássico, com exceção do Armazém de Injetáveis de Grande Volume e da Unidade de Farmácia Oncológica (UFO), que se localizam, respetivamente, nos pisos 0 e 1 do Edifício Dr. Luís de Carvalho, junto ao Hospital de Dia (HD). No decurso do nosso estágio, tivemos oportunidade de presenciar parcialmente a transferência da UFO, em reconstrução, para as novas instalações, que se situarão no interior do

HD, por forma a promover a proximidade temporal e espacial entre o momento da manipulação e da administração das preparações citotóxicas.

Os SF do HSA comportam diversos setores, que vão de encontro às exigências legais de armazenamento, distribuição, produção, verificação e vigilância da conservação e consumo⁵. Assim, Armazém de Produtos Farmacêuticos (APF), Produção, UFO, Distribuição (Clássica e Unitária), Sala de Reembalamento, Farmácia de Ambulatório (FA) e Ensaio Clínicos (EC) são as principais áreas físicas que constituem os SF.

1.1.2. Sistema de Gestão de Qualidade

O Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) implementado aquando do nascimento do CHP, o *Hospital Logistics System* (HLS) com aplicação do modelo *Kaizen*, assenta na premissa de inovação e melhoria contínua dos processos instituídos. Assim, os SF possuem presentemente manuais de procedimentos atualizados para a totalidade das funções desenvolvidas, nos quais constam Instruções de Trabalho, e são regularmente sujeitos a auditorias internas e externas⁹. O SGQ do CHP encontra-se certificado pelo *Comparative Health Knowledge Systems* (CHKS) e pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER), cumprindo os requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008.

No contexto da filosofia *Kaizen*, foi desenvolvido o sistema *Kanban*, que permite uma gestão mais eficaz e rentável de *stocks*, evitando simultaneamente a acumulação de excedentes e momentos de rutura. O *Kanban* (Figura 1) pode assumir o formato de cartão, gaveta ou contentor, e contém todas as informações necessárias para a realização de uma encomenda quando necessário, nomeadamente nome do produto por Designação Comum Internacional (DCI), ponto de encomenda, quantidade a encomendar e código interno associado¹⁰.

KANBAN	
PT/Encomenda	QT/Encomendar
140	140
CÓDIGO	
110002507	
DESIGNAÇÃO	
ATORVASTATINA comp. 20mg-[Un:COMPRIMIDO]	
LOCALIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES
e1	3

Figura 1 – Kanban.

1.1.3. Sistema Informático

Os SF do HSA utilizam uma plataforma informática denominada Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), o que permite uma comunicação eficaz entre os diversos intervenientes no CdM, aumentando a rapidez e eficiência de trabalho e diminuindo os erros de dispensa. Este sistema permite gerir os *stocks*, adquirir produtos farmacêuticos, proceder à sua distribuição pelos diferentes setores dos SF e serviços hospitalares, bem como aceder ao histórico dos doentes, permitindo uma validação mais consciente das prescrições médicas (Figura 2)¹¹.

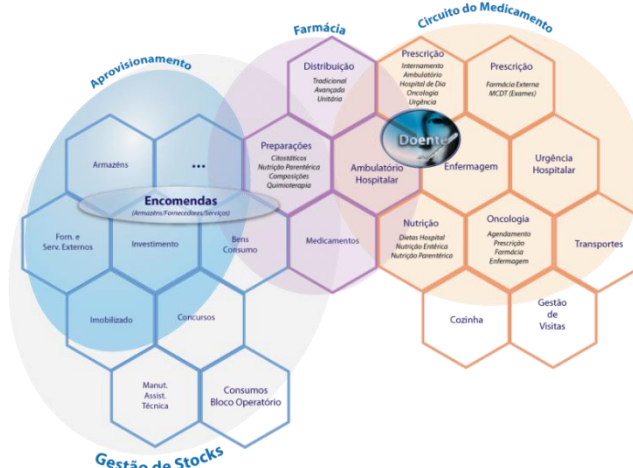


Figura 2 - Interação do GHAF com diversos serviços¹¹.

1.2. Armazém de Produtos Farmacêuticos

O armazenamento constitui uma etapa fundamental no CdM, visto ser necessário em todos os momentos garantir a manutenção da qualidade, segurança e eficácia dos fármacos. O APF encontra-se assim dividido em diferentes setores (Figura 3), que respeitam as exigências de luz, humidade, temperatura e segurança requeridas pelas Boas Práticas de Farmácia Hospitalar para as diversas categorias de produtos farmacêuticos¹².

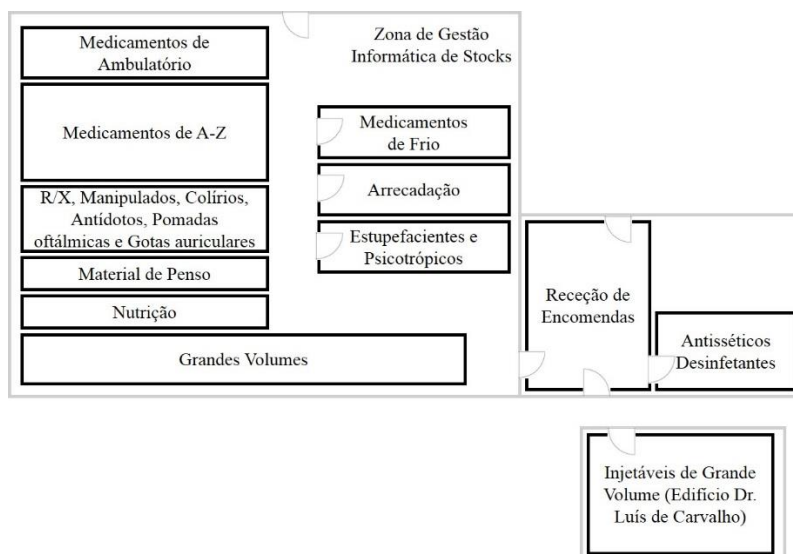


Figura 3 - Esquema espacial do APF.

Verificámos que todos os produtos farmacêuticos são recebidos no setor da Receção de Encomendas, no qual se procede a uma primeira conferência da sua conformidade e integridade, sendo posteriormente reencaminhados para os respetivos locais de armazenamento¹³.

Aquando da receção das encomendas, o prazo de validade de cada produto é verificado e registado no GHAF, sendo mensalmente impressas listas dos produtos em *stock* cujos prazos de validade expiram no período de três meses. Este processo permite não só uma melhor gestão de *stocks*,

possibilitando a comparação de existências reais e informáticas, mas também garante a eficácia e segurança dos produtos dispensados através dos diversos sistemas de distribuição¹⁴. Fomos incumbidas desta tarefa de verificação dos prazos de validade, o que nos proporcionou uma melhor compreensão do modo de funcionamento do APF e nos permitiu ter um primeiro contacto com alguns medicamentos de uso exclusivamente hospitalar.

Procedemos ainda à seleção e recolha de toda a informação presente em *Kanbans* desatualizados, de modo a que pudessem ser emitidos novos cartões com pontos de encomenda e quantidades a encomendar que correspondessem às atuais necessidades do HSA.

Acompanhámos também a realização de encomendas despoletadas pelo sistema de cartões *Kanban* e a gestão de empréstimos e pedidos de empréstimo entre o HSA e outros hospitais públicos e privados, processos da competência do farmacêutico responsável pelo APF.

Por fim, tivemos oportunidade de acompanhar igualmente o processo de requisição de medicamentos que não possuem uma Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal, para os quais é necessário efetuar uma requisição específica à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), que emite uma Autorização de Utilização Excepcional (AUE) com a validade de um ano^{15,16}.

1.3. Produção de medicamentos

A produção de medicamentos manipulados no CHP constitui uma das atividades fulcrais dos SF, uma vez que possibilita a individualização da terapêutica, imperativa em doentes pediátricos, idosos e oncológicos, e fornece uma resposta em caso de ausência de alternativas industrialmente produzidas.

