

U.PORTO

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Central de Gondomar

Ana Filipa de Sousa Fonseca

2014

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Central de Gondomar

Janeiro de 2014 a Maio de 2014

Ana Filipa de Sousa Fonseca

Orientador: Dr. ª Maria Adelaide Lamy Costa

Tutor FFUP: Prof. Doutor Paulo Lobão

Mês de entrega e ano (Setembro de 2014)

Declaração de Integridade

Eu, _____, abaixo assinado, nº _____, aluno 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, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Ao fim de quatro meses de estágio na Farmácia Central de Gondomar, tenho que agradecer todo o apoio, a amizade e o carinho com que fui recebida. Foi uma experiência benéfica, enriquecedora, gratificante, mas acima de tudo de aprendizagem. Um agradecimento especial à Dr.ª Maria Adelaide Costa por me ter recebido e acolhido na sua farmácia e por toda a confiança que me transmitiu desde o início até ao último dia de estágio.

Agradeço à Dr.ª Sónia Moreira e à Dr.ª Ana Cristina Brito por tudo que me ensinaram sobre como proceder numa farmácia comunitária, bem como por todas as suas dicas e experiências transmitidas.

Agradeço também à Menina Ana, D. Vanda, D. Odila, D. Dalila, Dr.ª Daniela e ao Sr. Pinto pela simpatia, paciência, pelo sentido de humor, profissionalismo e amizade que sempre demonstraram.

Quero agradecer de igual forma aos meus pais e irmã, ao Alexandre Rodrigues, à Ana Rita Peixoto e a todos os meus amigos envolvidos que me ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para que este relatório ganhasse corpo e transmitisse amor e empenho.

Finalizo agradecendo à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por toda a preparação científica e técnica, particularmente ao meu orientador de estágio, Professor Paulo Lobão.

Resumo

O meu estágio teve sede na Farmácia Central de Gondomar, durante quatro meses, tendo como finalidade a elaboração do presente relatório.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes, a primeira parte corresponde a quatro casos de estudo aplicados durante o estágio na Farmácia Comunitária: As estratégias que visam otimizar a rentabilidade das farmácias, O sol: prós e contras, A saúde oral e O pé diabético; e a segunda, é relativa a todas as atividades por mim realizadas na mesma farmácia durante quatro meses, indo de encontro ao cumprimento dos objetivos do estágio.

Numa primeira parte, são referidas estratégias de *marketing* e *merchandising* aplicadas à Farmácia Comunitária e com uma boa gestão das mesmas, representa o livre passe para o aumento da sua rentabilidade. Como tal, são destacadas certas valências estruturais, tanto no campo do *marketing* farmacêutico como no *merchandising*, que em certa medida irão complementar a própria formação farmacêutica, uma vez necessária em tempos economicamente difíceis. Assim, de forma a avaliar o impacto da aplicação destas estratégias foram realizados questionários de satisfação junto dos utentes. E os resultados apuraram que na maioria deles há satisfação quanto às novas medidas aplicadas na farmácia e ao seu funcionamento em geral, sendo a grande maioria fiel à Farmácia Central de Gondomar pelo agradável ambiente proporcionado.

Relativamente ao tema, Proteção Solar, são apresentadas as vantagens e as desvantagens da exposição ao sol e mencionadas quais as medidas de proteção e possíveis consequências resultantes de uma exposição exagerada. Neste âmbito, proporcionou-se uma ação de formação num agrupamento escola com o intuito destas crianças entenderam a importância do mesmo.

Em paralelo, no mesmo agrupamento escola, decorreu outra ação de formação, direcionada para a "Saúde Oral". Foram apresentadas todas as medidas necessárias à promoção de uma boa higiene oral, sendo referidas possíveis consequências, aquando da sua inexistência.

Finalizamos esta primeira parte, com o tema "Pé Diabético", através do qual se procedeu à concretização de um rastreio na farmácia, especialmente dirigido a pessoas diabéticas, com o intuito de serem referidas todas as medidas necessárias à prevenção do aparecimento do Pé Diabético. Decorreu em parceria com a Podologista que também se prestou à análise dos pés de cada utente. No decorrer do rastreio fiz algumas perguntas aos utentes de forma a avaliar o nível de autocuidado, sendo o *feedback* não muito positivo, pois ainda há muita falta de conhecimento nesta vertente.

Na segunda parte, abordei toda a organização da farmácia, quer interna, quer externa, quer a nível de recursos humanos, quer ao nível da gestão, dispensa de produtos, prestação dos mais diversos serviços, legislação e fontes de informação. Todo este estágio me beneficiou, consegui aprender e ao mesmo tempo aplicar todos os conhecimentos previamente adquiridos, tendo sido assim intenso, mas enriquecedor.

ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS viii
1 INTRODUÇÃO 1
PARTE I 1
2. As estratégias que visam otimizar a rentabilidade das farmácias 1
2.1. *MARKETING/MERCHANDISING* – O porquê da sua urgência 4
2.1.1. Técnicas de *merchandising* 9
Avaliação da qualidade no atendimento e nos serviços prestados, bem como o grau de satisfação do cliente 10
Reflexão pessoal 12
Conclusão 12
3. O sol: prós e contras 13
3.1. Vantagens da radiação solar 13
3.2. Desvantagens da radiação solar 14
Reflexão pessoal 15
Conclusão 16
4. A saúde oral 16
4.1. Metas, objetivos e alvos do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 17
4.2. Determinantes sociais implicados em desigualdades na saúde oral 18
Reflexão pessoal 18
Conclusão 18
5. O pé diabético 18
5.1. Definição, fisiopatologia e diagnóstico diferencial 19
Reflexão pessoal 21
Análise dos dados 23
Conclusão 24
PARTE II 25
1. Organização da farmácia 25
1.1 Quadro legal em vigor para o setor das farmácias 25
1.2. Composição e função dos recursos humanos 25
1.3. Contacto com os diversos espaços físicos e equipamentos 26
1.4. Integração do estagiário no domínio das relações de trabalho 27
2. Fontes de informação 27
2.1. Contactos com as publicações de existência obrigatória e como utilizá-las 27
2.2. Centros de informação e documentação nacionais e internacionais, quer em suporte de papel quer *on-line* 27

2.3. Pesquisa bibliográfica em fontes primárias, secundárias e terciárias e reprodução da informação através de diversas fontes 28
3. Classificação e distinção dos medicamentos e outros produtos existentes na farmácia e quadro legal aplicável 28
3.1. Medicamentos sujeitos a receita médica obrigatória 28
3.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória 28
3.3. Medicamentos manipulados 28
3.4. Medicamentos homeopáticos e produtos farmacêuticos homeopáticos 30
3.5. Produtos dietéticos, para alimentação especial e fitoterapêuticos 30
3.6. Produtos cosméticos, dermocosméticos e de higiene 31
3.7. Produtos e medicamentos de uso veterinário 31
3.8. Dispositivos Médicos (DM) 31
4. Encomendas e aprovisionamento 32
5. Dispensa de medicamentos 33
5.1. Receção da prescrição médica e validação da mesma 33
5.2. Interpretação farmacêutica e verificação de possíveis interações 34
5.3. Medicamentos genéricos, sistema de preços de referência 34
5.4. Dispensa de psicotrópicos e/ou estupefacientes 35
5.5. Reconhecimento dos principais acordos existentes com o SNS e outras entidades 35
6. Automedicação 36
7. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia 36
8. Contabilidade e gestão na farmácia 38
9. Relacionamento com entidades e utentes 39
10. Qualidade 40
11. Conclusão 40
REFERÊNCIAS 41
ANEXOS 46
1. Figuras 46
2. Esquemas 57
3. Questionários 58
4. Apresentações 64
5. Tabelas 70
6. Gráficos 72

LISTA DE ACRÓNIMOS

BPF - Boas Práticas de Farmácia

DL - Decreto-Lei

FCG - Farmácia Central de Gondomar

FC - Farmácia Comunitária

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

MM - Medicamentos Manipulados

MNSRM - Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM - Medicamentos sujeitos a receita médica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UV - Ultravioleta

1 INTRODUÇÃO

O ato de dispensar medicamentos numa FC (Farmácia Comunitária) é o serviço farmacêutico mais procurado pelos utentes. Esta profissão vai muito além dessa simples dispensa, pois representamos o último profissional de saúde a contactar o utente, deste modo, compete-nos a transmissão e a garantia de que a informação é adequadamente compreendida quanto à indicação terapêutica e à posologia respetiva do medicamento. Deste modo, a FC apresenta-se como uma instituição de saúde pública, composta por uma equipa de profissionais aptos a dar respostas às mais variadas solicitações dos utentes.

O estágio final em FC representa a consolidação dos conhecimentos assimilados ao longo do curso MICF (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Sendo-nos dada a oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos e a possibilidade de um primeiro contacto com a realidade da profissão farmacêutica.

O meu estágio decorreu na Farmácia Central de Gondomar, durante quatro meses (de 15 de Janeiro a 15 de Maio de 2014), sob orientação da Diretora Técnica Dr.ª Mª Adelaide Costa e sempre acompanhada de perto por toda a equipa da farmácia. O presente relatório relata toda a minha experiência vivida no decurso do estágio, expondo assim de forma clara e sucinta todo o conhecimento obtido ao longo deste período.

PARTE I

2. As estratégias que visam otimizar a rentabilidade das farmácias

O papel do farmacêutico no futuro e a sustentabilidade das farmácias são temas amplamente debatidos [1]. Neste âmbito, surgiu em Outubro de 2013, uma Ação Nacional de Sensibilização sobre a crise das farmácias, conhecida como “Farmácia de Luto”, com milhares de participantes, que marcou o descontentamento por parte de recém-licenciados e farmacêuticos desempregados [2]

É transversal a ideia de que ninguém melhor que o farmacêutico, para promover o uso racional do medicamento, colaborando na educação para a saúde, através da garantia da qualidade e da melhoria dos serviços prestados aos utentes.

Na área do *marketing*, o foco principal é no produto, surgindo o serviço como algo adicional, que é invisível e que ao mesmo tempo lhe acrescenta valor. Em paralelo, temos a profissão

farmacêutica, que ao longo dos tempos acabou por perder identidade profissional, vendo-se forçada a desenvolver novas competências para vingar. O farmacêutico era um profissional de saúde que produzia um certo produto e que posteriormente o vendia, no contexto atual, surge a necessidade de que este, ao mesmo tempo que produz, também preste serviços [3].

- **Da produção/fabrico à prestação de serviços**

Atualmente, o principal cliente das farmácias em Portugal, é o Estado, através das comparticipações dos vários subsistemas de saúde. Em paralelo, a redução das margens das farmácias aquando da venda dos medicamentos, obriga-as em busca de outras formas de rentabilização.

A profissão farmacêutica passa cada vez mais pela necessidade de combinar a oferta de produtos com a prestação de serviços. O papel dos produtos e serviços, na oferta de benefícios ao consumidor, tem sido de grande interesse na área do *marketing*. Eu diria que, a chave de ouro. "Crê-se que a farmácia de oficina caminha no sentido da exacerbação da oferta articulada produto-serviço e não na mera transação de produtos ou serviços" [3]. Neste sentido, surge a introdução de serviços farmacêuticos em FC ou farmácia de oficina, que irão contribuir para a aproximação desta ao utente e a promoção económica, que isso acarreta. São exemplos de serviços farmacêuticos, bem como de serviços prestados por outros profissionais de saúde no espaço da farmácia (rastreios do pé diabético e de audição, consultas de nutrição e podologia, entre outros). Todos estes serviços são exemplos que efetivamente acontecem na FCG, onde estagiei, sendo que um deles foi sugerido e organizado por mim, como falarei noutro capítulo mais em pormenor.

Considerando a proximidade a cima referida, o farmacêutico é bem mais do que a pessoa que vende os medicamentos, sobretudo para os idosos, acaba por ser um amigo, um confidente. Este profissional de saúde, segundo um estudo, é o que possui melhor reputação no setor da saúde junto dos doentes [4]. Assim sendo, é essencial que as farmácias se distingam pela qualidade do serviço prestado aquando da dispensa do medicamento, pois os produtos acabam por ser os mesmos em todas elas, contribuindo para isso o trabalho em equipa.

- **A gestão de recursos humanos**

As pessoas, ao contrário do que se pensava no passado, são hoje o corpo e a alma das organizações, sendo de extrema importância nas empresas, ou seja, nas farmácias. Só desta forma, conseguimos gerar um modelo de atendimento personalizado, passando a ser o objetivo primordial a retenção do potencial humano adequado à gestão de lucro. Surge assim, a necessidade de uma gestão de recursos humanos de excelência. Foram vários os estudos nesta matéria e unânimes as conclusões, em que os retornos dos investimentos nesta área são, economicamente e estatisticamente significativos. Mais concretamente, o desempenho da empresa (farmácia) será suscetível de melhoramento, caso esta adote os sistemas de recrutamento e de seleção de acordo com a sua estratégia competitiva; os sistemas de

recompensa que reflitam a implementação de estratégias bem-sucedidas, no âmbito de avaliações de desempenho e remuneração de funcionários; e a formação e o desenvolvimento de estratégias orientadas por sistemas de gestão de desempenho e objetivos de negócio [5].

A gestão dos recursos humanos passa por uma série de questões, sendo a motivação dos funcionários da máxima importância. Esta, de foro psicológico, subscrita por *Maslow*, poderá ser descrita sob uma hierarquia motivacional, tendo como base o modelo em pirâmide e que represente o modelo comportamental humano, como observado na Figura 1 [6]. Deste modo, as necessidades básicas, como sejam comer e beber por exemplo, sobrepõem-se as específicas do ser humano, como sejam, o dar e retribuir afeto. Assim, tudo o que o ser humano acaba por fazer é baseado em necessidades que terão de ser satisfeitas e que cada um coloca sobre elas diferentes prioridades. Em suma, as chefias conseguirão um maior empenho por parte dos colaboradores, quando estes conhecerem as suas estruturas motivacionais. Em oposição a esta surge um outro sentimento, a frustração. Como sendo, um estado de desconforto interno provocado por alguma situação específica (por exemplo, más condições de trabalho) e que de alguma forma irá interferir e se refletir no desempenho dos colaboradores.