A atividade deste setor, que engloba a produção de preparações estéreis, não estéreis e citotóxicas, bem como o fracionamento e/ou reembalamento de doses unitárias, rege-se pela Portaria nº 594/2004, de 2 de junho¹⁷, e pelos Decretos-Lei nº 90/2004, de 20 de abril¹⁸, e nº 95/2004, de 22 de abril¹⁹, que no seu conjunto aprovam as “*Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar*”.

É da competência do farmacêutico responsável por este setor garantir uma estrutura adequada e um conjunto de procedimentos que assegurem um “*Sistema de Qualidade na Preparação de Formulações Farmacêuticas*”, garantindo assim a sua qualidade, segurança e eficácia¹².

1.3.1. Produção de não estéreis

Na área de produção de formulações não estéreis, cuja atividade obedece às “*Boas Práticas de Fabrico de Medicamentos Manipulados*” (Portaria nº 594/2004)¹⁷, procedemos à preparação de formas farmacêuticas sólidas (papéis medicamentosos de bosentano; papéis medicamentosos de

diazóxido; dietas modulares glucídicas) e líquidas (suspensão de hidroclorotiazida; solução de ácido acético a 3% e 5%; xarope de captopril; loção de alfazema).

Verificámos que cada medicamento manipulado é preparado de acordo com as indicações constantes na respetiva ordem de preparação, emitida pelo farmacêutico responsável por este setor. Esta contém não só informação necessária à sua manipulação (composição quali-quantitativa, dosagem, forma farmacêutica, técnica de preparação, número de unidades a preparar e ensaios de verificação do produto final), mas também informação que garante a rastreabilidade do produto final e a sua qualidade (lote, origem e prazo de validade das matérias-primas, número de lote atribuído e identificação do operador e supervisor)²⁰.

Após manipulação, procedemos ao controlo de qualidade (ensaios organoléticos, uniformidade de massa, pH e transparência)¹⁷, seguido do acondicionamento apropriado das preparações não estéreis produzidas²¹, atribuição de um prazo de validade (de acordo com as indicações da Farmacopeia Americana (USP)) e rotulagem. Os rótulos, igualmente emitidos pelo farmacêutico responsável pelo setor, contêm informação referente à composição quali-quantitativa do medicamento manipulado, às condições de conservação, via de administração, instruções especiais de utilização e prazo de validade, bem como o número de lote atribuído e a identificação do local de preparação e do diretor técnico dos SF²².

1.3.2. Produção de estéreis

A produção de formulações estéreis, pautada pelas indicações do capítulo 797 da USP, “*Sterile Compounding*”, é efetuada em local adequado, local este que reúne as condições descritas na Portaria nº 42/92 de 23 de Janeiro e garante a ausência de contaminação e pirogénios e, deste modo, a qualidade do produto final^{12,15,17}. Assim, as formulações estéreis são preparadas com recurso à técnica assética, no interior de uma câmara de fluxo laminar vertical (CFLv) (Figura 4), que garante a proteção simultânea do produto e do operador. Esta CFLv encontra-se inserida num compartimento estéril, cuja esterilidade é assegurada por um gradiente de pressão, sendo a comunicação com o exterior e a transferência de material efetuada através de um *transfer*. É ainda efetuado um controlo microbiológico diário, na primeira preparação de cada sessão de trabalho e na última preparação do dia^{23,24}.

No CHP, são produzidas misturas para nutrição parentérica e preparações estéreis extemporâneas, que se destinam principalmente aos serviços de pediatria do HSA e da MJD e ao serviço de neonatologia do Hospital Padre Américo, Vale do Sousa, pertencente ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.



Figura 4 - CFLv na área de produção de formulações estéreis.

As misturas para nutrição parentérica visam manter o equilíbrio nutricional dos doentes internados, face a situações de distúrbios metabólicos, tubo digestivo imaturo ou alimentação entérica impossibilitada ou contraindicada. São formuladas em função do balanço azotado e hídrico, do ionograma e da patologia e terapêutica instituída para cada doente, sendo preparadas mediante prescrição médica.

Neste âmbito, observámos a receção e validação de prescrições médicas, bem como o registo nutricional (transcrição da prescrição para uma ficha farmacoterapêutica de nutrição parentérica no sistema informático) e a emissão das ordens de preparação^{25,26} e rótulos, que contêm informação relativa à formulação e ao doente, acompanhando a preparação desde a sua produção até à sua administração. Verificámos ainda que a preparação das misturas para nutrição parentérica é efetuada de modo bifásico, sendo manipuladas e acondicionadas separadamente uma emulsão lipídica, contendo lípidos e vitaminas lipossolúveis, e uma fração hidrossolúvel, contendo soros glicosilados, aminoácidos e micronutrientes. Ambas as frações são preparadas com recurso a um sistema automático de enchimento, com exceção para os micronutrientes hidrossolúveis, que são aditivados manualmente e de forma ordenada, de acordo com a sua natureza química, por forma a evitar a formação de precipitados que poderiam interferir com a estabilidade da preparação²⁷.

Após extração do ar, ‘clampagem’ e obturação das bolsas de nutrição parentérica, procedemos à identificação de cada fração manipulada com rótulo interno e externo e ao seu acondicionamento secundário, que promove a proteção da luz, evitando assim a degradação de determinados constituintes^{27,28}.

Por sua vez, as preparações estéreis extemporâneas consistem essencialmente no fracionamento ou ajuste de doses comerciais, permitindo assim uma resposta individualizada e a rentabilização das matérias-primas. Observámos, neste contexto, o fracionamento de colírios de gentamicina, oxibuprocaina e fenilefrina, e de soluções de bevacizumab e morfina em seringas unidose, tendo verificado que o processo de manipulação de preparações estéreis extemporâneas é muito semelhante ao da produção de misturas para nutrição parentérica.

O prazo de validade das formulações estéreis é definido com base no descrito no capítulo 797 da USP, podendo nalguns casos corresponder a sete dias, se armazenadas à temperatura de 2-8°C²⁷.

1.3.3. Produção de citotóxicos

A UFO é responsável pela produção, armazenamento e distribuição de medicamentos citotóxicos (CTX), sendo todas as operações efetuadas nesta unidade levadas a cabo por pessoal competente, previamente sujeito a formação teórica e prática adequada²⁹.

Neste setor, auxiliámos na validação de prescrições médicas, que são efetuadas em impresso próprio cuja cor difere para doentes internados (impresso verde) e doentes em regime de ambulatório/HD (impresso rosa)³⁰. Para tal, aferimos cálculo da superfície corporal, posologia e ajuste de doses, tendo verificado que as prescrições de CTX devem reunir todas as condições

estabelecidas pelos Protocolos de Quimioterapia (PQ) da instituição, diplomas legais, autorizações da Direção Clínica, do Conselho de Administração (CA), CFT e CE e conter informação detalhada sobre o doente (incluindo peso, altura, superfície corporal e área sob a curva) e sobre a formulação a preparar (CTX prescritos por DCI, via de administração, dose padrão e dose ajustada ao doente), bem como a identificação do serviço clínico, médico responsável, patologia, PQ e data de realização do ciclo³⁰.

Pudemos ainda acompanhar todo o processo de manipulação de CTX, desde o momento de receção da autorização de produção, fornecida pelo Sistema de Apoio Médico (SAM) no seguimento das análises clínicas efetuadas pelo doente aquando da sua chegada ao HD, até à rotulagem e acondicionamento das preparações. Neste contexto, verificámos que as preparações de CTX são manipuladas, mediante ordem de preparação e por ordem de prioridade, numa CFLv, inserida num compartimento estéril, no qual TSS e TDT entram após correto fardamento²⁹⁻³¹.

Em virtude da elevada toxicidade destes compostos, todas as etapas críticas do processo de preparação são sujeitas a dupla verificação, procedendo-se à identificação dos produtos finais com o símbolo “BIOHARZARD”²⁹. No seguimento de um protocolo de atuação em caso de derrame/acidente, está presente na UFO e em todos os serviços que habitualmente contactam com estes produtos um “kit de derramamento de citotóxicos”, permitindo proceder de forma rápida e segura, assegurando assim a exposição do menor número de pessoas possível em caso de acidente³².

1.3.4. Fracionamento e reembalamento

O fracionamento e reembalamento constituem processos de manipulação de medicamentos acabados, pelos quais se preparam, acondicionam e identificam doses unitárias de determinados fármacos, de modo a serem integradas no CdM (Figura 5). Estes procedimentos possibilitam não só a individualização da terapêutica, pela geração de dosagens não disponíveis no mercado, sem prejuízo das propriedades físico-químicas e biofarmacêuticas da formulação, mas também a rentabilização das matérias-primas, pelo que comportam uma mais-valia terapêutica e económica³³. Verificámos que os produtos finais obtidos são sujeitos a ensaios de verificação e controlo de qualidade diários, sendo efetuado um controlo visual da integridade da porção fracionada ao longo de todo o processo. É ainda efetuado, mensalmente, um controlo do peso, por pesagem de um mínimo de cinco frações aleatórias de um determinado produto, cujos valores individuais não podem apresentar uma diferença superior a 5%³⁴.



Figura 5 - Sistemas de reembalamento.

1.4. Distribuição de medicamentos

O sistema de distribuição de medicamentos constitui uma das atividades dos SF com maior impacto e visibilidade a nível hospitalar, sendo aquele que promove um maior contacto com os restantes serviços e utentes. O sistema implementado no CHP permite garantir o cumprimento da prescrição, racionalizar o uso de medicamentos, diminuir os erros associados à sua dispensa e administração, monitorizar a terapêutica e racionalizar os seus custos, bem como reduzir o tempo despendido na administração e manipulação dos medicamentos, garantindo, assim, uma distribuição segura e eficaz, em tempo útil.

1.4.1. Distribuição tradicional ou clássica

Este sistema de distribuição assegura o fornecimento de medicamentos a todos os serviços clínicos, blocos operatórios e consultas, permitindo o seu rápido e fácil acesso em todos os momentos. No entanto, tendo em conta o distanciamento físico entre fármacos e farmacêuticos, impossibilita o controlo de *stocks* e condições de armazenamento, bem como o seguimento do perfil farmacoterapêutico do doente, acarretando um maior risco de erro na preparação da medicação.

Verificámos que, de acordo com este tipo de distribuição, a reposição de *stocks* é feita segundo um dos seguintes três métodos, obedecendo a quantitativos previamente estudados e acordados entre os SF e os serviços clínicos: HLS (sistema de troca direta de embalagens vazias por embalagens cheias), *stocks* nivelados (sistema de nivelamento dos *stocks*, por reposição das unidades consumidas) ou cartões *Kanban* (sistema em que o cartão, colocado após a quantidade mínima de produto em *stock* definida, indica a necessidade de pedido ao fornecedor quando esta é atingida)^{35,36}. Procedemos, de acordo com os métodos suprarreferidos, procedemos à reposição de *stock* do veículo médico de emergência e ressuscitação, da unidade de cuidados intensivos, da sala de hemodiálise e do setor de farmácia de ambulatório, tendo também efetuado a dispensa de darboepoetinas para doentes em diálise.

Conferimos ainda os *stocks* de soros em diversos serviços, verificando que determinados produtos, nomeadamente antissépticos, desinfetantes, soluções injetáveis de grande volume e outras soluções estéreis, constituem uma exceção ao sistema de distribuição clássica, possuindo um *stock* previamente definido não só no que respeita à quantidade, mas também à sua durabilidade em todas as unidades e serviços do CHP^{37,38}.

Foi-nos igualmente possível observar a reposição de *stock* do Pyxis® da Unidade de Cuidados Intensivos (Figura 6). Este consiste num armazém de *stock* informatizado, que possibilita a dispensa automática de medicamentos por utilizadores autorizados e constitui uma mais-valia para



Figura 6 – Pyxis® da Unidade de Cuidados Intensivos.

serviços clínicos e SF uma vez que permite uma distribuição individualizada, um maior controlo de *stocks* e, ainda, uma redução de erros de dispensa de medicamentos^{39,40}.

1.4.2. Distribuição individual diária e em dose unitária

A distribuição individual diária e em dose unitária (DIDDU) consiste num sistema de distribuição personalizado que permite a dispensa das doses unitárias de medicamentos necessárias para cada doente internado, para um período de 24 horas. Constatámos que este tipo de distribuição, apesar de exigir mais recursos humanos, equipamentos e apoios logísticos, garante não só a racionalização no uso dos medicamentos, mas também um maior conhecimento do perfil farmacoterapêutico do doente pelo FH e, consequentemente, uma melhor monitorização da terapêutica instituída,



Figura 7 – Carro com malas de dispensa para diferentes serviços.

diminuindo o risco de interações e erros de distribuição^{41,42}.

Foi-nos possível acompanhar e intervir nas diversas etapas deste processo de distribuição, nomeadamente na validação de prescrições médicas através do GHAF; na dispensa das doses unitárias para os doentes internados, com recurso ao dispositivo semiautomático *PharmaPik*® e a malas de dispensa contendo gavetas com a identificação dos utentes (Figura 7); na verificação dos medicamentos em falta, com o auxílio do portal interno, e na dispensa de estupefacientes e psicotrópicos, hemoderivados e material de penso⁴¹⁻⁴³. Tivemos também a oportunidade de criar e registar intervenções farmacêuticas, via sistema informático ou telefone, em caso de dúvida ou não conformidade de algum parâmetro prescrito (dose, posologia,

via de administração, presença de interações medicamentosas)^{44,45}.

1.4.3. Distribuição de medicamentos em regime de ambulatório

Este sistema de distribuição permite a dispensa direta de fármacos a doentes não internados, possibilitando a continuidade do tratamento em ambiente familiar e a redução dos custos inerentes ao internamento. O FH assume um papel fundamental no controlo e vigilância destes doentes, de forma a assegurar a adesão à terapêutica, bem como a sua segurança e eficácia, pelo que deve, no momento da dispensa, fornecer ao utente toda a informação inerente à correta utilização da medicação, esclarecendo-o quanto à posologia, modo de administração, conservação, contraindicações e possíveis efeitos adversos⁴¹.

Neste setor, verificámos que os medicamentos dispensados pelos SF em regime de ambulatório são totalmente comparticipados, correspondendo não só a medicamentos de uso exclusivamente hospitalar, mas também a medicamentos legalmente autorizados para determinadas patologias, regulamentados em diplomas publicados em Diário da República e presentes no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNH), bem como a medicamentos extra-FHNH (hepatite B e hipertensão pulmonar) mas que se encontram ao abrigo de deliberações da CFT e CA do CHP¹². Contudo, apuramos que, de acordo com o Decreto-Lei nº 206/2000, de 1 de setembro, o Ministério da Saúde autoriza os SF hospitalares a efetuar a venda de medicamentos ao público ou a determinadas entidades em situações específicas, que incluem casos de comprometimento do normal acesso aos medicamentos na rede de farmácias comunitárias e em caso de necessidade de acesso imediato a determinado fármaco, no seguimento de um atendimento em serviço de urgência hospitalar^{46,47}.

Tivemos também possibilidade de proceder à validação de prescrições médicas, verificando a concordância com os requisitos exigidos, e à subsequente dispensa de medicamentos, em quantidade suficiente para permitir a não interrupção da terapêutica até à data da consulta seguinte (indicada na prescrição médica) ou até um mês após a data da emissão da mesma. No entanto, constatámos que, em casos excecionais, pode ser efetuada a dispensa de medicação correspondente a três meses de tratamento, desde que o montante total seja inferior a 100€ para utentes residentes no Porto ou a 300€ para aqueles que residem fora do distrito do Porto^{48,49}.

Fomos ainda incumbidos da gestão dos fármacos devolvidos pelos utentes (em casos de alteração de medicação ou aquando do aparecimento de efeitos secundários graves), que são armazenados em local próprio após receção, para posterior triagem⁵⁰.

1.4.4. Medicamentos sujeitos a controlo especial

No decurso do nosso estágio, verificámos que determinados grupos farmacoterapêuticos são sujeitos a um controlo estrito ao longo de todo o CdM, o que inclui psicotrópicos e

estupefacientes⁵¹, antídotos, anti-infecciosos, nutrição artificial e material de penso, armazenados em condições específicas e dispensados mediante impresso próprio⁵¹⁻⁵⁵.