Surgem assim, incentivos ao desempenho como sendo prémios, aumento do ordenado, e até mesmo a prática do elogio, em que o desfecho só poderá ser um incremento no rendimento de um ou de vários funcionários. Estas são situações verificáveis na FCG.

Outro aspeto bastante importante nesta gestão é a capacidade que existe de gerir a mudança. Esta mudança preocupa sempre, porque raramente acarreta sucesso. Contudo, um bom líder é aquele que suscita a mudança dentro da farmácia, quer seja no sistema organizativo, quer seja nas funções, isto porque a mudança é contínua, faz parte do trabalho, não sendo temporária. A capacidade de nos adaptarmos à mudança, é que faz de nós mais capazes, mais "fortes". Conclui-se assim que há um maior desempenho, que poderá ser descrito pela seguinte equação:

Desempenho = f (capacidade, motivação, ambiente)	[7]

- **O atendimento**

É no atendimento que é mais explícita a relação que se estabelece entre o farmacêutico e o utente, sendo o pilar de toda a confiança. São pequenas atitudes, aquando do atendimento, que podem marcar a diferença, tais como, a vontade e o estado de espirito que se expressa, o interesse pelo utente, demonstrar disponibilidade física e psíquica, ter a capacidade de nos centrarmos no utente, ser um bom ouvinte e ao mesmo tempo demonstrar que há empatia e que compreendemos todas as suas emoções. Este conjunto de atitudes constitui o "Hexágono" da comunicação com o utente, como observado no esquema 1 [8].

Passemos agora à análise sobre a comunicação que se estabelece obrigatoriamente durante o atendimento. Esta comunicação acaba por ser uma aposta estratégica, para conseguir alcançar o sucesso e, ao mesmo tempo, a conquista da opinião pública em período de grande

competitividade. A necessidade que existe da comunicação dentro de uma farmácia (comunicação interna) será reforçada aquando da observação das vantagens que daí advêm, tanto para os colaboradores como para a própria entidade. Quanto à comunicação externa, esta contribuirá para o sucesso da empresa quando posta em prática de forma clara e definida. Para que esta comunicação se torne ainda mais eficaz, o farmacêutico deverá adotar uma linguagem simples e direta. A comunicação poderá ter como base um código verbal ou não verbal, podendo também ser escrita, em situações que se pretende confidencialidade na informação prestada ou mesmo quando a posologia é bastante complexa. Contudo, são algumas as barreiras colocadas à comunicação. Que poderão ir desde a credibilidade da fonte, em que o utente acaba por desconfiar da informação prestada, pretendendo ser assistido por alguém superior e com maiores qualificações, como sendo o Diretor Técnico; às ideias preconcebidas, que poderão ter sido obtidas por alguém não qualificado; levando mesmo à recusa de informação contrária, entre outras [8].

Assim, para que se verifique um atendimento de excelência, deverá adotar-se uma postura com algumas das seguintes atitudes:

- Simpatia, boa disposição e um cumprimento sempre com um sorriso nos lábios;
- Ser-se atencioso e ao mesmo tempo não ser moroso no atendimento;
- Apresentação sóbria, indumentária limpa e harmoniosa e uma boa postura e apresentação (cabelo, unhas, cabelo, entre outras);
- Refletir pró-atividade.

A adesão da FCG ao programa "Farmácias Portuguesas" constitui-se, em parte, na fidelização dos utentes a farmácias aderentes ao mesmo. Este programa, que pertence à ANF (Associação Nacional de Farmácias) permite a acumulação e o rebate de pontos através de compras realizadas em determinados MNSRM (Medicamento Não Sujeitos a Receita Médica), serviços farmacêuticos, bem como produtos de saúde e bem-estar. Deste modo, a farmácia poderá a partir deste programa gerar lucro quando o rebate de pontos é superior à sua atribuição num mesmo mês [9,10].

2.1. MARKETING/MERCHANDISING – O porquê da sua urgência

Dado o panorama económico e social atual, em que o país se encontra, as farmácias portuguesas não poderiam deixar de espelhar o período difícil que se atravessa. Posto isto, surge a necessidade da aplicação de possíveis estratégias nas farmácias, adequadas às reais necessidades das populações.

O aumento da concorrência e da competitividade entre as farmácias portuguesas, levou a um acréscimo do recurso a técnicas de *marketing* e de *merchandising*. Foi nesta altura que surgiu o "boom" da publicidade farmacêutica, publicidade esta, que pode facilmente cair no exagero,

sendo por vezes gastos milhões ou mesmo biliões de euros em *marketing* pela indústria farmacêutica, quer seja através da televisão, jornal ou de modo direto ao consumidor [11]. Deste modo, torna-se imprescindível a adoção de uma conduta ética por parte do Diretor Técnico da farmácia na implementação desta filosofia de negócio, sem que com isso, comprometa a dignidade do espaço e ao mesmo tempo revele pró-atividade [12].

Anteriormente, o Estado e a prescrição médica, eram os maiores clientes das FC, uma vez que as vendas de MSRM (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica) representavam e ainda representam a maior percentagem das vendas, no entanto, as margens ao longo dos tempos reduziram drasticamente e nesta perspetiva atual, o maior lucro de uma farmácia advém dos produtos de higiene e beleza. Neste sentido torna-se urgente a diversificação de produtos de forma a enfrentar a concorrência. Surge assim a implementação de estratégias de *marketing* e de *merchandising*.

O *marketing* poderá ser definido como o esforço de adaptação das empresas ao mercado e ao seu ambiente, ou seja, a satisfação das necessidades do cliente obtendo, ao mesmo tempo, um lucro honesto. Torna-se cada vez mais complexo, dada a evolução dos consumidores e mais concorrencial, pois a concorrência está mais forte e por todo o lado [13]. O *marketing* representa o papel principal na venda e aconselhamento de medicamentos de venda livre em farmácia de oficina, deste modo, poderá ser aplicado como uma ferramenta de trabalho no auxílio da prática farmacêutica, dinamizando-a em prol do utente [14].

Surge então a necessidade de definir algumas tarefas essenciais por parte dos responsáveis do *marketing*, como sendo: conhecer os consumidores em que se desejam atuar para que se possam estabelecer estratégias mais diferenciadas e competitivas; identificar as necessidades, o comportamento de consumo e de compra, e deste modo, adequar os produtos e serviços existentes na farmácia a estas necessidades; estar à vontade com todas as potencialidades existentes na farmácia para que se possa acrescentar valor nas estratégias de *marketing*; identificar preços que possibilitem gerar lucro; monitorizar constantemente as atividades da concorrência, para que assim se possa encontrar métodos de diferenciação permanente; entre outras [13,15]. Outra forma que nos permita obter mais facilmente o perfil de cada cliente, serão as entrevistas e os questionários de satisfação e opinião. No decorrer do estágio foram implementadas algumas medidas na farmácia e, para obter o *feedback* final, elaborei um questionário de satisfação, como observável em anexo (questionário 1) [13,16]. E deste modo, consegui medir o real impacto das medidas adotadas, como veremos mais adiante.

- **Planeamento de *Marketing***

Ao começarmos pelo planeamento de *marketing* proporcionamos ao Diretor Técnico a vantagem de uma visão clara das escolhas possíveis, das ações propostas e dos reais orçamentos em relação ao objetivo final. Este planeamento traduz-se no encontro de oportunidades atraentes de desenvolver estratégias bastante rentáveis à farmácia, compreendendo: fixar quais os

objetivos, avaliar todas as oportunidades, planear as estratégias de *marketing* e finalizar com o desenvolvimento e concretização desses mesmos planos. Caso não seja possível o alcance do sucesso, este plano poderá tomar uma organização menos vulnerável frente às forças de mercado e aos eventos imprevisíveis [13,17].

- **Plano de *Marketing***

O principal motivo que defende a realização de planos de *marketing* é o facto de estes conseguirem prever as ações da empresa face à concorrência, com a finalidade de serem apresentadas alternativas válidas constantemente. Um plano de *marketing* contém as seguintes etapas:

a) Análise SWOT (corresponde à avaliação global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças – do inglês: *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Treaths,* respetivamente) [13].

Diz respeito à planificação e posicionamento estratégico que a farmácia deverá adotar, como podemos observar na figura 2 [18].

A análise SWOT encontra-se inteiramente relacionada com o estudo do mercado, desde os principais concorrentes a aspetos socioeconómicos que possam porventura influenciar as vendas. É também o "clique" para a criação de um futuro plano de ação [17].

b) Recursos humanos

É a este nível que assenta o fator mais diferenciador dentro de uma farmácia, sendo por isso, necessário mensalmente a avaliação do correto profissionalismo, de forma a perceber se o corpo presente é imprescindível ao bom funcionamento [8,17].

c) Caracterizar os clientes atuais e futuros, e o seu comportamento

d) Estabelecer objetivos

e) Fazer avaliações e controlos

Em suma, é relevante ter presente que as principais lacunas a estes planos de *marketing* são as insuficientes análises da concorrência e o curto prazo dos mesmos [19].

- **Estratégias de *Marketing* [13]**

As estratégias de *marketing* assentam no desenvolvimento de um negócio, tendo sempre em linha de conta a análise do meio envolvente, da concorrência, do mercado e da própria entidade, visando sempre a fundamentação das opções táticas de *marketing*. É irmãmente imprescindível que haja garantia que a mesma entidade atinja os objetivos necessários estruturados previamente no plano de *marketing*.

Procede-se à apresentação do plano completo, de como será possível fazer melhor uso das ferramentas que possuímos para atingir as metas e os objetivos previamente delineados. Serão definidas através de uma lógica coerente, as diversas políticas, que irão assentar em certas diretrizes comuns.

a) A escolha dos clientes-alvo

b) A escolha das fontes de mercado, quer sendo outros produtos da farmácia; quer sejam produtos da mesma categoria vendidos na farmácia, mas pela concorrência; ou mesmo produtos de outras categorias.

c) Escolha do posicionamento é de extrema importância numa estratégia de marketing. Trata-se da junção entre a identidade e a sua diferenciação, que revela como esta poderá se distinguir da concorrência e o que a marca afinal representa – qualidade, preço.

d) Definição da política de marca, como sendo a definição da imagem de marca e a sua evolução, bem como as escolhas da política de marca (exemplo: extensão e internacionalização de marca).

- ***Marketing Mix*** **[13]**

Como o próprio nome indica, trata-se de uma mistura, em que o peso dado a cada uma das suas partes, produto, preço, promoção e distribuição, poderá ser variável consoante o estado do mercado, os recursos da empresa, a competitividade e as suas políticas. Cada uma destas partes elementares, em conjunto, designa-se por 4Ps (*product*, *price*, *promotion* and *placement*). Qualquer estratégia de *marketing* deverá contemplar estes quatro elementos que estão intrinsecamente relacionados com a atividade comercial e que permitem ao mesmo tempo saber onde se pode atuar, pois por um lado há que escolher aquelas que poderão permitir obter vantagens competitivas e, por outro, os recursos financeiros são limitados.

Product (Produto):

Este termo engloba tudo que esteja relacionado com os diferentes produtos e serviços farmacêuticos, desde a inovação tecnológica que confere ao produto uma certa originalidade; à superioridade relativa e à sua especialização. Por exemplo, a produção de certos medicamentos manipulados.

Price (Preço):

O preço trata-se de uma variável muito peculiar do *marketing mix*, pois ao contrário das outras variáveis, permite a possibilidade de lucro imediato. Representa o custo real para o cliente, entrando aqui a estratégia de preços, uma vez que, ainda permanece a ideia de que tudo o que é adquirido na farmácia é mais caro, tendo que fazer sentir ao utente que o preço não difere muito do de outros locais. É também importante que as farmácias não caiam na concorrência de preços como fator prioritário de atração de consumo, pois irá acabar por fragilizar a imagem da farmácia. Deste modo, pode-se aplicar de um modo indireto esta redução de preços sem que se entre em concorrência de preços, fazendo-se ofertas (por exemplo 2=3, em que o utente ao comprar dois produtos, lhe é oferecido o terceiro), ofertas essas em que participei ativamente durante o estágio, como observável na figura 3.

A fixação do PVP (preço de venda ao público) passa pela procura do preço psicológico, pela determinação dos custos e pela determinação de um preço estratégico (com base numa prévia análise à concorrência).

Promotion (Promoção):

Também conhecido como *pull*, este tipo de *marketing mix*, assenta no desenvolvimento de estratégias de comunicação que visam divulgar os produtos e os serviços oferecidos (casos reais que realizei durante o estágio: Rastreio gratuito em Podologia; Maio – Mês do coração; Dia do Pai/Mãe; Dia dos Namorados; entre outros), de modo a atingir o mercado alvo (Figuras 4 e 5). De notar que nestes períodos foram fornecidos elementos informativos, educativos e promocionais (amostras, ofertas, avaliações gratuitas) adequados a cada tema.

Apesar do contínuo incremento sofrido a nível de promoções existentes nas farmácias, não é comum a forte pressão publicitária e/ou promocional (exemplo: TV, rádio, *internet*, jornal) observada em outros locais, acabando por lucrar na comunicação direta com o cliente.

É de igual modo imprescindível a existência de uma equipa formada com técnicas de aconselhamento, atendimento e acolhimento do utente.

Placement (Distribuição):

Intimamente relacionada com o ponto de venda, distribuição e acessibilidade que os utentes têm aos produtos e serviços (horário de funcionamento da farmácia, a disponibilidade de um produto no lugar certo, entre outros) e a remodelação periódica da farmácia, tendo todos a finalidade de uma apresentação mais atraente nos locais de venda propriamente ditos.

Sendo insuficiente citar os "4Ps" como peças de *marketing*, hoje recorre-se a outros elementos como, o *merchandising*, a publicidade, as tecnologias de informação (como exemplo prático durante o estágio, eu própria propus-me e criei uma página *Facebook* para a farmácia, contendo as promoções atuais, bem como eventos e serviços prestados), entre outras informações relevantes.

- ***Merchandising***

São várias as definições existentes para a palavra *Merchandising*, mas irei apresentar a do *Instituto Francês de Merchandising* que é considerada como sendo clássica: *"Conjunto dos estudos e das técnicas de aplicação utilizados, separada ou conjuntamente, pelos distribuidores e pelos produtores com vista a aumentar a rentabilidade do local de venda e o escoamento dos produtos, através de uma adaptação permanente dos aprovisionamentos às necessidades do mercado e da apresentação apropriada das mercadorias"* [20].

O *merchandising* está associado ao *marketing*, envolvendo a participação de distribuidores e de laboratórios. A seleção de produtos, a organização e a colocação nos lineares com vista a tornar um qualquer produto mais apelativo, poderá realizar-se juntamente com os promotores de marcas e a própria farmácia [12]. Isto representa a operação de planeamento necessária para colocar o produto ou serviço certo no mercado, no lugar e tempo certos, em quantidades e

preços certos [21]. É usual referir-se a existência de dois tipos de *merchandising*: um de sedução, em que a exposição do produto e o ambiente criado favorecem a compra, e o de organização/gestão com foco na rentabilidade do espaço na farmácia (denominada também de comunicação silenciosa). Na realidade, o *merchandising* de sedução tem como principal finalidade maximizar a rentabilidade do espaço. Assim, suscita-se o interesse no consumidor, pois como é sabido de todos o que não é visto, não é lembrado e o que não é percebido, não é comprado [13].

No entanto, dado que se trata de uma farmácia, será necessária uma adaptação criteriosa e em consonância com a caracterização que se pretende transmitir da atividade em si, pois é importante que exista um sensato equilíbrio entre os propósitos comerciais e a credibilidade de um conselho e do próprio local em questão [8].

2.1.1. Técnicas de *merchandising*

É uma excelente oportunidade de persuadir o cliente a comprar algo, aquando da visita deste ao ponto de venda, tornando-se de extrema importância rentabilizar este momento ao máximo. Para além disso, o crescimento pela busca da facilidade do *self-service* determina mudanças de posicionamento constantes, que deverão ser acompanhadas por técnicas de *merchandising*.

Antes de mais, há que explorar quais os potenciais clientes, quais os locais dentro da farmácia mais circuláveis (na FCG é sem dúvida logo na entrada), quais as expectativas dos clientes face a certos produtos e serviços e conhecer a concorrência, assim, podem-se criar locais de destaque.

Entre as diferentes técnicas temos [8]:

- Acessibilidade à farmácia.
- Espaço físico da farmácia. Este irá englobar um espaço que permita a livre circulação das pessoas; com gôndolas, expositores e lineares organizados; a existência de locais de descanso, locais de consulta e locais de atendimento que privilegiem a relação individual com o cliente. Pode ser dividido em zonas quentes (locais com maior visibilidade, como topos de gôndolas e o próprio balcão) e em zonas frias (são zonas de baixo fluxo e visibilidade de utentes, como os cantos e as zonas perto das montras). É importante que o espaço represente acima de tudo conforto para o cliente (Figura 6).
- O recurso ao efeito das cores. Estas irão proporcionar um efeito psicológico, em que as cores quentes como, o vermelho e o laranja, são usadas por favorecerem compras impulsivas, em contrapartida, temos as cores frias, como o azul e o roxo, que proporcionam compras mais refletidas (Figura 7).
- A fachada e a montra.

- Existência de um *stock* adequado. Tudo irá depender do tamanho do armazém como é óbvio, contudo, é importante a existência de um sortido mínimo, pois estar sem algum produto momentaneamente, poderá induzir a perda automática de um cliente. Toda esta gestão é posta em prática tendo em conta o esquema 2 [8].
- O preço. Todos os produtos que se encontram expostos deverão ser devidamente etiquetados.
- O balcão. Local de maior visibilidade e onde serão destacadas as novidades. Contudo, é importante ter em conta o número de unidades, bem como, não cair no erro de exagerar nas marcas e nas publicidades.
- A exposição adequada dos artigos. Inclui a divisão da farmácia em locais específicos, como: mulher, homem, bebé/infantil, tratamento capilar e dermatológico; a disposição dos artigos por sazonalidade, sendo colocados a uma altura entre 1,40m e 1,60m (linha da visão), à altura das mãos e a uma altura de 2m ou de 0,5m os produtos com menor rotatividade; adotar a lógica de implantação de lineares; os produtos maiores deverão ser colocados à direita dos menores e os mais baixos em prateleiras com menos altura de forma a evitar espaços vazios; entre outros.
- A promoção de vendas. Dever-se-á partir de uma ordem tática, que visa otimizar os *stocks*, seguindo-se a abertura de uma certa secção especializada, que terá como objetivo destacar-se perante a concorrência. As promoções deverão estar limitadas no tempo (exemplo: "de 1 de Junho a 20 de Junho"; ou "em Maio aproveite a nossa promoção", como na figura 3), corretamente anunciadas e convenientemente conhecidas por todos os colaboradores existentes na farmácia.

Avaliação da qualidade no atendimento e nos serviços prestados, bem como o grau de satisfação do cliente

Foi realizado um inquérito durante os dias 28, 29 e 30 de Maio de 2014, a um total de 24 pessoas (participação voluntária), com a finalidade de avaliar as preferências de cada um, a sua relação com a farmácia, os hábitos de consumo, o que os move a ir à farmácia, bem como, o impacto criado com base nas estratégias de *marketing* e *merchandising* aplicadas [16].

De acordo com o gráfico 1 e 2 observa-se que a maioria das pessoas que responderam ao inquérito são do sexo feminino e em idades entre os 45 e os 65 anos, tal como tinha previamente referido, é essencialmente a faixa etária mais avançada que representa os clientes mais assíduos a esta farmácia. Quanto ao gráfico 3, a maior percentagem divide-se pelo 1º e 2º ciclo, e pelos licenciados. No gráfico 4 observamos que a esmagadora maioria dos clientes são residentes na área de residência em que se insere a FCG, em que os restantes possivelmente representam o

grupo de utentes que frequentou a farmácia pontualmente naquele dia. No gráfico 5 a maior percentagem é atribuída a outras profissões, sendo de realçar que de seguida se seguem em grande destaque os desempregados e os reformados. A maioria não possui qualquer doença crónica (gráfico 6), sendo frequente a visita a esta farmácia (gráfico 7). 43% dos inquiridos tomou conhecimento da FCG através da indicação de amigos/familiares, obtendo os restantes através de outras formas (gráfico 8). A maioria recorre à farmácia com o intuito de comprar MSRM (gráfico 9), sendo os principais motivos da sua preferência por esta farmácia a grande proximidade relativamente à sua residência e a preferência pelo atendimento (gráfico 10). De uma forma geral, o utente recorre à farmácia 2 vezes por mês (gráfico 11), toma conhecimento das campanhas e rastreios existentes a decorrerem na farmácia, participando ativamente nos mesmos (gráfico 12 e 13, respetivamente) e costuma realizar os diferentes testes (gráfico 14). Na quase totalidade dos casos (92%) o utente usufrui do aconselhamento prestado aquando da aquisição de produtos (gráfico 15). Quanto ao gráfico 16 observa-se que preferencialmente o utente prefere comprar MNSRM na farmácia, sendo o principal motivo o de ser atendido por um profissional personalizado (gráfico 18). Contudo, ainda se verifica a preferência por outros locais para o mesmo tipo de compra dada a existência de preços mais económicos (gráfico 17). A simpatia no atendimento é um dos valores mais importantes encontrados nesta farmácia, sendo constatado pelos inquiridos (gráfico 19) que o demonstram não só neste questionário, como na sua efetiva fidelização. A maioria possui conhecimento da existência do contentor Valormed, contudo, ainda 17% não o conhece (gráfico 20).

Numa segunda parte focada nas instalações, após a renovação efetuada, é constatado que a maioria se sente agradado (gráfico 21) e confere a existência de um maior número de produtos (gráfico 23). Contudo, as novas instalações não provocaram nos inquiridos um aumento na assiduidade à farmácia, provavelmente, porque já eram clientes habituais (gráfico 22). No gráfico 24 é referido que, o sistema de senhas seria uma mais-valia para a organização dentro da farmácia, permitindo ao utente que este circule livremente e assim observe outros produtos expostos, em locais menos visíveis. Quanto à classificação da FCG: a maioria refere que o aspeto geral da farmácia é muito bom (gráfico 25); que a disposição dos produtos nos lineares é muito boa (gráfico 26); que a limpeza da mesma é ótima (gráfico 27); que o tempo de espera no atendimento é muito bom (gráfico 28); que é ótima a educação/simpatia e a disponibilidade dos funcionários (gráfico 29); que é muito bom o gabinete privado (gráfico 30); quanto ao estacionamento a maioria classificou como não aplicável (gráfico 31); que o tempo de espera aquando de um pedido de um produto inexistente na farmácia no momento até é muito bom (gráfico 32) e que é ótimo o impacto criado pelas campanhas promocionais, em termos de visibilidade (gráfico 33).

Quanto ao gráfico 34 é referido que a maioria não tem conhecimento da existência da página *Facebook* da FCG, provavelmente pelo facto de ser extremamente recente e pela população

envelhecida, que mais frequentemente recorre a esta farmácia, apresente ausência do domínio na área informática. Para finalizar convém reforçar quais as medidas que poderiam ser alteradas que mais satisfariam o cliente, sendo por ordem de prioridade: abertura na hora de almoço, lugar de estacionamento, maior número de promoções disponíveis e as entregas ao domicílio (gráfico 35).

Reflexão pessoal

As atividades desenvolvidas durante o estágio em FC direcionadas para esta vertente foram cruciais para a minha formação enquanto futura farmacêutica, pois foi apenas neste momento que entrei em contacto com o verdadeiro "mundo real" que são as atuais farmácias comunitárias. Neste sentido, e sendo sempre salvaguardada a ética e a deontologia da profissão, é emergente a aplicação constante de estratégias de *marketing* e de *merchandising* à farmácia, uma vez que muitos são os ordenados que dependem da eficácia da mesma. Assim, é fundamental a implementação do estímulo pela venda, através da promoção de um modelo de negócio cada vez mais atrativo.

Considerando os clientes fiéis à FCG, refletimos sobre o quão importante é o registo periódico das suas reclamações, bem como da sua resolução rápida. Este apresenta-se como um motivo pelo qual poderá ser publicitada positivamente a farmácia pelos seus habituais clientes, a outros futuros. Consequentemente pensa-se que a adesão à terapêutica poderá ser ainda mais efetiva junto de utentes satisfeitos. Em suma, a farmácia poderá vingar no seio da concorrência quando levadas em conta as expectativas individuais de cada cliente.

Conclusão

Conclui-se que há uma forte propensão dos farmacêuticos comunitários para a prestação de serviços, que deriva de uma forte concorrência externa. Este motivo acaba por ser o ponto crucial a partir do qual se move uma gestão cada vez mais apertada e atenta a cada pormenor, por parte das farmácias. Adicionalmente, o atendimento personalizado quando cuidado e motivado, representa o principal motivo da fidelização dos utentes à FCG.

Com a busca ao melhoramento dos lucros e da rentabilidade das farmácias, surge uma forte aposta em estratégias de *marketing* e de *merchandising*, que visam o alcance de uma melhor preparação por parte das mesmas a qualquer mudança que afete este setor. Esta é uma necessidade presente, tendo há muito tempo deixado de ser uma visão de futuro.

Em suma, de forma a ser possível medir o impacto criado na aplicação destas estratégias, realizou-se um estudo com base em questionários de satisfação que permitiu identificar uma série de oportunidades que reforçam o papel da farmácia na sociedade; a necessidade da inovação na forma como são prestados os serviços; e assim, identificar quais os principais

fatores que influenciam a satisfação dos utentes. Pode-se assim alcançar o ambiente ideal para a prática da nossa profissão, tendo sempre o foco no utente e no seu bem-estar.

3. O sol: prós e contras

3.1. Vantagens da radiação solar

A ideia que vem sendo retida pela população é que o sol é um grande inimigo, especialmente dos mais novos, sendo referido como causador de manchas, queimaduras e cancro de pele, contudo, este também poderá ser um forte aliado para a nossa saúde. A verdade é que já são vários os estudos que comprovam que a fraca exposição solar por parte das crianças causam deficiência de vitamina D (vitamina responsável pelo aumento da absorção do cálcio pelo organismo), quer seja pela sazonalidade, quer pela localização geográfica. Esta deficiente produção de vitamina D e consequentemente, do seu metabolito ativo, 1α,25-diidroxi-vitamina D ou calcitrol, poderá em alguns casos mais graves evoluir para raquitismo e osteomalacia, e em casos menos graves para doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, hipertensão, entre outros [22,23].

Estas complicações poderão ser evitadas, basta que as crianças e os adultos apanhem sol pelo menos três vezes por semana, na região dos braços e pernas, entre quinze a trinta minutos, dependendo da cor da pele. Especialmente se essa exposição for nas horas de menor calor e sem proteção, pois cada vez se apanha menos sol, e quando apanhamos, às vezes uma vez no ano, é de forma excessiva. A vitamina D também poderá ser obtida pela alimentação, mas os alimentos que a contém são cada vez mais escassos, inacessíveis e com pouca expressão (exemplo: os peixes, os lacticínios, entre outros), sendo a partir do sol a fonte gratuita que melhor representa a produção desta vitamina. Em casos mais extremos recorre-se à suplementação terapêutica. Para além das doenças previamente mencionadas causadas pela deficiente produção de vitamina D em crianças, esta deficiência, segundo estudos, poderá ser ainda mais prejudicial e agravada nas que são diabéticas [24-26].