Constatámos ainda que determinados fármacos, como a epoetina alfa e beta, a darbopoetina, a somatropina e a talidomida, se encontram contemplados em diplomas legais que autorizam a sua prescrição apenas por determinados serviços e especialidades médicas, mediante justificação em impresso próprio (“Justificação de receituário de Medicamentos”).

1.5. Ensaio Clínicos

De acordo com a Lei nº 46/2004, de 19 de Agosto, que regula a prática de EC em Portugal, este define-se como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”⁵⁶. Os EC constituem, por isso, um meio indispensável para a avaliação da segurança e eficácia de novas moléculas, bem como para o reconhecimento de novas aplicações terapêuticas de fármacos já comercializados.

O planeamento e condução dos EC, nas quatro fases que os compõem, envolvem diversos intervenientes, desde promotores e monitores do EC até aos participantes voluntários, passando pela equipa de profissionais de saúde responsáveis pela seleção e acompanhamento dos participantes e pela dispensa do medicamento experimental (ME)^{56,57}.

No decurso do nosso estágio, acompanhámos diversas etapas deste complexo processo, nomeadamente a receção de ME na Unidade de Ensaio Clínicos (UEC), respetiva conferência quali-quantitativa, armazenamento e comunicação da receção ao promotor via *Interactive Voice Responsive System* (IVRS) ou via *Interactive Web Responsive System* (IWRS). Procedemos ainda à validação de prescrições médicas, efetuadas em impresso próprio preenchido pelo investigador principal, e subsequente dispensa de ME a participantes de diferentes estudos (EC Latitude, Dual-2 e Amaranth)⁵⁸, o que nos permitiu contactar diretamente com o necessário processo de validação e registo desta etapa. Verificámos, por fim, que toda a medicação devolvida pelos participantes é contabilizada e registada em formulários apropriados, para posterior devolução ao promotor, de acordo com um procedimento previamente definido⁵⁸.

Tivemos ainda oportunidade de participar na primeira reunião de um EC envolvendo o tocilizumab. Esta reunião ocorreu após aprovação do EC pelas entidades reguladoras (Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC), INFARMED e Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd)) e do protocolo do estudo pelo CA e CE do CHP, bem como após celebração do contrato financeiro entre as partes. Nesta reunião, o protocolo experimental foi explicado a todos os intervenientes,

nomeadamente o investigador principal e o farmacêutico coordenador do ensaio, tendo-lhes sido entregue um dossier com todas as informações referentes ao estudo.

1.5.1. Atividades complementares

A UEC é também responsável pela comunicação e organização de formações científicas, desenvolvidas pelos promotores dos EC, sobre os estudos em desenvolvimento no CHP ou sobre outros temas de interesse científico, com o objetivo de formar e informar a equipa dos SF. Neste contexto, assistimos a diversas apresentações, nomeadamente sobre o ruxolitinib (Jakavit®, Novartis) e a sua aplicação na mielofibrose e sobre novas aplicações terapêuticas do everolimus (Affinitor®, Novartis) em carcinomas pancreáticos e neuroendócrinos.

Participámos também na otimização de uma base de dados em desenvolvimento na UEC. Esta base de dados, criada no programa Access, foi desenvolvida tendo em conta o número crescente de estudos em curso no CHP, com o intuito de reunir todos os dados relevantes de cada estudo num documento único, possibilitando assim o acesso rápido e fácil a esta informação.

Pudemos ainda participar numa campanha de recolha de medicamentos já não utilizados pelos doentes. A gestão dos medicamentos doados (seleção, separação e armazenamento), bem como o seu reencaminhamento para instituições de solidariedade social, é da competência da UEC e foi nossa responsabilidade no decurso do nosso estágio.

Capítulo 2 - O Farmacêutico Hospitalar

São diversos os desafios que pautam diariamente a atividade profissional do FH, que se responsabiliza pela manipulação e dispensa segura de medicamentos e por dar uma célere resposta a qualquer requisição, dúvida ou angústia da população que serve, mas sobretudo pelo contacto direto com o doente em regime de ambulatório e pela proximidade com profissionais prescritores, o que gera uma oportunidade para a prestação de cuidados farmacêuticos, com vista à melhoria do tratamento⁵⁹.

O FH desempenha um papel fulcral na monitorização da qualidade e segurança na dispensa e utilização do medicamento, quer através do aconselhamento ao doente e demais profissionais de saúde sobre a sua correta administração, quer através de uma gestão racional e eficiente do risco inerente às complexas terapêuticas efetuadas pelos doentes, internos e externos⁵⁹. Com base neste pressuposto, e com vista à minimização de eventos adversos preveníveis, desenvolvemos um programa de gestão de risco a ser aplicado de forma faseada no CHP.

No entanto, não se limitando às necessidades do doente no que ao medicamento diz respeito ao seu acesso e utilização segura, mas englobando igualmente qualquer preocupação, expectativa ou falta de compreensão identificado pelo próprio ou pelo FH⁶⁰, propusemo-nos a elaborar folhetos informativos sintéticos, destinados a acompanhar os medicamentos manipulados de uso pediátrico que com maior frequência são disponibilizados em regime de ambulatório.

2.1. Gestão de risco

Os avanços na medicina e terapêutica observados no século XX vieram alterar por completo o prognóstico e tratamento de muitas patologias. Contudo, este avanço fez-se acompanhar de um aumento de complexidade e do risco associado à terapêutica, com incremento dos níveis de mortalidade nosocomiais⁶¹.

O dinâmico conceito de segurança dos medicamentos viu-se, assim, renovado na década de 1990, reconhecendo-se desde então que, além do risco intrínseco de ocorrência de efeitos adversos mesmo quando administrados em condições adequadas, fármacos provocam igualmente numerosos efeitos nocivos decorrentes de falhas ou erros que se produzem durante o complexo e multifaseado processo da sua utilização clínica⁶².

Estes erros na cadeia de cuidados acarretam consequências potencialmente graves para doentes e respetivas famílias, bem como elevados custos económicos e perda de confiança nos profissionais e sistema de saúde⁶³. Assim sendo, a gestão de risco em ambiente hospitalar, que se compõe nomeadamente da identificação e prevenção de riscos associados à terapêutica, reveste-se de um carácter essencial.

Programas de gestão de risco, que consistem no conjunto de processos inter-relacionados que fomentam a utilização segura, efetiva, apropriada e eficiente dos medicamentos, são desenvolvidos

de forma a aumentar a segurança de doentes e profissionais de saúde, melhorar a qualidade da terapêutica e, assim, reduzir os custos associados a erros de medicação preveníveis⁶⁴.

Uma estratégia fundamental de melhoria da segurança do CdM consiste em reconhecer que incidentes ocorrerem por falhas no sistema (*system approach*) e não no indivíduo (*person approach*). Este tipo de estratégia propõe alterações nos processos e procedimentos, e não só na formação e competência dos profissionais, ao assumir que existem falhas latentes subjacentes ao sistema (relacionadas com a sua organização, procedimentos de trabalho, meios técnicos, condições laborais) que favorecem erros de medicação, entendidos como qualquer incidente prevenível e não intencional na prescrição, dispensa ou administração de um fármaco, sob o cuidado de um profissional de saúde, doente ou consumidor, que pode ou não provocar dano^{65,66}.

Sendo os erros de medicação responsáveis por um largo número de reações adversas à terapêutica, constituindo um problema de saúde pública, responsável por 18,7% a 56% de todas as reações adversas observadas em doentes hospitalizados⁶⁶, a identificação dos processos da cadeia terapêutica nos quais estes erros ocorrem com maior frequência é de extrema utilidade para definir pontos específicos nos quais interessa estabelecer estratégias de prevenção. Encontrando-se os erros de prescrição entre os mais frequentes a nível hospitalar (Figura 8)⁶⁷, foi instituído no CHP um sistema informático de registo de intervenções farmacêuticas, que permite identificar e corrigir erros de prescrição, impedindo antecipadamente possíveis consequências no doente. Este registo informático permite ainda a sua posterior análise e estudo, possibilitando assim a identificação das causas e fatores na origem do erro, bem como a intervenção do farmacêutico junto dos profissionais envolvidos no CdM, no sentido de prevenir que os erros registados voltem a ocorrer⁶⁸.

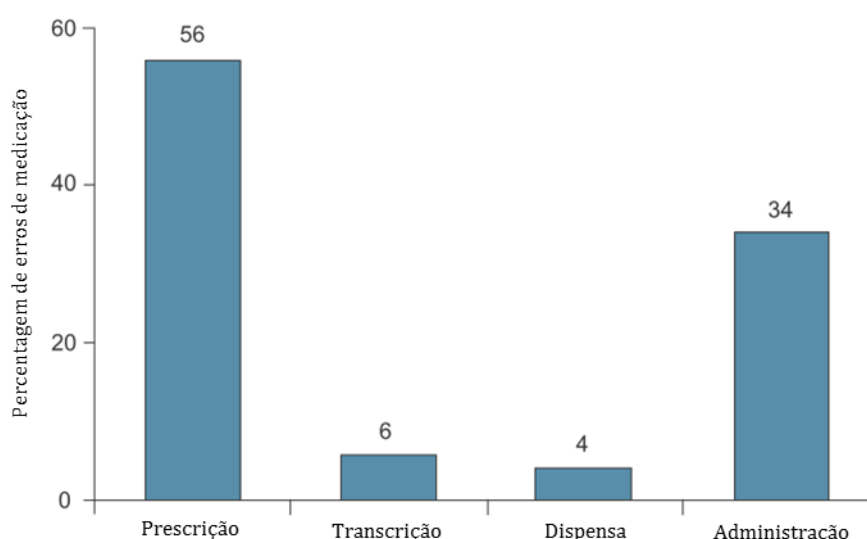


Figura 8 - Processos da cadeia terapêutica nos quais ocorrem erros de medicação que originam eventos adversos em doentes hospitalizados (adaptado)⁶⁷.

Tendo sido igualmente detetada no CHP a necessidade de gerir o risco inerente aos medicamentos de alto risco (fármacos com elevada probabilidade de provocarem danos graves ou potencialmente fatais em caso de erro na sua administração), e na ausência de normas nacionais ou internacionais que regulamentem a correta identificação, dispensa e administração destes fármacos, propusemo-nos a criar um modelo de gestão de risco, a ser instituído faseadamente.

2.1.1. Listagem de medicamentos de alto risco

Numa primeira fase da elaboração do modelo suprarreferido, procedemos à elaboração de uma lista de classes de medicamentos considerados de alto risco, baseando-nos no modelo APINCH (Tabela 1).

Tabela 1 - Recomendações de boas práticas para medicamentos de alto risco (adaptado)⁶⁹.

Medicamentos de Alto Risco	Exemplos	Recomendações de Boas Práticas
A: Anti-infecciosos	Anfotericina Gentamicina	
P: Potássio e outros eletrólitos	Cloreto de potássio intravenoso Soluções orais de limpeza gastrointestinal	Os frascos com formas concentradas de eletrólitos (p.e., cloreto de potássio, fosfato de potássio, sulfato de magnésio ou cloreto de sódio com concentração superior a 0.9%), que requerem diluição antes da administração IV, não deverão estar disponíveis no <i>stock</i> de enfermaria e/ou em armários de dispensa automática nas unidades de tratamento de doentes (incluindo <i>stock</i> das salas de operações ou anestesiologia).
I: Insulina		O protocolo padrão usado para tratar elevados níveis de glucose nos doentes diabéticos deve ser adaptado às condições específicas do doente, como o diagnóstico, peso ou quantidade total de insulina diária.
N: Narcóticos e outros sedativos	Opióides Fentanileoutros emplastros analgésicos	Os antídotos para a sedação moderada e analgesia controlada pelo doente (PCA) e as respetivas <i>guidelines</i> devem estar prontamente disponíveis próximo dos

	Oxicodona Midazolam Hidromorfona	loais onde são usados. Os bloqueadores neuromusculares não se devem encontrar disponíveis no <i>stock</i> de enfermaria e/ou em armários de dispensa automática (exceto no <i>stock</i> das salas de operações ou anestesiologia). No entanto, se estiverem disponíveis nestes locais, devem conter avisos que identifiquem claramente que são fármacos que podem provocar paralisia respiratória e que necessitam de ventilação mecânica quando usados.
C: Citotóxicos	Vincristina Metotrexato Etopósido	As prescrições dos CTX devem incluir a dose em mg/m ² . Os parâmetros devem ser revistos periodicamente para internamentos prolongados, já que a área corporal pode sofrer alterações desde a data de admissão. O farmacêutico deve verificar que a dose prescrita está correta antes de preparar e dispensar o citotóxico.
H: Heparina e outros anticoagulantes	Varfarina Anticoagulantes	

Apesar da ausência de normas oficiais, algumas organizações e instituições recomendam a identificação de todos os medicamentos considerados de alto risco, bem como o desenvolvimento de normas e procedimentos específicos de manuseamento destes fármacos, que devem ser conhecidos por todos os profissionais de saúde⁷⁰.

2.1.2. Proposta de implementação de sinalética: soluções concentradas de potássio

Numa segunda fase, seleccionámos os fármacos cujo risco inerente sublinhasse a necessidade de serem pioneiros no processo de implementação deste projeto. Pelo seu uso frequente nos serviços de internamento e de urgência, e tendo em conta os graves efeitos adversos que podem decorrer da sua sobredosagem, nomeadamente hipercalemia, parestesia das extremidades, bloqueio na transmissão de impulsos nervosos, arritmias, confusão mental e fraqueza, as soluções concentradas de potássio foram as primeiras seleccionadas^{71,72}.

Estas soluções, utilizadas na reposição de eletrólitos, no tratamento de hipocalemia e em cirurgias cardíacas com o fim de cessar temporariamente o batimento cardíaco⁷¹, são administradas na forma de sais de cloreto ou monofosfato em formulações injetáveis concentradas, que devem ser diluídas antes da sua administração. Nos SF do CHP, encontram-se disponíveis ampolas de 10mL a 1M (1mEq) de ambos os sais, administrando-se usualmente o cloreto de potássio em concentrações de 40-80 mEq/L, tendo por critério de decisão a concentração sérica de potássio do doente⁷³.

A necessidade de diluição prévia destas soluções aumenta a probabilidade de ocorrência de erros de medicação na preparação e administração, encontrando-se estes entre os erros mais comumente registados, juntamente com permutas de ampolas com embalagens semelhantes⁷⁴. Assim, propusemos a implementação no CHP de um método visual de identificação descrito na USP, que saliente de forma inexorável o risco intrínseco a estas soluções. Este método, que consiste na colocação de uma tampa de cor negra no frasco contendo a solução concentrada e de um invólucro preto ou incolor, ambos contendo a indicação “Deve ser diluído”, foi já adotado por alguns laboratórios, nomeadamente a Hospira® e a FreseniusKabi® (Figura 9)⁷⁵.



Figura 9 – Exemplo de soluções concentradas de potássio.

Uma vez que as soluções disponíveis no CHP não têm o tipo de acondicionamento primário referido no método descrito na USP, sugerimos uma adaptação do supramencionado método, que consiste na colocação, na zona de abertura da ampola, de um rótulo de fundo negro, contendo as indicações “Solução concentrada” e “Deve ser diluído”, bem como o símbolo indicativo de perigo (Figura 10).



Figura 10 – Ampola de Cloreto de potássio 1M (A) e sugestão de rotulagem (B).

Apesar deste método se encontrar proposto apenas para a solução concentrada de cloreto de potássio, desenvolvemos esta sinalética com o intuito de ser aplicada igualmente à solução concentrada de monofosfato de potássio, uma vez que ambas apresentam o mesmo risco associado. Espera-se que a implementação desta sinalética, associada ao armazenamento destas soluções em locais fisicamente separados dos restantes fármacos, minimize a ocorrência de erros de medicação.