Assim, o objetivo primordial é que se atinja o equilíbrio, pois a exposição solar, bem como as atividades ao ar livre proporcionam-nos energia para o dia-a-dia. No entanto, quando essa exposição é excessiva e sem cuidados, poderá implicar problemas futuros para a nossa pele [27]. Autores reforçam a importância do papel desempenhado pela exposição ao sol durante a infância e a vida adulta, como sendo o principal determinante para o risco de cancro cutâneo. Este risco é ainda mais acentuado aquando de uma exposição substancial na vida adulta. Outros sublinham a interdependência destes dois fatores, sendo assim unânime a ideia de que evitar o sol durante a infância terá um impacto superior sobre o risco de desenvolver cancro cutâneo, como o melanoma, relativamente à aplicação do mesmo na vida adulta [28].

3.2. Desvantagens da radiação solar

O sol é responsável por ser a mais importante fonte natural de raios UV (ultravioleta). Esta radiação é dividida em raios UVC (os mais agressivos e quase completamente absorvidos pela camada de ozono), raios UVA (radiação de elevado comprimento de onda) e UVB (radiação de baixo comprimento de onda), que estes sim, já atingem a superfície terrestre [29]. Para além do ozono presente na camada de ozono, também existe o ozono de superfície (denominado de "ozono mau"), representando um dos principais componentes do ar poluído nas grandes cidades. Mesmo a baixos níveis de concentração, pode causar graves problemas respiratórios, especialmente em doentes crónicos, e crianças, adultos e idosos potencialmente expostos. A preocupação por este poluente agrava-se no período do verão, em dias de céu limpo, temperaturas elevadas e de vento fraco [30].

Como anteriormente referido, os raios UV representam efeitos benéficos, contudo, os efeitos nefastos são muito mais graves, provocando ao nível da pele danos permanentes no sistema imunitário e no material genético. No caso das radiações UVA, estas penetram mais profundamente, sendo responsáveis pelo fotoenvelhecimento (processo evitado recorrendo a bons hábitos de proteção solar) e pela elevada incidência de cancro da pele. Quanto à radiação UVB, responsável pelas queimaduras, tem tido mais recentemente um maior impacto, dada a redução da camada de ozono, por este motivo e pelas exposições excessivas e consecutivas ao sol, a longo prazo observa-se de igual modo, o desenvolvimento de cancro da pele. De modo a prevenir esta situação, pode-se hoje-em-dia consultar o Índice de Ultravioletas no Instituto português do mar e da atmosfera, e assim obter a previsão de raios UV para determinada localidade e assegurar que são tomados os cuidados necessários face a este valor [29,31].

- **Cancro da pele**

O cancro tem por base a proliferação anormal das células. Um dos tipos de cancro é o cancro da pele. Este tipo de cancro surge dado o enfraquecimento do sistema imunitário da pele aquando da exposição solar intensa e sem proteção. As células da pele são danificadas e há uma alteração do material genético. O tipo de cancro da pele mais grave é o melanoma, com uma incidência crescente e que já é responsável por mais de dois terços das mortes por este tipo de cancro. Quando os melanócitos (células da pele que produzem melanina) se tornam malignos, surge o melanoma. Este poderá ser cutâneo quando na pele, ou mesmo ocular. Os locais mais comuns em que o melanoma cutâneo poderá aparecer são: no tronco e nas pernas. O risco de melanoma acentua-se em pessoas com histórico familiar de melanoma, idade superior a 50 anos, pele clara, sardas, cabelos ruivos e exposição solar exacerbada [29,32-34].

O diagnóstico poderá ser efetuado por diversas técnicas (observação da pele através de uma lupa, biópsias cutâneas, colheita de material da pele, testes de alergia, testes de sensibilidade à luz solar e dermatoscopia), sendo o diagnóstico histológico o definitivo. No caso da observação

direta da pele, esta poderá ser realizada em casa, adotando o método ABCDE (A=sinal ou mancha **assimétrica?** B=**bordo irregular?** C=com **cores diferentes?** D=**diâmetro superior a 6mm?** E=**evolução no crescimento?**). Algumas são as técnicas usadas para o tratamento, desde a fototerapia, crioterapia, às técnicas de dermocosmética com recurso a laser e a luz pulsada de alta intensidade. Apesar de toda esta evolução tecnológica, terão que ser contabilizadas as limitações referentes às opções terapêuticas em casos de estadios mais avançados. Assim, é fundamental o incentivo à prevenção primária, tanto face à exposição solar cuidada, como na deteção precoce de melanoma [35,36].

Reflexão pessoal

Neste âmbito e aquando do meu estágio na FCG, realizei uma ação de formação num agrupamento escolar, que continha cerca de 50 crianças, todas elas entre os três e os cinco anos de idade. Todo o suporte de informação foi realizado por mim e suportado por material me cedido gratuitamente pela Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo (APCC), como se pode observar em anexo (Figura 8 e Apresentação 1). Neste sentido, cuidados como os que se seguem foram abordados durante a formação [35,37].

- **Cuidados a ter na exposição solar**

- Usar roupas largas, leves e frescas, evitando a exposição solar direta;
- Cuidados especiais em dias de nevoeiro;
- Evitar a exposição solar entre as 11h e as 17h, através do relógio solar;
- Usar protetor solar com um índice elevado (≥30) 30 minutos antes da exposição, sendo renovado de 2 em 2h e após banhos e/ou transpiração;
- Procurar sombras e locais frescos, sendo permitida exposição quando a sombra é maior que os objetos e proibida quando esta é menor que os objetos;
- Beber água e sumos naturais frequentemente;
- Uso de chapéu de abas largas, óculos de sol e guarda-sol;
- Evitar os solários, bem como as queimaduras;
- Visitar o dermatologista anualmente;
- Dar especial atenção ao seu tipo de pele (denominado de fototipo).

Foi bastante gratificante tanto para mim, como para as crianças envolvidas. Esta conclusão deriva de um *feedback* muito positivo por parte das mesmas, bem como através dos pais e das educadoras e auxiliares.

Esta iniciativa foi da minha autoria, contudo, não se teria realizado sem a colaboração da Diretora Técnica, da Dra. Sónia Moreira, das educadoras, das crianças e sem o contributo em material da Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo. A mensagem dos cuidados a ter com o sol foi transmitida e captada com sucesso, tendo sido realizado pelas crianças desenhos

representativos do que aprenderam durante a formação e expostos na FCG, comprovando-se essa eficaz comunicação. No final da formação foram entregues vales de desconto, tanto para as famílias de cada criança, como para educadoras e auxiliares, válidas em quaisquer produtos solares, sendo também uma forma de aumentar a assiduidade à farmácia.

- **Eficácia dos protetores solares [38-40]**

A contribuição para a prevenção primária de queimaduras e mais tarde, de cancro da pele, assenta no uso de protetores solares. Vários são os estudos, que buscam falhas nos protetores usualmente utilizados. Tendo-se concluído, que a baixa eficácia surge no momento em que a aplicação não é uniforme e no caso de surfistas e nadadores, em que a permanência na água impossibilita a elevada eficácia de um protetor solar. Este é o facto que comprova a nova aplicação de proteção solar após a toma de cada banho

O grau de proteção que é capaz de ser atingido pelos protetores solares usuais, poderá em certa medida, estar relacionado com o conhecimento mais avançado relativamente às estruturas que tem a capacidade de absorver e/ou dispersar a radiação solar e de como reagem a um determinado veículo. Este fator de proteção poderá ser testado cientificamente por meio de técnicas espectrofotométricas em humanos.

Conclusão

O sol é extremamente importante nas nossas vidas, tanto em crianças como em adultos, pois para além de melhorar a nossa disposição e o nosso humor, participa na síntese da vitamina D. Por isso, não nos devemos privar do sol, nem mesmo fazer dele, um inimigo, temos sim que saber usá-lo com moderação, através de cuidados já referidos. Em suma, aplicando todas as medidas necessárias, será possível que especialmente as crianças consigam usufruir de um verão em segurança.

4. A saúde oral

As doenças orais dada a sua prevalência, representam um dos principais problemas de saúde em crianças e jovens, a título de exemplo, no norte de Portugal o tumor na cavidade oral representa 95% dos casos, com uma sobrevida relativa global a 5 anos de 39.9%) [41-43]. Em contrapartida, quando prevenidas previamente, as cáries e as doenças periodontais, representam um menor impacto [44]. Assim, no sentido da promoção da saúde oral, a OMS (Organização Mundial de Saúde) estabelece algumas metas, objetivos e alvos para o ano de 2020, tendo por base o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Esta promoção tem início durante a gravidez e posteriormente, ao longo da infância e adolescência. Conta com a colaboração de vários profissionais de saúde, educadores, serviços públicos, bem como privados [45].

4.1. Metas, objetivos e alvos do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

A população-alvo inclui todas as grávidas e todas as crianças, desde o nascimento até aos 16 anos. Inicia-se durante a gravidez, dado que se considera difícil a presença de uma boa saúde oral na criança, quando inexistente na mãe.

Do nascimento aos 6 anos de idade e aquando do rompimento do primeiro dente, é indicada uma escovagem com um dentífrico fluoretado, que no decorrer da idade será submetido a um aumento de concentração, bem como na frequência das escovagens diárias [42]. O flúor é um elemento que intervém no metabolismo ósseo e na mineralização dos dentes, assim quando presente em baixas concentrações na boca é capaz de retardar a desmineralização, favorecendo a remineralização do esmalte. Está presente nos dentífricos fluoretados possui eficácia comprovada no combate e na prevenção da cárie dentária (doença provocada pela ação de certas bactérias na cavidade oral, resultante de uma alimentação inadequada e de uma higiene oral deficiente, originando a destruição total ou parcial do dente), sendo veiculado de diferentes formas, como em águas de abastecimento público, géis, soluções para bochecho, entre outras. No entanto, e como em tudo, quando se adota o exagero, as consequências negativas evidenciam-se. Ou seja, no caso da fluoração das águas de abastecimento como prevenção de cárie dentária, fora dos parâmetros exigidos, poderá causar doenças, especialmente aquando da formação dos dentes [46,47].

A partir dos 6 anos de idade, são importantes ações de formação nas escolas, bem como a abordagem deste tema em diversas disciplinas. Sendo de salientar:

a) Os hábitos alimentares saudáveis, como, a importância do peixe, da carne, do leite e dos legumes na nossa alimentação, ao contrário dos açúcares e seus derivados;
b) A higiene oral, que inclui o ensino da escovagem dos dentes, para que no futuro o façam autonomamente, o uso do fio dentário e do bochecho fluoretado;
c) A saúde oral na adolescência, sendo introduzida a importância da estética e a sua sobrevalorização, tendo em conta que se trata da faixa etária que mais se valoriza a aparência;
d) A saúde oral em crianças e adolescentes com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que difere pouco dos que são dirigidos à população em geral, como exemplo temos que ter em conta a patologia de base, os hábitos e rotinas diárias, o nível de autonomia, de compreensão e de execução das técnicas de prevenção e a existência ou não de um adulto que se responsabilize por vigiar ou mesmo executar os cuidados orais. Ficando os pais encarregues de participarem em todo este processo [48];
e) A prevenção de doenças orais;
f) O diagnóstico precoce e tratamento dentário.

4.2. Determinantes sociais implicados em desigualdades na saúde oral

A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância tem início em casa, junto dos pais, estes deverão ser devidamente informados, especialmente ao nível de quais os comportamentos mais saudáveis de higiene oral, para que mais facilmente os filhos adquiram qualidade de vida futura.

Contudo, e assente em vários estudos epidemiológicos, as doenças orais tem um maior impacto em comunidades com nível socioeconómico inferior. Nesses locais a população não tem acesso a programas preventivos de saúde oral. Assim, é calculável a elevada incidência de cáries dentárias nestas populações. Neste sentido, os maiores desafios futuros serão os de traduzir conhecimentos sobre a prevenção da doença, recorrendo ao auxílio de programas de ação, e promover uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde existentes [49].

Reflexão pessoal

À semelhança da formação referente aos cuidados na exposição solar, fui responsável por esta formação, em que o tema assenta na promoção da saúde oral. Decorreu no mesmo agrupamento, tendo sido demonstrados vídeos educativos às crianças, entrega de amostras de pastas dentífricas, entre outras atividades, como se pode observar em anexo (Figura 9 e Apresentação 2). Considero que tal como a formação anterior, foi bastante produtivo para ambos os intervenientes, tendo sido a mensagem recebida e interpretada com sucesso (mais uma vez recorreu-se à elaboração dos desenhos por parte dos alunos e à entrega de vales de desconto referentes a pastas, escovas e elixires).

Conclusão

A prevenção das doenças orais não se limita exclusivamente a evitar as cáries, mas também problemas com as gengivas, cancro oral, entre outros. É evidente que a maior parte dos tratamentos dentários representam elevado custo, sendo inacessível a muitas famílias, contudo, poderão ser evitados tratamentos quando aplicadas medidas preventivas durante a infância. Em suma, é de realçar a importância da promoção da saúde oral em todas as faixas etárias, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã [44].

5. O pé diabético

O presente tema representa uma das mais graves complicações na doença da diabetes, o pé diabético, como tal, irei começar por definir a doença de base, bem como o melhor diagnóstico e tratamento a aplicar, quais as medidas preventivas e os autocuidados que os doentes deverão

ter e qual o nosso papel como farmacêuticos em associação com outros profissionais de saúde no aconselhamento destes doentes.

5.1. Definição, fisiopatologia e diagnóstico diferencial

A *diabetes mellitus* descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, sendo caracterizada por uma hiperglicemia crónica. Os efeitos a longo prazo da hiperglicemia contribuem para complicações macrovasculares, como doenças coronárias e vasculares, microvasculares (doenças renal e ocular) e para complicações neuropáticas [50,51].

Esta doença tem por base uma evolução silenciosa, pelo que quando detetada, muitas das vezes já se encontra numa fase tardia de evolução. Um diagnóstico precoce, a constante vigilância e controlo são meios-chave para evitar complicações futuras, entre as quais, insuficiência renal, amputação de membros inferiores e cegueira. Algumas dessas complicações incluem: a nefropatia/retinopatia diabética e o pé diabético [52,53].