2.1.3. Proposta de implementação de sinalética: outros medicamentos

Os erros de medicação no ato da dispensa, não sendo os mais frequentes, constituem igualmente uma área na qual é importante intervir. Por essa razão, sugerimos também a implementação de um sistema de alerta, baseado no uso de sinais visuais de fácil compreensão, a ser colocado nos locais de armazenamento dos medicamentos, tanto nas gavetas do setor da DDDU, como nas prateleiras do APF.

Neste sentido, baseamo-nos num sistema já implementado no Hospital da Cova da Beira (Covilhã), cujos procedimentos nos foram amavelmente facultados, para o desenvolvimento da sinalética proposta, abaixo descrita.

Tabela 2 – Proposta de sinalética para outros medicamentos.

Fator de risco identificado	Sinalética proposta
Medicamentos com diferente dosagem armazenados no mesmo espaço físico	 Vermelho – dosagem mais elevada  Amarelo – dosagem (s) intermédia (s)  Verde – dosagem mais baixa
Medicamentos com embalagem semelhante armazenados no mesmo espaço físico	
Medicamentos potencialmente perigosos	

Pretendemos que esta sinalética potencie a segurança no ato da dispensa, pelo que deverá ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos no armazenamento e distribuição de medicamentos e, posteriormente, deverá ser extensível aos diversos serviços do CHP que possuam *stocks* de medicamentos que se enquadrem nas situações suprarreferidas.

2.2. Cuidados Farmacêuticos: manipulados de uso pediátrico

A prestação de cuidados farmacêuticos, que engloba não só a seleção e monitorização da terapêutica, mas também o aconselhamento farmacêutico, assenta no princípio fundamental da dispensa responsável de fármacos^{76,77}. Tendo o exercício da atividade farmacêutica como principal

foco o doente, deve basear-se num conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, responsabilidades e aptidões, com vista ao seu acompanhamento farmacoterapêutico dos doentes e à melhoria da sua saúde e qualidade de vida^{78,79}.

A população pediátrica, pelas suas singularidades, apresenta desafios únicos para o farmacêutico, exigindo atenção e cuidados redobrados. A escassez de estudos sobre a segurança e efetividade de fármacos nesta população, associada ao fato de muitos serem utilizados *off-label* (numa indicação terapêutica não aprovada), gera incertezas na dosagem e aumenta o risco de ocorrência de erros de medicação, cujas repercussões, pelas características próprias do organismo infantil, apresentam um risco potencial superior⁸⁰.

Atendendo à tendência geral de redução dos dias de hospitalização, que conduz ao aumento do número de doentes seguidos em regime de ambulatório, e à importância dos cuidados farmacêuticos em pediatria, decidimos intervir nesta área, nomeadamente pela transmissão de informação completa, clara e adaptada à população alvo, de modo a garantir que o doente ou o seu legal representante esteja plenamente elucidado acerca da terapêutica a efetuar, aquando da sua saída dos SF⁷⁶.

O Resumo das Características do Medicamento (RCM) constitui usualmente uma fonte de informação de extrema importância, uma vez que permite ao doente a rápida consulta da informação mais relevante sobre o fármaco que vai utilizar. No entanto, visto que são escassos os medicamentos existentes no mercado com dosagem pediátrica disponível, estes são manipulados nos SF de modo a responder às necessidades destes doentes, seguidos em regime de ambulatório e internamento. Tendo em conta que os medicamentos manipulados nos SF se fazem acompanhar apenas de um rótulo, que inclui a descrição da composição quali-quantitativa, data de preparação, data de validade, lote e condições de conservação, propusemo-nos a elaborar folhetos informativos para os medicamentos manipulados de uso pediátrico dispensados com maior frequência no ambulatório.

Os folhetos informativos elaborados (Anexos 2-5) serão fornecidos aos doentes juntamente com o medicamento.

Referências Bibliográficas

1. Infopédia: Hospital de Santo António. Acessível em: [http://www.infopedia.pt/\\$hospital-de-santo-antonio](http://www.infopedia.pt/$hospital-de-santo-antonio). [acedido em 3 de novembro de 2013].
2. Centro Hospitalar do Porto: Centro Hospitalar do Porto. Acessível em: <http://www.chporto.pt/>. [acedido em 18 de novembro de 2013].
3. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 326/2007 - Entidades Públicas Empresariais. Diário da República, 1ª Série, nº 188, de 28 de dezembro.
4. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 30/2011 - Entidades Públicas Empresariais. Diário da República, 1ª Série, nº 43, de 2 de março.
5. Ministério da Saúde e Assistência - Direção Geral dos Hospitais. Decreto-Lei nº 44204 - Regulamento geral da farmácia hospitalar. Diário da República, 1ª Série, nº 40, de 2 de fevereiro.
6. Centro Hospitalar do Porto: Comissões. Acessível em: <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0B0D>. [acedido em 12 de novembro de 2013].
7. Centro Hospitalar do Porto: Comissão de Farmácia e Terapêutica. Acessível em: <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0B0D0D>. [acedido em 12 de novembro de 2013].
8. Centro Hospitalar do Porto: Comissão de Ética. Acessível em: <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0B0D0A>. [acedido em 12 de novembro de 2013].
9. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Controlo de Qualidade dos Processos (IT.SFAR.GER.024/0)*. Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
10. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Elaboração de Kanbans (IT.SFAR.GER.060/0)*. Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
11. Serviços Técnicos de Informática: Soluções de Software. Acessível em: http://www.sti.pt/?page_id=23. [acedido em 3 de março de 2014].
12. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar (2005). *Manual da Farmácia Hospitalar*. Ministério da Saúde.
13. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Receção e Armazenamento de Medicamentos (IT.SFAR.GER.007/2)*. Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
14. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Elaboração de Listagem para Verificação e Controlo dos Prazos de Validade dos Medicamentos/Produtos Farmacêuticos (IT.SFAR.GER.063/0)*. Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
15. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 176/2006 - Estatuto do medicamento. Diário da República, 1ª Série, nº 167, de 30 de agosto.

16. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso. Deliberação nº 105/CA/2007 - Estatuto do Medicamento. Legislação Farmacêutica Compilada, de 1 de março.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 594/2004 - Boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, 1ª Série-B, nº 129, de 2 de junho.
18. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 90/2004 - Regime jurídico da Autorização de Introdução no Mercado, fabrico, comercialização e comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República, 1ª Série-A, nº 93, de 20 de abril.
19. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 95/2004 - Regime jurídico da prescrição e preparação de medicamentos manipulados. Diário da República, 1ª Série-A, nº 95, de 22 de abril.
20. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Ordem de Preparação de Manipulados Não Estéreis (IT.SFAR.GER.084/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
21. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Material de Embalagem (IT.SFAR.GER.082/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
22. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Rotulagem de Não Estéreis (IT.SFAR.GER.101/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
23. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Ensaaios de Estéreis, APT (IT.SFAR.GER.038/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
24. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Manipulação de Estéreis: Técnica Assética (IT.SFAR.GER.046/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
25. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Validação e Monitorização da Prescrição de Nutrição Parentérica (IT.SFAR.GER.058/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
26. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Elaboração da Ordem de Preparação (IT.SFAR.GER.036/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
27. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Preparação de Nutrição Parentérica (IT.SFAR.GER.045/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

28. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Embalamento de Bolsas e Seringas para Nutrição Parentérica (IT.SFAR.GER.037/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
29. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Manipulação de Citotóxicos (IT.SFAR.GER.027/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto E.P.E.
30. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Validação e Monitorização da Prescrição de Citotóxicos em CFLv (IT.SFAR.GER.029/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
31. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Emissão de Ordens de Preparação de Citotóxicos (IT.SFAR.GER.079/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
32. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Derrame/Acidente com Citotóxicos (IT.SFAR.GER.034/1)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
33. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Fracionamento de Medicamentos (IT.SFAR.GER.086/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
34. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Ensaio de Verificação de Medicamentos Fracionados (IT.SFAR.GER.115/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
35. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Distribuição Clássica de Medicamentos: Circuito A (IT.SFAR.GER.066)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
36. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Distribuição Clássica de Medicamentos: Circuito B (IT.SFAR.GER.067)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
37. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Distribuição Clássica de Antissépticos e Desinfetantes (IT.SFAR.GER.068/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
38. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Distribuição Clássica de Soluções Injetáveis de Grande Volume (IT.SFAR.GER.069/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
39. CareFusion: Pyxis MedStation® System. Acessível em: <http://www.carefusion.com/medical-products/medication-management/medication-technologies/pyxis-medstation-system.aspx>. [acedido em 3 de março de 2014].