A educação para a saúde tem a capacidade de assumir um papel primordial na prevenção desta doença, bem como das suas complicações. Ações de educação terapêutica dirigidas ao diabético e à correspondente família são adotadas na prestação de cuidados, permitindo a responsabilização no tratamento e autocontrole. Contudo, o facto da população doente possuir um deficiente acesso à informação sobre a própria doença e pertencer a um baixo índice económico e cultural, prejudica o sucesso a obter no acompanhamento destes pacientes [54].

De entre todas as complicações que possam surgir devidas à *diabetes mellitus*, o pé diabético é uma das mais graves, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar de pessoas com esta patologia e representando cerca de 60-70% de todas as amputações realizadas devido a causas não traumáticas. São três as complicações que propiciam um risco elevado de infeções nos pés, a neuropatia (neuropatia sensorial que leva à perda da sensação de dor e pressão, a neuropatia periférica que leva ao aumento da queratina na pele e fissura do pé e a neuropatia motora que resulta em atrofia muscular), a doença vascular periférica (fraca circulação dos membros inferiores e consequente fraca cicatrização das lesões, promovendo a gangrena) e o imunocomprometimento (baixa eficácia por parte dos leucócitos especializados na destruição de bactérias) [51,54].

Um prefácio importante ao tratamento do pé diabético consiste na distinção entre o diagnóstico de pé neuropático (cerca de 65% dos casos) e de pé neuroisquémico (cerca de 35% dos casos). A isquemia, a neuropatia e a infeção são as três componentes patológicas desta doença, sendo as que conduzem às complicações do pé diabético, ocorrendo normalmente em conjunto [55,56].

- **Polineuropatia Periférica**

A Polineuropatia Periférica (forma mais frequente de pé diabético e em diabéticos tipo II) e a Isquemia são os fatores de iniciação, com um peso diferente, em diferentes pacientes, em que a

infeção trata-se de uma consequência. Todas as fibras nervosas são atingidas, mas em tempos diferentes. Dada a redução/ausência de sensibilidade protetora e da perceção dos estímulos dolorosos, o pé torna-se vulnerável a lesões causadas por excesso de pressão, ferimentos mecânicos ou térmicos. No entanto, num doente neuropático, os traumatismos ambientais repetidos (sapatos mal adaptados, objetos cortantes) passam despercebidos [55,56].

- **Isquemia Periférica**

A patologia do pé diabético resulta sempre de doença arterial obstrutiva dos grandes vasos da coxa e da perna. O pé isquémico diabético representa uma consequência direta da diminuição da perfusão arterial por aterosclerose dos grandes vasos a montante do pé. A causa isolada do pé isquémico é a aterosclerose, pois situa-se fora deste e origina isquemia por oclusão. As obstruções localizam-se essencialmente abaixo do joelho e dado o facto dos sintomas dolorosos estarem muitas vezes reduzidos ou ausentes, deve-se à coexistência de sensibilidade neuropática. Esta situação aumenta a probabilidade de estes poderem progredir para úlceras nos pés, gangrena e amputação [55].

- **Diagnóstico diferencial**

No caso de um pé neuropático há perda de sensibilidade plantar à pressão, assim poderá recorrer-se ao uso de um monofilamento, que mede a incapacidade de sentir a pressão necessária para curvar o monofilamento de 10g. É pesquisado em três pontos da pele plantar, sendo positivo, se em dois deles se verificar ausência de sensibilidade. Considerado o teste de escolha na maioria dos casos, dada a sua simplicidade e o seu baixo custo. Outro teste realizado, é o teste com o martelo, que avalia a sensação profunda através do reflexo do tendão de Aquiles com recurso ao mesmo. Um terceiro teste poderá ser com o diapasão e com o Biotesiômetro (diapasão eletrónico), através da sensação vibratória. Todos estes testes são intermediários na determinação do risco de ulceração [57,58].

No caso de um pé isquémico, este tipo de complicação é bastante mais rara, podendo ser definido por uma infeção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a alterações neurológicas e a doença arterial periférica no membro inferior. Deste modo, o diagnóstico nestes doentes pode por vezes ser pouco preciso, pois sentem pouca ou nenhuma dor ao andar ou em repouso. O diagnóstico da Doença Vascular Periférica nos diabéticos é importante, por um lado porque permite identificar os pacientes com elevado risco de subsequente EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) ou AVC (Acidente Vascular Cerebral), por outro, permite evidenciar e tratar sintomas da Doença Vascular Periférica. A identificação de pacientes com manifestações subclínicas da doença e adoção de medidas preventivas permite evitar a evolução para isquemia crítica e consequente amputação. Apesar de toda esta "camuflagem" causada pela neuropatia sensitiva, o diagnóstico poderá ser através de uma história clínica (sintomas típicos, por exemplo, claudicação intermitente) e exame objetivo (avaliar a temperatura: arrefecimento, avaliar a cor: palidez, entre outros). O método padrão de

diagnóstico é o índice de pressão tornozelo-braço (IPTB). Permite estimar a severidade da doença obstrutiva em diabéticos com calcificação dos vasos, devido a uma resistência dos mesmos à compressão. Possui uma especificidade de 95 - 99%, é de execução fácil e é de baixo custo. Recorre-se a um estetoscópio, um esfigmomanómetro e um Doppler vascular portátil. Este índice mede a relação entre a pressão arterial sistólica (máxima) dos tornozelos (direito e esquerdo) e a pressão arterial sistólica (máxima) no braço. Em pessoas normais o índice de pressão tornozelo-braço varia entre 0.9 – 1.3. Valores acima de 1.3, são também anormais e representam doença aterosclerótica grave, com calcificação parietal arterial, tornando as artérias não compressíveis. Como se poderá observar na tabela 1. Outras serão as técnicas de diagnóstico, contudo, são bem mais dispendiosas e menos usadas [59].

a) Terapias (de tratamento e preventivas)

Princípios de tratamento do Pé diabético: inspeção e exame frequentes do pé em situação de risco (todo o diabético deverá ser submetido uma vez por ano a exame, ou mais frequentemente consoante a situação, confirmar mesmo quando à ausência de sintomatologia, inspecionar os sapatos e as meias); identificação do pé em situação de risco (atribuição de uma categoria de risco que servirá de orientação no tratamento seguinte); educação do doente, dos familiares e dos prestadores de cuidados de saúde (tenta estimular a motivação e as aptidões do doente face ao seu caso e que medidas tomar diariamente); utilização de calçado apropriado e tratamento da patologia não ulcerada (o calçado inadequado é uma das causas de ulceração, os doentes sem perda da sensibilidade podem escolher qual o calçado desejado, ao contrário dos que sofrem de neuropatia e/ou isquemia; num doente com alto risco, as patologias associadas às calosidades, unhas e pele, devem ser tratadas por um especialista regularmente, essas deformações deverão ser tratadas se possível por meios não cirúrgicos – com uma ortose por exemplo).

Infelizmente, e muitas vezes inevitavelmente, a amputação é usada como solução final no tratamento de úlceras crónicas ou recorrentes optando-se, se possível, por amputações *minor* que permitem a funcionalidade e o apoio do membro inferior durante a marcha sem o auxílio de próteses [60].

Reflexão pessoal

Alusivo ao tema em destaque, propus-me juntamente com a podologista, organizar um rastreio gratuito na farmácia referente ao tema: Cuidados a ter com os pés (Figura 10). O rastreio decorreu durante o dia 9 de Maio e contou coma presença de 10 utentes. Cada sessão foi dividida mais ou menos a meio, sendo que na primeira parte a podologista ficou encarregue de examinar os pés dos doentes, elaborou um questionário adequado às suas funções, recorreu a técnicas de diagnóstico quando apropriado (Exemplo: uso do monofilamento de *Semmes-*

Weinstein) e por fim, agendou ou não consulta de podologia quando necessário. Numa segunda parte participei eu ativamente [61,62]:

- Iniciei o rastreio recorrendo a um breve questionário que elaborei para doentes diabéticos, de forma a avaliar os conhecimentos e a prática de autocuidados a ter com os pés (Questionário 2) [63];
- Procedi à explicação da importância dos autocuidados em casa através da dispensa de um panfleto que elaborei (Figura 11) [65];
- Transmiti a ideia do problema da perda de sensibilidade nos pés em doentes diabéticos; de que o tempo de cura de uma úlcera em doente diabético é muito demorada ou até mesmo inexistente, o que implica que mais de 85% das amputações sejam precedidas de úlceras que não cicatrizam;
- Alertei para a maior suscetibilidade à infeção e quais os sinais típicos (exemplo: odor), a evolução possível até uma amputação (Figura 12) [64], um puco chocante, pois o intuito foi mesmo o de sensibilizar) e para o elevado número de hospitalizações prolongadas em casos de infeção;
- Referi quais os principais fatores de risco para a ulceração, tais como: deficiente controlo da glicémia, pele do pé seca, presença de edema e de calosidades, fissuras ou onicomicoses, entre outros;
- E por fim, tanto eu como a podologista procedemos à entrega de amostras de cremes de algumas das marcas existentes na farmácia, que diziam respeito a cremes preventivos do pé diabético e/ou anti-transpirantes, hidratantes ou mesmo cremes direcionados a pés cansados (dado que o mês em que foi realizado corresponde ao mês dos peregrinos a Fátima).

De forma a satisfazer as necessidades de cuidados dos pés diabéticos são criadas equipas multidisciplinares de abordagem ao problema, tendo revelado notórias melhorias tanto na incidência, como na prevenção da amputação, melhoria da qualidade de vida e mesmo, na redução de gastos em saúde. A sua ação deverá ser profilática, não agressiva e ao nível dos cuidados de saúde primários (constam de três níveis de controlo). Contudo, estudos revelam que parte dos pacientes diabéticos ainda não são devidamente avaliados na consulta do pé diabético, ou que nem mesmo tem conhecimento da sua existência. De igual modo, mas com valores ainda mais baixos, enquadra-se a assiduidade a consultas de Podologia. Podendo-se concluir mais uma vez a fraca existência de apoio aos portadores de diabetes [64].

Análise dos dados

Considerou-se pertinente proceder a uma análise dos resultados do questionário realizado, de forma a tentar obter um panorama que refletisse a adoção e/ou conhecimento das medidas preventivas do pé diabético em doentes diabéticos.

Referente às questões colocadas: como é sabido esta doença afeta pessoas essencialmente do sexo masculino, no entanto, neste grupo alvo observa-se maior incidência em pessoas do sexo feminino (Gráfico 36). De igual modo, em pessoas com baixo nível socioeconómico, pois 50% refere-se a pessoas que necessitam de ajuda pública ou privada (Gráfico 37). E quanto à idade, tal como em vários estudos é maior a incidência em pessoas com mais de 50 anos de idade (Gráfico 38). Contudo, e dado a amostra ser muito reduzida, poucas são as conclusões que se podem obter. O questionário 2, associado às respetivas respostas, analisa os autocuidados que os doentes têm ou não com os seus pés e simultaneamente o grau de conhecimento de cada.

O sexo, a idade avançada e o nível socioeconómico, bem como a escolaridade, representam fatores que interferem nos autocuidados. Tratando-se do grau de instrução, os portadores de diabetes na sua maioria apresentam baixo grau, o que contribui para o desencadeamento das complicações crónicas, dada a limitação no acesso às informações, sendo elas na dificuldade de leitura, escrita e na compreensão das atividades de educação para o autocuidado. A maioria relatou receber periodicamente atividades educativas sobre a diabetes e a complicação do aparecimento do pé diabético nas Unidades de Saúde, no entanto, ainda alguns não possuem qualquer tipo de orientação neste sentido.

A análise dos resultados aponta para que os que realizavam a inspeção diária dos pés eram apenas metade dos inquiridos, o que significa, que nestes doentes diabéticos ainda existe muita pouca sensibilidade ao nível da complicação que é este problema. A maioria respondeu que não tem por hábito andar descalço, contudo, ainda são 30% os que confessam andar descalços em casa ou até mesmo no quintal. Esta informação revela a falta de conhecimento por parte de alguma da população face à perda de sensibilidade. Neste sentido, aproveitei a oportunidade para alertar a existência de situações em que há perda de sensibilidade plantar e deste modo, há igual probabilidade de transportarem objetos aderentes à planta do pé e consequentemente o desenvolvimento para úlceras, sem que estes se apercebam.

A totalidade respondeu usar sapatos adequados (não muito apertados), secar bem os pés após o banho, especialmente entre os dedos, e confessa a ausência de qualquer amputação.

Apesar da grande maioria (90%) admitir não escaldar os pés com água muito quente, pelo menos um confessa faze-lo, tendo sido alertado para os perigos que advêm desse hábito. Quanto à forma como os pacientes cortam as unhas, alguns confessaram que não eram os próprios que o faziam por não conseguirem chegar aos seus pés, contudo, a grande maioria (80%) respondeu cortá-las de forma arredondada, o que deu acesso à minha intervenção, tendo explicado a

possibilidade do aparecimento de unhas encravadas, e consequentemente o desenvolvimento de úlceras.

De uma forma geral, responderam não ter golpes nem calos nos pés e a pele dos mesmos não ser muito seca, no entanto, foi importante alertar para as respostas positivas no caso de terem calos, se dirigirem a um profissional de saúde.

Poucos foram os que admitiram fazer exercícios específicos para os pés. E por fim, a grande maioria respondeu relatar a um profissional de saúde, quando se apercebe de algo diferente com os seus pés.

Conclusão

O pé diabético é uma das mais graves complicações da *diabetes mellitus*, representando a grande parte de todas as amputações em membros inferiores. Deste modo, a abordagem do pé diabético deverá ser sistemática e obrigatória, integrando vários profissionais de saúde e especialistas do pé (podologista, ortopedista, enfermeiro, entre outros). A falta de consulta do pé diabético é por vezes derivada da escassez de profissionais nesta área, não sendo permitida uma leitura rigorosa dos resultados.

Esta complicação poderá ser prevenida através da educação/aprendizagem de autocuidados a ter com os pés, ideia esta transmitida por nós enquanto farmacêuticos. O papel do farmacêutico é de extrema importância, pois cabe-nos o encaminhamento para este tipo de consultas, mostrando o nível da sua importância, para uma gestão correta da doença subjacente. O mesmo participa na escolha/aconselhamento de tratamentos locais (pensos), bem como na avaliação do plano terapêutico para cada indivíduo (posologia, cuidados pontuais com o jejum ou toma com alimentos, posição do corpo aquando da toma, entre outros), dependendo das patologias de base anteriormente referidas. Toda esta intervenção deverá ser a mais simples, relevante, consistente e repetida, possível [60].