40. Rodrigues M (2009). Implementação e Impacto Económico do Sistema de Distribuição de Medicamentos Automático - Pyxis® - no Serviço de Urgência e no Bloco Operatório do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. . *Revista de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos*; 19: 50-54.
41. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2007). *Boas Práticas na Área do Medicamento Hospitalar*.
42. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Validação e Monitorização da Prescrição Médica: DID (IT.SFAR.GER.102/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
43. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Gestão de Faltas de Medicação e Prescrições Urgentes* Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
44. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Identificação e Notificação de Interações entre Medicamentos (IT.SFAR.GER.30/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
45. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Identificação e Resolução de PRMs (IT.SFAR.GER.31/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
46. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 206/2000 - Regime jurídico de dispensa de medicamentos pela farmácia hospitalar. Diário da República, 1ª Série-A, nº 202, de 1 de setembro.
47. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Venda de Medicamentos (IT.SFAR.GER.022/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
48. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Validação e Monitorização da Prescrição Médica de Ambulatório (IT.SFAR.GER.053/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
49. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Orientações para a Dispensa de Medicamentos na Farmácia de Ambulatório (IT.SFAR.GER.054/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
50. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Devolução de Medicamentos (IT.SFAR.GER.023/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
51. INFARMED: Saiba mais sobre psicotrópicos e estupefacientes. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf. [acedido em 26 de outubro de 2013].

52. INFARMED: Medicamentos usados no tratamento de intoxicações. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/navegavalores.php?id=353>. [acedido em 4 de março de 2014].
53. INFARMED: Nutrição parentérica. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paiid=197>. [acedido em 4 de março de 2014].
54. INFARMED: Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paiid=310>. [acedido em 4 de março de 2014].
55. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. *Instrução de Trabalho - Dispensa de Hemoderivados (IT.SFAR.GER.021/0)*. Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
56. Ministério da Saúde. Lei nº 46/2004 - Regime Jurídico Aplicável à Realização de Ensaios Clínicos com Medicamentos de Uso Humano Diário da República, 1ª Série, nº 195, de 19 de agosto.
57. Roche: Tipos de um Ensaio Clínico. Acessível em: <http://www.roche.pt/portugal/index.cfm/investigacao/fases-de-um-ensaio-clinico>. [acedido em 31 de outubro de 2013].
58. Almeida T (2010). *Manual dos Serviços Farmacêuticos - Ensaaios Clínicos*. 1st ed. Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., Porto.
59. Lopes AR, Martins C, Lopes da Cruz JPG, Mendão L, Ventura MAC, Farinha H, *et al.* (2008). *Boas Práticas de Farmácia Hospitalar no Âmbito da Infecção VIH/Sida*. Editorial do Ministério da Educação.
60. Aguiar AH (2002). *Medicamentos Que Realidade? Passado, Presente e Futuro*. 1st ed. Sogapal.
61. Shojania KG, Wald H, and Gross R (2002). Understanding Medical Error and Improving Patient Safety in the Inpatient Setting. *Medical Clinics of North America*; 86: 847-867.
62. Otero MJ, Bajo A, García Gutiérrez JF, and Domínguez-Gil A (1999). ¿Prevenible o Inevitable?: Una Nueva Etapa en el Tema de la Seguridad de los Medicamentos. *Medicina Clínica*; 112: 398-399.
63. Otero MJ (2007). *Curso de Formación Continuada en Farmacoterapia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria - Módulo IV*. Arán Ediciones, S.L., Madrid.
64. Martínez López FJ and Ruiz Ortega JM (2001). Concepto y Metodología de la Gestión de Riesgos Sanitarios. In: Martínez López FJ and Ruiz Ortega JM (eds). *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Díaz de Santos, Madrid, 53-67.
65. Reason J (2000). Human Error: Models and Management. *British Medical Journal*; 320: 768-770.

66. European Medicines Agency: Medication-Errors Workshop. Workshop Report. Acessível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2013/05/WC500143163.pdf. [acedido em 13 de outubro de 2013].
67. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen L, Small SD, Servi D, *et al.* (1995). Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. Implications for Prevention. *The Journal of the American Medical Association*; 274: 29-34.
68. Schneider PJ (2002). Measuring Medication Safety in Hospitals. Workshop Summaries. *American Journal of Health-System Pharmacy*; 59: 2333-2336.
69. Clinical Excellence Commission: High Risk Medicines. Acessível em: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/programs/high-risk-medicines#publications1>. [acedido em 9 de outubro de 2013].
70. The National Quality Forum (2003). *Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report*. National Quality Forum, Washington, DC.
71. PubChem Compound: Potassium Chloride. Acessível em: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/summary/summary.cgi?cid=4873>. [acedido em 12 de outubro de 2013].
72. Grissinger M (2011). Potassium Chloride Injection Still Poses Threats to Patients. *Medication Errors*; 36: 241-302.
73. Bahagian Perkhidmatan Farmasi: Dilution Guide for High Alert Medications. Acessível em: <http://www.pharmacy.gov.my/v2/sites/default/files/document-upload/dilution-guide-ham.pdf>. [acedido em 5 de outubro de 2013].
74. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: Medication Alert! Acessível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/kcalertfinal1.pdf>. [acedido em 7 de outubro de 2013].
75. Potassium Chloride for Injection Concentrate (2006). In: *United States Pharmacopeia and National Formulary*. USA, 1761.
76. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares: Cuidados Farmacêuticos e Seguimento Farmacoterapêutico. Acessível em: http://www.apfh.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc680.pdf. [acedido em 7 de outubro de 2013].
77. American Society of Hospital Pharmacists (1994). ASHP Guidelines for Providing Pediatric Pharmaceutical Services in Organized Health Care Systems. *American Journal of Hospital Pharmacy*; 51: 1690-1692.
78. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 288/2001 - Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos. Diário da República, 1ª Série-A, nº 261,
79. Organização Mundial da Saúde (1993). *Declaração de Tóquio*. Japão.

80. NHS Education for Scotland: Introduction. Acessível em: <http://www.resources.nes.scot.nhs.uk/paediatrics/Book%20chapters/Chapter%201.pdf>. [acedido em 6 de outubro de 2013].

Anexos

Anexo 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas

Setembro 2013

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
Leitura de material de apoio sobre cada um dos setores dos serviços farmacêuticos						
16	17	18	19	20	21	22
Ensaio Clínicos						
23	24	25	26	27	28	29
Distribuição de medicamentos em regime de ambulatório						

Outubro 2013

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
30/set	1	2	3	4	5	6
Produção de não estéreis e estéreis						
7	8	9	10	11	12	13
Armazém de Produtos Farmacêuticos (APF) Distribuição tradicional e clássica						
14	15	16	17	18	19	20
Distribuição Individual Diária e em Dose Unitária (DIDDU) Fracionamento e Reembalamento						
21	22	23	24	25	26	27
Produção de citotóxicos (UFO)						
28	29	30	31			
Recolha de informação para elaboração do relatório						

Anexo 2 – Folheto informativo da Suspensão oral de Captopril a 1mg/mL



Suspensão oral de Captopril a 1mg/mL

1. O que é a suspensão oral de Captopril a 1 mg/ml e para que é utilizada.

A suspensão contém 1mg de captopril por cada mililitro. Contém sacarose e parabenos. A suspensão oral de captopril a 0,1% está indicada no controlo da hipertensão, da insuficiência cardíaca congestiva e em situações de urgência hipertensiva.

2. Modo de administração e posologia habitual.

A suspensão é administrada por via oral, 1 hora antes ou 2 horas após as refeições. Recomenda-se que a medição dos volumes de suspensão seja efetuada com a ajuda de uma seringa graduada. A dose e a frequência de captopril a administrar deve ser a indicada pelo seu médico.

3. Efeitos secundários mais frequentes.

Erupções cutâneas, alterações do paladar, tosse seca não produtiva, tensão arterial baixa e alterações gastrointestinais.