Embora se tenha verificado a existência de uma percentagem aceitável de doentes a executar estes cuidados, seria importante desenvolver programas educacionais um pouco mais individualizados e específicos, combatendo-se assim deficiências nos autocuidados.

A título de conclusão, reforço a importância da aplicação de questionários que avaliem a autogestão da diabetes, englobando itens referentes aos cuidados que os doentes deverão ter com os seus pés, e assim, ressaltar o papel das unidades de saúde e todos os envolvidos na promoção e prevenção da saúde.

PARTE II

1. Organização da farmácia

1.1 Quadro legal em vigor para o setor das farmácias

A FCG, quer no aspeto, quer nas condições interiores, obedece às Boas Práticas de Farmácia (BPF). De igual modo, conforme o artigo nº 28 do DL (Decreto-Lei) nº 307/2007, de 31 de Agosto, Regime jurídico das farmácias de oficina, possui exteriormente a cruz verde, bem como a palavra *Farmácia* a letras bem visíveis, sendo que ambas se encontram bem iluminadas durante a noite, aquando do turno noturno. Ao abrigo do mesmo DL, a Farmácia possui a informação referente ao nome do Diretor Técnico, horário de funcionamento, informação atualizada das Farmácias de serviço, na entrada do lado direito, encontra-se a informação relativa aos serviços farmacêuticos prestados, livro de reclamações, alarmes, extintores de incêndio e vidros especiais de proteção, bem como junto à porta um postigo de atendimento ao público protegido, assegurando nas noites de serviço a integridade física do profissional de saúde [66,67].

1.2. Composição e função dos recursos humanos

A FCG apresenta-se como sendo um local sereno e organizado, que transmite responsabilidade e profissionalismo. Tarefa conseguida com êxito, tendo por trás uma equipa que concerne um espírito de entreajuda, sem que nunca falte boa disposição, dinamismo, colaboração e acima de tudo, dedicação para com os utentes. Assim, a equipa é constituída por um elevado número de pessoas, todas devidamente identificadas, garantindo um serviço eficiente e com qualidade á população por ela abrangida:

- Dr.ª Maria Adelaide Costa (Diretora Técnica e Proprietária)
- Dr.ª Sónia Moreira (Farmacêutica Adjunta)
- Dr.ª Ana Cristina Brito (Farmacêutica)
- Vanda Moriano (Técnica de Farmácia)
- Odila Mendes (Técnica de Farmácia)
- Dalila Barbosa (Técnica de Farmácia)
- Ana Ferreira (Técnica de Farmácia)
- Sr. António Pinto (Contabilista)
- D. Elisabete (Funcionária de limpeza)
- Dr.ª Cristiana Daniela Monteiro (Farmacêutica em programa de Estágio Profissional)
- Dr.ª Catarina Coelho (Podóloga)

- Dr.ª Joana Marques (Nutricionista)
- Dr.ª Maria Vidal (Audioprotesista)

1.3. Contacto com os diversos espaços físicos e equipamentos

De acordo com a atual legislação já anteriormente referida, esta Farmácia cumpre os requisitos legais de segurança, garante a conservação de medicamentos, a comodidade, a privacidade e a acessibilidade aos utentes.

Exteriormente localiza-se na rua 25 de Abril, nº 344, S. Cosme, Gondomar e possui três montras que funcionam como elo de comunicação com o utente através da exposição de produtos sazonais e campanhas promocionais, em anexo na Figura 13. Tratando-se de uma localidade relativamente pequena e com uma população tendencialmente envelhecida, o contacto com o utente é privilegiado e o papel do farmacêutico sobrevalorizado e cuidado, uma vez que este terá que possuir a habilidade de adequar a informação a transmitir, à população que procura a farmácia.

Internamente a FCG obedece ao regulamento e ao Despacho do Ministério da Saúde referente às áreas mínimas das farmácias comunitárias e respetivas divisões [68]. A presente farmácia dispõe:

- Zona de atendimento ao público, que representa a zona mais importante de uma farmácia, na medida que é neste espaço que se estabelece o contato farmacêutico-utente, o que irá permitir ou não a fidelização do último;
- Laboratório, local munido com toda a documentação, equipamentos e material necessários ao apoio da preparação de medicamentos manipulados (MM), bem como, todas as condições necessárias à conservação e ao controlo de qualidade exigidos na produção de MM. Os testes de gravidez são também realizados neste espaço [69,70];
- Escritório/Biblioteca, local reservado à gestão comercial e financeira da farmácia, onde podemos encontrar toda a informação referente aos assuntos administrativos e onde se realizam as encomendas diariamente. Possui igualmente material bibliográfico disponível para consulta;
- Zona de receção de encomendas/aviamento, que diz respeito à zona de gestão de *stocks*, possui também um frigorífico e módulos de gavetas onde se armazena parte dos medicamentos de forma a otimizar o tempo de atendimento;
- Dois armazéns, um relativo a produtos de cosmética e dermocosmética e outro, destinado a MSRM (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica), MNSRM, entre outros;
- Instalações sanitárias, uma destinada à equipa e outra aos utentes;
- Zona de atendimento privado, destinado à prestação de serviços;
- Escritório de contabilidade; Escritório da Direção Técnica e Cozinha.

1.4. Integração do estagiário no domínio das relações de trabalho

Desde o primeiro contacto com os recursos humanos que constituem a FCG, que me senti plenamente integrada, realçando a contribuição enriquecedora de cada um no meu percurso. **A cada dia que passava fazia por merecer o *feedback* final de que a minha "marca" foi deixada naquele local**, sublinhando que sem a astúcia, qualificação e profissionalismo de cada colaborador seria impossível.

2. Fontes de informação

2.1. Contactos com as publicações de existência obrigatória e como utilizá-las

Seguindo as BPF são variadas as publicações existentes nas farmácias, podendo umas ser cariz obrigatório, tais como, o Prontuário Terapêutico, a Farmacopeia Portuguesa, o Índice Nacional Terapêutico, o Formulário Galénico Português, o Direito Farmacêutico, o Código de ética da OF (Ordem dos Farmacêuticos), o Regime Geral de Preço e Manipulações, o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, BPF e Circulares Técnico – Legislativas Institucionais, **tendo usado assiduamente algumas delas na preparação de MM durante o estágio, entre as quais, o Prontuário, a Farmacopeia e o Formulário Galénico**. Outras são opcionais, como, o Guia Veterinário e a Manipulação pediátrica. Verificam-se ainda as de índole periódica, como a Revista das Farmácias Portuguesas, a revista da Ordem dos Farmacêuticos, entre muitas outras. E por fim, fontes de pesquisa *on-line*, como a *pubmed*, *CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, *Infarmed*, *ANF* (Associação Nacional de Farmácias), etc.

2.2. Centros de informação e documentação nacionais e internacionais, quer em suporte de papel quer *on-line*

Para além das fontes de informação referidas anteriormente, existem na FCG o *Simposium* Terapêutico e publicações periódicas, como os boletins de farmacovigilância. Além da bibliografia de apoio físico, encontra-se também à disposição o Centro de Informação do Medicamento (CIM), da Ordem dos Farmacêuticos, Centro de Documentação Técnica e Científica (CDTC), Centro de Informação do Medicamento e Produtos de Saúde (CIMI), do INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), em que primeiro refere-se à biblioteca desta entidade e o último a um centro de atendimento a pedidos de informação e esclarecimento de dúvidas relacionadas a medicamentos e a produtos de saúde. Existe também o Centro de Documentação e Informação de Medicamentos (CEDIME), da Associação Nacional de Farmácias. **Adicionalmente, podemos consultar no ato da dispensa o**

programa SIFARMA 2000, que possui imensas informações relativas ao produto, como foi o meu caso, nomeadamente nos separadores "A.T.C." e "Obs Prod". [71,72].

2.3. Pesquisa bibliográfica em fontes primárias, secundárias e terciárias e reprodução da informação através de diversas fontes

São vários os tipos de fontes de informação, sendo as fontes primárias (exemplo: artigos científicos), que corresponde às que são atualizadas diariamente, as fontes secundárias (exemplo: monografias, revisões bibliográficas) que são atualizadas anualmente, como o caso do Prontuário Terapêutico e as fontes terciárias (bases de dados e índices), correspondentes às que são atualizadas apenas de 5 em 5 anos [73].

3. Classificação e distinção dos medicamentos e outros produtos existentes na farmácia e quadro legal aplicável

3.1. Medicamentos sujeitos a receita médica obrigatória

Os MSRM, tal como o nome indica, só poderão ser dispensados mediante a presença de uma prescrição médica válida, consoante as disposições legais em vigor, salvo raras exceções [74]. São classificados consoante os critérios exigidos no Estatuto do Medicamento e a sua dispensa representa quase a totalidade do rendimento de uma farmácia.

3.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória

Os MNSRM representam os medicamentos que poderão ser aconselhados por um médico, farmacêutico ou mesmo por automedicação, não sendo necessário uma prescrição médica para que o utente os adquira. Destinam-se ao tratamento, alívio ou prevenção primária de sintomas considerados menos graves. Assim sendo, o nosso papel como farmacêuticos e a responsabilidade aquando da dispensa torna-se crucial e da maior relevância.

3.3. Medicamentos manipulados

Os medicamentos manipulados (MM) são medicamentos preparados segundo fórmulas magistrais ou oficinais, sob a responsabilidade direta do farmacêutico. A necessidade destes medicamentos surge quando a indústria não dá resposta a determinadas dosagens ou galénicas, especialmente no caso da Pediatra. Segundo a Portaria n.º 594/2004, de 2 de Julho, são aplicadas as boas práticas a observar na preparação de MM de forma a assegurar a qualidade e segurança, no que diz respeito às doses da (s) substância (s) ativa (s) e à existência de interações, do medicamento. No entanto, atualmente poucas são as farmácias que produzem

manipulados, dado o grande desenvolvimento da indústria farmacêutica. Como tal, **na FCG ainda são alguns os MM realizados, tendo participado ativamente na sua elaboração e tendo sido sempre supervisionada. Na preparação destes MM foram algumas as vezes que consultei o Formulário Galénico, especialmente com a finalidade de saber a validade do preparado, através da validade da substância ativa presente no formulário**, pois variam (exemplo: preparações líquidas não aquosas e preparações sólidas ou preparações líquidas que contém água ou as restantes preparações) [70].

No caso de nos chegar à farmácia um pedido de MM com fórmula nunca antes preparada, será necessário recorrer-se ao Formulário ou à Farmacopeia, e se não constar nestas fontes de informação, teremos que proceder à análise da sua formulação, ou seja, pesquisar a informação referente às propriedades físico-químicas, de solubilidade, possíveis interações entre as matérias-primas ou até com o material de embalagem e estabilidade. Quando se tratam de MM que não podemos produzir realizamos um pedido à Farmácia dos Clérigos do Porto ou à Farmácia de Valongo. **Seguem-se exemplos de fórmulas por mim realizadas em anexo na tabela 2** [70].

As matérias-primas e os reagentes usados na preparação destes MM deverão ser adquiridos a fornecedores que estejam devidamente autorizados pelo INFARMED. Quanto ao material de laboratório, é exigido um mínimo obrigatório, tais como: papel de vidro, funis de vidro, espátulas metálicas e não metálicas, copos de várias capacidades, cápsulas de porcelana, alcoómetro, almofarizes de vidro e de porcelana, banho de água termostatizado, balança de precisão, vidros de relógio, papel indicador de pH universal, matrazes de várias capacidades, termómetro, tamises, pipetas e provetas graduadas e pedra pomadas. É ainda obrigatória a presença de equipamento de comunicação que permita a receção expedida de alertas de segurança e qualidade enviados pelo INFARMED [69].

Na FCG existem Fichas de Preparação de acordo com a legislação em vigor, **na qual preenchia logo após a realização do MM, registando todos os dados obrigatórios obtidos durante o processo (exemplo: pH, características organoléticas, etc). Esta ficha é duplamente conferida e assinada, é-lhe atribuído um número de série e arquivada pelo menos 3 anos. Quanto ao preço de venda ao público, eu calculei-o pela soma do preço das matérias-primas, honorários e material de embalagem, sendo o total da soma multiplicado por 1,3 mais o valor do Imposto sobre o Valor Acrescentado. As substâncias que são comparticipadas (em 30%) encontram-se na tabela 3 em anexo. Segue-se o acondicionamento em local apropriado à respetiva forma farmacêutica e à rotulagem, sendo de caráter obrigatório, constar o nome, o endereço, o telefone e a Direção Técnica da farmácia, e a fórmula, as quantidades, precauções, prazo de validade, número da ficha de preparação, preço, nome do médico e do utente, do MM**.

3.4. Medicamentos homeopáticos e produtos farmacêuticos homeopáticos

O DL n.º 94/95, de 9 de Maio (revogado pelo DL 176/2006) distingue os produtos homeopáticos (possuem propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas) dos produtos farmacêuticos homeopáticos (não possui indicações terapêuticas especiais, sendo administrados oral ou topicamente e com um grau de diluição que garanta a inocuidade do produto). Assim, e tendo em conta que a homeopatia tem por base administrações, em diluições elevadas, sendo produtos naturais que provocam sintomas em pessoas saudáveis semelhantes aos que se pretende tratar (princípio das altas diluições e da similitude) e que trata vários sintomas que em particular um indivíduo apresenta (princípio da globalidade), tem sofrido muitas críticas, dada a falta de lógica e de coerência. Deste modo, em Portugal estes produtos possuem pouca expressão, situação verificável de igual forma na FCG, comprovando-se pelas baixas vendas. **Como exemplo do homeopático mais vendido na FCG para o alívio de estados gripais, temos o Oscillococcinum®, medicamento homeopático por mim aconselhado mais do que uma vez [74]. Como opinião pessoal considero que ainda é pouca a formação referente a estes tipos de medicamentos, que a meu ver implica uma certa insegurança no aconselhamento dos mesmos.**

3.5. Produtos dietéticos, para alimentação especial e fitoterapêuticos

Os produtos dietéticos encontram-se sobretudo nos lineares e são produtos tecnicamente elaborados para atender às necessidades dietéticas de pessoas em condições especiais (exemplo na FCG, saem com muita frequência leites para lactentes e de transição), estando também disponíveis suplementos alimentares que se destinam a complementar um regime alimentar normal e são vendidos tendo em conta a sazonalidade **(exemplo na FCG, temos os produtos de emagrecimento como os da marca BioActivo® aconselhados algumas vezes a quem se dirigia a mim pedindo por um produto natural complementar de uma dieta equilibrada)** [75].