4. Precauções e contra-indicações.

A ocorrência de vômitos, diarreia, transpiração excessiva e desidratação pode originar uma exagerada diminuição da tensão arterial.

A administração da suspensão deve ser interrompida se surgirem sinais de angioedema (edema da face, dos olhos, dos lábios, da língua, da laringe e das extremidades) ou dificuldade em respirar ou engolir.

Devido à presença de sacarose na sua composição, a suspensão oral de captopril a 0,1% não deve ser administrada a diabéticos.

5. Interações.

O captopril apresenta várias interações medicamentosas, nomeadamente, com anti-ácidos, aspirina e anti-inflamatórios não esteróides (AINE's).

6. Sintomas de intoxicação e respetivo tratamento.

Em caso de sobredosagem pode observar-se um conjunto de sintomas que inclui tensão arterial baixa e alteração do ritmo cardíaco.

Em caso de intoxicação aguda deve proceder-se de imediato à correção da tensão arterial baixa.

7. Condições de conservação.

Manter fora do alcance e da vista das crianças.

Conservar a suspensão no frigorífico, no frasco bem fechado recoberto com uma folha de alumínio.

Não utilizar a suspensão oral de captopril após a data de validade indicada no rótulo.

Contacto dos Serviços Farmacêuticos:
222 077 500 (extensões 1338 e 1232)

Anexo 3 – Folheto informativo da Suspensão oral de Hidroclorotiazida a 0,2%



Suspensão oral de Hidroclorotiazida a 0,2%

1. O que é a suspensão oral de Hidroclorotiazida a 0,2% e para que é utilizada.

A suspensão oral contém 0,2 mg de hidroclorotiazida por cada 100 mililitros. Contém parabenos.

A suspensão oral de hidroclorotiazida a 0,2% está indicada para o tratamento de edemas associados a insuficiência cardíaca congestiva. É ainda usada isoladamente ou em associação com outros medicamentos no controlo da hipertensão leve ou moderada.

2. Modo de administração e posologia habitual.

A suspensão é administrada por via oral, preferencialmente às refeições ou com leite, de manhã. Recomenda-se que a medição dos volumes de suspensão seja efetuada com ajuda de uma seringa graduada. A dose e a frequência de hidroclorotiazida a administrar deve ser a indicada pelo seu médico.

3. Efeitos secundários mais frequentes.

Desequilíbrio eletrolítico (boca seca, sede, fraqueza, sonolência), alcalose hipoclorémica, diminuição dos níveis de potássio e sódio no sangue, aumento dos níveis de glicose e de ácido úrico no sangue e presença anormal de glicose na urina.

4. Precauções e contra-indicações.

Evitar a exposição prolongada ao sol. Podem ocorrer reações de sensibilidade à luz.

5. Interações.

A hidroclorotiazida apresenta várias interações medicamentosas, nomeadamente com anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) e aspirina.

6. Sintomas de intoxicação e respetivo tratamento.

Em caso de sobredosagem podem observar-se um conjunto de sintomas que incluem irritação gastrointestinal, hipermotilidade, náuseas, vômitos, fraqueza, tonturas, confusão, ataques epiléticos, sonolência e excreção excessiva de urina.

Em caso de intoxicação aguda deve proceder-se de imediato ao esvaziamento do estômago e iniciar o tratamento sintomático e de suporte.

7. Condições de conservação.

Manter fora do alcance e da vista das crianças.

Conservar a suspensão no frigorífico, no frasco bem fechado recoberto com uma folha de alumínio.

Não utilizar a suspensão oral de hidroclorotiazida após a data de validade indicada no rótulo.

Contacto dos Serviços Farmacêuticos:
222 077 500 (extensões 1338 e 1232)

Anexo 4 – Folheto informativo da Solução oral de Metoprolol a 1mg/mL



Solução oral de Metoprolol a 1mg/mL

1. O que é a solução oral de Metoprolol a 1mg/mL e para que é utilizada.

A solução oral contém 1 mg de metoprolol por cada mililitro. Contém sacarose e parabenos.

A solução oral de metoprolol a 0,1% está particularmente indicada no controlo da hipertensão arterial e de arritmias cardíacas. É ainda usada como adjuvante no tratamento de taquicardias desencadeadas pela tirotoxicose neonatal, na profilaxia da enxaqueca e na redução da sua frequência.

2. Modo de administração e posologia habitual.

A solução é administrada por via oral, preferencialmente antes das refeições e à hora de deitar. A solução pode ser diluída em líquidos.

Recomenda-se que a medição dos volumes de solução seja efetuada com a ajuda de uma seringa graduada. A dose e a frequência de metoprolol a administrar deve ser a indicada pelo seu médico.

3. Efeitos secundários mais frequentes.

Cansaço, tonturas, dores de cabeça, dificuldade em adormecer, depressão, dificuldades respiratórias e vasoconstrição periférica.

4. Precauções e contra-indicações.

A descontinuação do tratamento deve ser progressiva e realizada sob vigilância médica.

Devido à presença de sacarose na sua composição, esta solução não deve ser administrada a diabéticos.

5. Interações.

O metoprolol apresenta várias interações medicamentosas, nomeadamente, com ácido acetilsalicílico, teofilina, cimetidina e hidróxido de alumínio.

6. Sintomas de intoxicação e respetivo tratamento.

Em caso de sobredosagem podem observar-se um conjunto de sintomas que incluem diminuição do ritmo cardíaco, diminuição acentuada da pressão arterial, dificuldades respiratórias, insuficiência cardíaca aguda, depressão, confusão e alucinações.

7. Condições de conservação.

Manter fora do alcance e da vista das crianças.

Conservar a solução no frigorífico, no frasco bem fechado recoberto com uma folha de alumínio.

Não utilizar a solução oral de metoprolol após a data de validade indicada no rótulo.

Contacto dos Serviços Farmacêuticos:

222 077 500 (extensões 1338 e 1232)

Anexo 5 – Folheto informativo da Suspensão oral de Sildenafil a 2,5 mg/mL



Suspensão oral de Sildenafil a 2,5 mg/mL

1. O que é a suspensão oral de sildenafil a 2,5 mg/ml e para que é utilizada.

A suspensão contém 2,5 mg de sildenafil por cada mililitro. Contém sacarose e parabenos.

A suspensão oral de sildenafil a 2,5 mg/ml está indicada no tratamento da hipertensão arterial pulmonar (pressão sanguínea elevada nos vasos sanguíneos dos pulmões).

2. Modo de administração e posologia habitual.

A suspensão é administrada por via oral, com ou sem alimentos.

Recomenda-se que a medição dos volumes de suspensão seja efetuada com a ajuda de uma seringa graduada. A dose e a frequência de sildenafil a administrar deve ser a indicada pelo seu médico.

3. Efeitos secundários mais frequentes.

Dores de cabeça, febre, náusea, indigestão, vómitos, tosse, dor abdominal, aumento das ereções e sensibilidade à luz.

4. Precauções e contra-indicações.

A administração da suspensão deve ser interrompida se tiver uma diminuição ou perda de visão súbita ou se tiver uma ereção que se prolongue por mais que 4 horas.

Devido à presença de sacarose na sua composição, a suspensão oral de sildenafil 2,5 mg/ml não deve ser administrada a diabéticos.

5. Interações.

O sildenafil apresenta várias interações medicamentosas, nomeadamente com medicamentos contendo hipericão, medicamentos para o tratamento da hipertensão pulmonar (como o bosentano e o iloprost) e alguns antibióticos.

6. Sintomas de intoxicação.

Em caso de sobredosagem, contacte o seu médico imediatamente.

Tomar uma dose superior à prevista pode aumentar o risco de efeitos secundários conhecidos.

7. Condições de conservação

Manter fora do alcance e da vista das crianças.

Conservar a suspensão no frigorífico, no frasco bem fechado recoberto com uma folha de alumínio.

Não utilizar a suspensão oral de sildenafil após a data de validade indicada no rótulo.

Contacto dos Serviços Farmacêuticos:

222 077 500 (extensões 1338 e 1232)

U. PORTO



**FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

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

www.ff.up.pt