Os produtos de fitoterapia são compostos à base de plantas com propriedades terapêuticas devido à presença de substâncias ativas. A sua procura tem sido exponencial dada a busca por um estilo de vida saudável. **Os laxantes (exemplo: Bekunis®), os que se destinam a problemas digestivos (exmplo: Cholagutt®) e os que são usados para a insónia (exemplo: Angelicalm®), são exemplos de fitoterapêuticos procurados na FCG, na qual tive o privilégio de participar ativamente** [74].

Torna-se assim, fundamental o aconselhamento farmacêutico, uma vez que se tratam de produtos facilmente adquiridos, que podem representar perigo e possuir interações com a medicação do utente.

3.6. Produtos cosméticos, dermocosméticos e de higiene

Atualmente, os produtos dermocosméticos têm um papel fulcral na nossa sociedade, pois esta preocupa-se cada vez mais com o aspeto exterior e por outro lado, o atual lucro das farmácias deriva da venda destes produtos. Isto implica um maior conhecimento por parte do farmacêutico de modo a poder aconselhar da melhor forma e que estes se encontrem o mais visível possível, o que torna o atendimento ainda mais personalizado. Produtos como maquilhagem, perfumes, produtos capilares e hidratantes, são exemplo dos que são vendidos na FCG. Estes produtos podem igualmente causar reações adversas por não serem utilizados para o fim a que se destinam, a par desta situação é importante mais uma vez o aconselhamento farmacêutico**. Neste âmbito surgiu a oportunidade de estar presente nas várias formações propostas e realizadas pelas diferentes indústrias, com o intuito de uma formação constante da informação relativa a estes produtos, o que implica automaticamente uma melhor atendimento.**

3.7. Produtos e medicamentos de uso veterinário

Trata-se de produtos que se destinam somente a animais, encontram-se nas gavetas e estão devidamente separados dos medicamentos para uso humano. O volume das vendas naturalmente que é mais baixo relativamente aos de uso humano, contudo, na FCG têm alguma saída especialmente quando dirigidos a animais domésticos, como por exemplo, os antiparasitários, anticoncecionais e antibióticos. É importante que o farmacêutico esteja ciente dos perigos que muitos destes medicamentos comportam para a saúde pública, informando sempre sobre o seu uso, as medidas de higiene, os intervalos de segurança no caso de consumirem a carne do animal que foi sujeito à medicação, e a sua profilaxia. **Como opinião pessoal, na FCG atendi pontualmente uma ou outra pessoa que necessitava deste tipo de medicação para os seus animais domésticos, e admito que inicialmente não possuía o conhecimento necessário à prestação do aconselhamento mais apropriado a este utente, considerando dever-se ao reduzido aprofundamento nesta área ao longo do curso.**

3.8. Dispositivos Médicos (DM)

São importantes instrumentos de saúde que proporcionam uma melhor qualidade de vida aos utentes, podendo ser usados em seres humanos para diversas finalidades, como diagnóstico, prevenção, tratamento, entre outras [76]. São agrupados em 4 classes, indo do mais baixo risco para o mais elevado. **Na FCG os dispositivos médicos com maior impacto são os materiais de penso, as seringas, os emplastros medicamentosos e os sacos coletores de urina e para autodiagnóstico, os testes de gravidez e de medição da glicémia, os quais forneci numerosas vezes.**

4. Encomendas e aprovisionamento

A FCG possui como sistema informático o Sifarma 2000, *software* produzido pela Glint e específico para farmácias, que permite a realização de duas encomendas diárias, bem como a sua receção. A ausência deste recurso é impensável atualmente, tendo sido uma peça fundamental durante o meu estágio no esclarecimento das mais diversas dúvidas, como é o caso da posologia e das interações medicamentosas, sendo o principal responsável pela agilização de todas as tarefas dentro de uma farmácia.

De forma a evitar a rutura de *stock* tenta-se manter sempre um stock mínimo, isto para que os utentes não se sintam obrigados a deslocarem-se a outra farmácia e em alguns casos evita-se que seja ultrapassado o stock máximo para que não haja gastos desnecessários. **Passa-se o mesmo com as encomendas instantâneas, via sistema informático e via telefónica, nas quais intervim. No caso de produtos de elevada rotação a encomenda é feita diretamente ao laboratório e como não se efetua qualquer registo informático da mesma, é necessária a criação de uma proposta de encomenda fictícia, sendo futuramente aprovada e rececionada.**

A encomenda é realizada consoante os benefícios a diversos níveis que cada fornecedor dispõe à farmácia, sendo o principal fornecedor da FCG a OCP. **Durante o estágio participei inúmeras vezes nesta tarefa, tendo sempre o máximo de cuidado aquando da receção da encomenda, pois é intransigente a incorreta receção de encomendas, pois daí advém possíveis erros de stock, nos prazos de validade, no preço, nas unidades, entre muitos outros aspetos, que deverão portanto, ser tidos em conta (exemplo: confirmar se a encomenda é para aquela farmácia, dar entrada em primeiro lugar dos produtos de frigorífico para imediata arrumação, na receção de matérias-primas e reagentes usados no laboratório verificar a presença do respetivo Boletim de Análise, etc).** Quando a encomenda inclui benzodiazepinas, estupefacientes ou psicotrópicos é preciso proceder à leitura ótica do código de barras referente à sua requisição. No caso de produtos encomendados e não enviados, estes poderão ser transferidos para a encomenda diária de outro fornecedor alternativo (Figura 14). Aquando de alguma inconformidade, em que não é entregue um produto faturado, contacta-se imediatamente o fornecedor, podendo-se emitir uma nota de crédito. **Quando encarregue desta tarefa procedia à etiquetagem, sobretudo de MNSRM e ao armazenamento (através do método FEFO – "First expired – First out").**

Quanto aos prazos de validade é emitida uma listagem mensal de produtos em que a validade se encontra a terminar (por norma 3 meses antes do fim do prazo), sendo efetuada a correção dos stocks e dos prazos. Poderão também ser realizadas devoluções, sendo acompanhadas do motivo da devolução e de 3 cópias da nota de devolução (Figura 15).

No meu caso, iniciei o estágio na secção de receção/confirmação de encomendas e armazenamento, sendo imprescindível o aperfeiçoamento de ambas, para melhor prestação nas atividades seguintes, como é o caso do atendimento. Intervim de igual forma na devolução de encomendas e na marcação de preços.

5. Dispensa de medicamentos

Como referido anteriormente, o farmacêutico é o último profissional de saúde a contactar com o utente antes da utilização da medicação, assim, é importante deixar claro que este entende a indicação terapêutica do medicamento em questão, a posologia, o modo de **administração (como exemplo, assisti por duas vezes à toma dos inibidores da bomba de protões em SOS em vez da toma como prevenção de crises agudas de acidez gastrointestinal)**, as possíveis interações medicamentosas, os efeitos secundários, as condições de armazenamento e conservação dos produtos em casa, possíveis alergias (exemplo da alergia à penicilina, tendo o cuidado de evitar a toma de amoxicilina), entre outras, dando ênfase ao seu uso racional. Deverá igualmente ser salvaguardado o código deontológico relativo à profissão, não deixando que sejam sobrepostos interesses comerciais.

5.1. Receção da prescrição médica e validação da mesma

Aquando da apresentação de uma receita médica por parte do utente é que são dispensados os MSRM, sendo que a receita segue um modelo do Serviço Nacional de Saúde aprovado em Despacho n.º 15700/2012, de 30 de Novembro, podendo ser preenchida em formato manual (Figura 16) ou informático (figura 17), ser renovável (dirigido a doentes crónicos) ou não renovável [77,78]. **Atualmente apenas em raras exceções são prescritas receitas manuais, contudo, quando acontece é necessário o preenchimento do motivo que se encontra na receita no canto superior direito, como por exemplo, em falha informática** [78].

No caso da prescrição eletrónica, esta só será válida de acordo com o Artigo 9º da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio, tendo que incluir obrigatoriamente a forma farmacêutica, a dosagem, a dimensão da embalagem (quando ausente dever-se-á dar a que possua menos unidades, de igual forma para a posologia), a Denominação Comum Internacional da substância ativa e a posologia. Poderá incluir uma denominação comercial caso esteja de acordo com situações como, quando os medicamentos não dispõem de genéricos comparticipados ou no caso de só existirem os de marca e em algumas exceções como:

Exceção a) art. 6.º - Margem ou índice terapêutico estreito

Exceção b) art. 6.º - Reação adversa prévia

Exceção c) art. 6.º - Continuidade de tratamento superior a 28 dias.

É importante atender que o utente possui direito à opção no ato da dispensa, optando por um medicamento de marca ou por outro genérico desde que pertença ao grupo homogéneo, **motivo pela qual questionava previamente o cliente todas as vezes que este se dirigia à farmácia nas condições em questão.** Contudo, no caso do medicamento em questão, se este estiver na receita com a exceção a) ou b), não poderá optar por outro, ao contrário da exceção c) em que o utente poderá optar por outro desde que pertença ao grupo homogéneo e com um preço igual ou inferior ao medicamento prescrito na receita [78].

Para que a receita seja validada o farmacêutico terá que prestar atenção a vários pormenores, como à data de validade da receita; à presença da assinatura do médico; ao limite máximo de unidades por medicamento (duas unidades), com exceção para medicamentos de dose unitária (no máximo quatro unidades); posologia, entre outras**, sendo o caso mais frequente a não-aceitação das receitas quando estas já se encontrarem fora da validade, situação que presenciei diversas vezes.** Assim, deverá existir por parte do farmacêutico uma avaliação mais cuidada das necessidades dos utentes e alertar os mesmos para as validades das receitas que não sejam aviadas naquele momento.

Á que ter em conta que no caso de receitas de manipulados terá que constar a palavra *"Manipulado"* (Figura 17), não podendo ser prescritos outros medicamentos naquela receita, o mesmo se passa nas receitas do protocolo da *diabetes mellitus* (situação observável diariamente). Segue-se a confirmação das receitas, sendo estas, dupla ou triplamente conferidas.

5.2. Interpretação farmacêutica e verificação de possíveis interações

A interpretação profissional da receita depende não só dos dados que nela estão inscritos, mas também através do diálogo estabelecido entre o utente e o farmacêutico. Esse diálogo deverá ser o adequado à pessoa em questão, ao seu nível sociocultural, devendo a informação ser transmitida de forma clara, lógica e concisa, para que este use o medicamento de forma racional e segura. Durante o diálogo é que será possível avaliar se o utente está a cometer algum erro relativo à toma da medicação, ao local onde o guarda, ou até mesmo a possíveis interações medicamentosas. Posto isto, o farmacêutico faculta as informações para a toma correta dos medicamentos e duração do tratamento, **sendo esta informação transmitida oralmente e por escrito.**

5.3. Medicamentos genéricos, sistema de preços de referência

Trata-se de medicamentos fortemente procurados pelos utentes, dado o preço apelativo contendo a mesma composição, forma farmacêutica e dosagem dos medicamentos de referência. São igualmente comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde. Os medicamentos genéricos

são identificados pela DCI (Denominação Comum Internacional) das substâncias ativas, seguida do nome do titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), da dosagem, da forma farmacêutica e da sigla MG [79]. São introduzidos os preços de referência na comparticipação para estes medicamentos aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, tendo assim sido criados os grupos homogéneos. A cada grupo homogéneo é atribuído um preço de referência, que corresponde à média dos 5 preços mais baixos existentes no mercado [80,81].

5.4. Dispensa de psicotrópicos e/ou estupefacientes

De acordo com o estatuto do medicamento, a dispensa deste tipo de medicamentos exige uma receita especial [74]. O DL n.º 15/93 de 22 de Janeiro, que tem como objetivo a definição do regime jurídico aplicável ao tráfico ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, classifica estas substâncias em tabelas distintas [82]. Estas substâncias são sempre acompanhadas de uma requisição especial, são armazenadas em local de difícil acesso, aviadas somente por farmacêuticos e não estão à vista dos utentes.

Estas substâncias são prescritas isoladamente e aquando da dispensa deverá ser preenchido no sistema os seguintes dados: nº da receita, registo da vinheta do médico, nome e morada do doente. No caso do adquirente, será necessário alguns dados, tais como: nome, nº e data do BI (Bilhete de Identidade), entre outros, não podendo ser um menor de idade nem alguém que sofra de qualquer patologia mental (Figura 18). **Como futura farmacêutica tive a oportunidade durante o estágio de participar nesta atividade, sendo sempre supervisionada por um farmacêutico.**

A receita original é enviada à entidade correspondente, um dos duplicados é enviado ao INFARMED e o outro duplicado é arquivado na farmácia por um prazo de 3 anos.

Estes medicamentos estão sujeitos a um rigoroso controlo de todas as suas movimentações, sendo enviado ao INFARMED até ao dia 8 do 2º mês a seguir à dispensa, a listagem de todas as receitas que foram aviadas e das quais constem os dados do adquirente.

5.5. Reconhecimento dos principais acordos existentes com o SNS e outras entidades

Alguns medicamentos são sujeitos a comparticipação, o que significa que o utente paga apenas parte do Preço de Venda ao Público e o Serviço Nacional de Saúde paga o restante, uma vez que se trata da entidade responsável pela comparticipação dos MSRM, englobando dois regimes: o regime normal e o regime especial. Este regime especial de comparticipação abrange vários subsistemas, sendo as seguintes situações especiais exemplos: pensionistas, doenças profissionais e crónicas (Lúpus, Doença de Alzheimer, etc). No caso destas patologias a taxa de comparticipação é definida através de portarias/despachos específicos (Figura 19). **Quanto aos subsistemas que mais observei na FCG foram Sãvida - AA (EDP - Energias De Portugal) e**

Serviços de Assistência Médico-Social – O1 (SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social), situações em que uma das entidades paga parte da comparticipação e a outra parte é comparticipada pelo Estado [83,84].

6. Automedicação

A automedicação assenta na toma de MNSRM, quer por iniciativa própria, quer por conselho farmacêutico, em busca do alívio ou tratamento de um transtorno menor de saúde e sem gravidade de modo responsável. Trata-se de uma situação cada vez mais recorrente nos dias de hoje dada a elevada informação e o aumento de taxas moderadoras. Assim, o farmacêutico tem um papel ativo na transmissão da prática da automedicação responsável, avaliando sempre a razão do benefício/risco, tentando sempre uniformizar os procedimentos de atuação no caso de situações passíveis de automedicação quanto à cedência ou não de medicamentos e distinguindo as situações que são do seu domínio, das do domínio médico. Neste seguimento surge uma lista de situações em que é possível a automedicação [85].

No ato da dispensa de MNRM para automedicação, é fundamental que o farmacêutico recolha com questões o máximo de informação relativa ao utente, desde se é doente crónico, exemplo dos diabéticos **(importante quando dispenso um xarope para a tosse, pergunto sempre se é ou não diabético e se for, vou buscar um que não contenha açúcar), se é hipertenso (tento evitar os antigripais que tenham na sua constituição cafeína), se está ou não grávida ou a amamentar, entre outras situações. Outra questão importante é o caso da solicitação da "pílula do dia seguinte", em que é necessário alertar para a eficácia desta no máximo 72 horas após ato sexual desprotegido e para os efeitos secundários que poderão advir da sua toma.**

7. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia

A FC é um local que promove a saúde pública mas também individual, reforçando a ideia de que cada caso é um caso e que cada utente tem que ser analisado de modo particular. Assim, são prestados cuidados de saúde, rastreios e controles de certas patologias, para além da simples dispensa e aconselhamento (Figura 20).

Na FCG são realizadas campanhas que promovem a saúde, tendo como objetivo aumentar o conhecimento da população relativamente a algumas **doenças (exemplo: rastreio de podologia para doentes diabéticos, alerta para o mês de Maio que é o mês do coração e todas as suas doenças associadas, entre outros, referidos na parte I)**, aumentar a adoção de estilos de vida saudáveis (exemplo: do rastreio decorrido pela nutricionista existente na farmácia) e **a adesão à**

terapêutica, sendo previamente selecionados para os diversos rastreios os indivíduos que se encontram em risco.

No sentido do desenvolvimento de programas de controlo da diabetes, foram criados 2 protocolos: o Protocolo da *diabetes mellitus* que abrange a definição e a estabilização dos preços das tiras-teste usadas na determinação de glicémia, glicosúria e cetonúria, das agulhas, das seringas e das lancetas para doentes diabéticos; e o Protocolo dos Cuidados Farmacêuticos que refere a intervenção farmacêutica na identificação de diabéticos não controlados [86].

Na FCG determinam-se alguns parâmetros bioquímicos no sentido da monitorização do utente e a identificação de indivíduos com perfil de risco suspeito. Cada utente possui um cartão da farmácia (exemplo: na medição da pressão arterial, da glicémia, do colesterol total e dos triglicerídeos, e através da balança, é registada a altura, peso e IMC – Índice de massa corporal) no qual são registados os valores aquando da sua medição, é também importante transmitir a ideia de que essas determinações não substituem os exames laboratoriais. **Seguem-se com maior detalhe esses parâmetros, tendo-me sido dada a oportunidade de determina-los assiduamente.**

a) Determinação da pressão arterial: na FCG a medição da pressão arterial é feita recorrendo a um aparelho eletrónico, que se encontra dentro de um gabinete de forma a garantir o conforto e serenidade ao utente e assim fazer com que este se sinta à vontade para colocar qualquer questão. Muitos procuram este controlo com o intuito de saber se a medicação anti hipertensora que tomam está a fazer efeito. **Sempre que necessário são colocadas questões de forma a não falsear os resultados, como se fez esforço, tomou café ou fumou, 30 minutos antes da medição. No sentido da prevenção muitas vezes aconselhamos a adoção de medidas não farmacológicas como exercício físico, alimentação, entre outros.**
b) Determinação da glicémia capilar: é realizada no controlo dos níveis de glicose no sangue em diabéticos ou para despiste da doença. É um teste de punção (tendo que obedecer a todas as exigências de esterilidade e de proteção), em que o resultado é rápido, seguro e não doloroso. **O material utilizado é descartado posteriormente para um contentor apropriado de contaminados. É registado o valor, tendo em conta se está em jejum ou não, a que horas foi a última refeição e comentamos o resultado com base nessas informações e com base nos valores de referência.**
c) Determinação do colesterol total e dos triglicerídeos: no caso destas duas determinações o aparelho eletrónico usado é o mesmo sendo mantidas as mesmas exigências de esterilidade e proteção. Após determinação, são registados e interpretados os resultados individualmente e tendo em conta a existência de outros fatores de risco. A intervenção farmacêutica nestes parâmetros, quando elevados, é

fulcral, pois constituem um fator de risco ao aparecimento de DCV (Doenças Cardiovasculares), **sendo necessário o incentivo à mudança do estilo de vida.**

d) Teste de gravidez, controlo do peso e da altura: **na FCG são realizados testes de gravidez**, desde que possuam um frasco de colheita com a urina, e que esta seja a primeira urina da manhã, dada a elevada concentração da hormona hCG (Gonadotrofina Coriónica Humana) e assim, garantimos fiabilidade. Neste momento, caso a utente prefira fazê-lo em casa, são também esclarecidas todas as dúvidas. Nesta farmácia também existe uma balança eletrónica que fornece o peso, a altura e o índice de massa corporal do utente, sendo posteriormente, caso se dirijam ao balcão, esclarecidos pelo farmacêutico quanto aos valores obtidos e se adequado, serão devidamente aconselhados em termos de peso com a sugestão de MNSRM ou mesmo na recomendação de consultas de nutrição disponíveis na farmácia.

São muitos os casos em que o profissional de saúde que mais acompanha o utente é o farmacêutico, assim, convém continuar a demonstrar que este possui os conhecimentos necessários ao esclarecimento de qualquer dúvida e no caso de achar oportuno, o encaminhamento para o médico.

São ainda prestados outros serviços essenciais, como a farmacovigilância, em que a farmácia notifica aquando de alguma RAM (Reação adversa ao medicamento) (Figura 21); recolha de radiografias e **o protocolo Valormed, na recolha de resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso.**

8. Contabilidade e gestão na farmácia

O principal objetivo da faturação é o reembolso à farmácia do valor da comparticipação dos medicamentos por parte das entidades. Cada receita aviada que contenha medicamentos comparticipados, é impresso no verso o documento de faturação, sendo-lhe atribuída informaticamente, a respetiva numeração de forma a sequenciar as receitas, para que de seguida sejam separadas de acordo com a entidade e o organismo de comparticipação. **Reunidas as 30 receitas consecutivas do mesmo organismo, o lote está concluído, à exceção do último lote do mês que pode ser menor. São de seguida corrigidas, conferidas e por fim, recorre-se à impressão do verbete de identificação do mesmo, que é carimbado, assinado e anexado ao lote.** No último dia do mês há o fecho de todos os lotes, e até ao 10º dia do mês seguinte, as receitas relativas ao SNS (Serviço Nacional de Saúde) são enviadas para o Centro de Conferências de Faturas (CCF), enquanto as receitas referentes a outros organismos são encaminhadas para a Associação Nacional de Farmácias. Quando são verificadas

inconformidades (podendo ser ao nível da faturação, na prescrição da receita médica, perda da validade da receita, etc) nas receitas, estas são devolvidas à farmácia. Há possibilidade de incluir estas receitas na faturação do mês seguinte, caso se trate de uma situação regularizável [87].

Na FCG os produtos têm saída consoante a sazonalidade, assim é importante o controlo da rotatividade dos produtos face a esta variante. Quanto aos MSRM os organismos mais representados nesta farmácia são: 01 (Regime geral do SNS) e 48 (Pensionistas do SNS), e os que têm menor impacto, são exemplo: J1 (SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social com SNS) e AA (Sãvida).

As farmácias pelo facto de serem empresas são obrigadas a pagar tanto o IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado) como o IRC (Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas). No caso do Imposto sobre o Valor Acrescentado, se tratar-se de produtos farmacêuticos o Imposto sobre o Valor Acrescentado corresponde a 6%, se forem produtos cosméticos ou de higiene corporal corresponde a 23%. No caso do IRC (Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas), corresponde a 25% que é calculada sobre os lucros das empresas em Portugal. Na FCG também existe fiscalidade interna, através de uma impressora fiscal. Todo este trabalho fica ao cargo do contabilista da farmácia.

9. Relacionamento com entidades e utentes

A FCG estando associada à Associação Nacional de Farmácias são vários os convites solicitados à equipa da farmácia a estarem presentes em formações periódicas. **Assim, tive oportunidade de assistir a algumas, tais como: formação da Ducray, da Uriage, da Bioderma, do VoltarenPlast®, entre outros.** Existe também uma ligação de proximidade com a Segurança Social, dado que é nesta farmácia que os utentes procuram os medicamentos que serão financiados por esta entidade, posto isto, é frequente o pedido de orçamentos por parte do utente na farmácia para futura apresentação à Segurança Social, que de seguida procede à sua análise. O mesmo se verifica quando se trata do médico ou de outros profissionais de saúde, devendo a relação destes ser harmoniosa e cordial, uma vez que é frequente a necessidade destes se comunicarem para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Assim, o utente será o mais beneficiado, sendo servido com a máxima qualidade, o que passa mais uma vez pela confiança transmitida pelo farmacêutico.

10. Qualidade

Com o intuito da prestação de um bom serviço à população são várias as BPF a considerarem, tais como: informação bibliográfica, educação para a saúde, prática do uso racional de medicamentos, automedicação, entre muitas outras. Com base na publicação das BPF, surge um Sistema de Gestão da Qualidade para as farmácias portuguesas, sendo o principal objetivo trabalhar com o máximo rigor, seguindo-se normas e protocolos de atuação, em que são resolvidas todas as questões e problemas provenientes de dentro de uma farmácia.

11. Conclusão

O estágio representou uma experiência única e muito positiva, uma vez que permitiu o contacto e a adaptação a diferentes responsabilidades, e a aplicação na prática de conhecimentos anteriormente aprendidos. Por outro lado, novas informações/conhecimentos foram adquiridos ao longo do estágio, uma vez que tive a oportunidade de desempenhar um pouco de cada função que por vezes me obrigou a contactar diversas fontes de informação. Assim, e apesar do infinito conhecimento que ainda me falta alcançar, posso concluir que me sinto preparada a dignificar o título de “Farmacêutica”.

REFERÊNCIAS

1. Notícias (2012). Sustentabilidade das Farmácias. *Associação Nacional de Farmácias*; Acessível em: www.anf.pt. [acedido em 20 maio de 2014].
2. Publicação Trimestral (2012). Farmácia Portuguesa N.º 200 – Farmácia de Luto. *Associação Nacional de Farmácias*; p. 12 – 18. Acessível em: www.anf.pt. [acedido em 20 maio de 2014].
3. Silva C I A (2011). SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: A perspectiva dos Farmacêuticos Comunitários. *Tese de Mestrado em Marketing*. p. 17-37.
4. Notícias (2014). Farmácias são o setor da saúde mais bem visto junto dos doentes. *Associação Nacional de Farmácias*; Acessível em: www.anf.pt [acedido em 21 de maio de 2014].
5. Huselid M A, Becker B E (2011). Bridging Micro and Macro Domains: Workforce Differentiation and Strategic Human Resource Management. *Journal of Management*; 37:421-428.
6. WIKIPÉDIA: Hierarquia de necessidades de Maslow. Acessível em: http://www.wikipedia.org/ [acedido em 21 de maio de 2014].
7. Santos V (2007). Estudo para aplicação de um sistema de avaliação de desempenho na empresa Safrio LTDA. *Monografia de Bacharel em Administração*. p. 32-38.
8. Aguiar AH (2001).*Gerir farmácia no próximo milénio – Aumentar a competitividade*. 2ª Edição. Sociedade Editorial, Lda. Lisboa. p. 87-181.
9. Decreto-lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido em 23 de maio de 2014].
10. Cartão das Farmácias Portuguesas. *Farmácias Portuguesas*; Acessível em: http://www.farmaciasportuguesas.pt/ [acedido em 23 de maio de 2014].
11. Mullner R (2005). Pharmaceutical marketing. *Journal of Consumer Marketing*; 22:363-364.
12. Carvalho M S D S (2013). A gestão em Farmácia Comunitária: Metodologias para optimizar a rentabilidade da Farmácia. *Monografia para grau de mestre em Ciências Farmacêuticas*. p. 44-45.
13. Lindon D, Lendrevie J, Rodrigues JV, Lévi J, Dionísio P (2004). *Mercator XXI – Teoria e prática do marketing*. 10ª Edição. Publicações Dom Quixote. Lisboa.
14. Fernandes M R M (2012). Estudo sobre a satisfação dos utentes com os serviços de Farmácia Comunitária. *Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas*. p. 35-37.

15. Italiani F (2010). A nova realidade do mercado e das actividades do marketing farmacêutico. *Plurivalor – Soluções de Gestão*. Acessível em: www.plurivalor.com [acedido em 23 de maio de 2014].
16. Craveiro B D C N B (2010). Estratégias de *marketing* e *merchandising* aplicadas à Farmácia de oficina: estudo de um caso prático. *Monografia para o grau de licenciado em Ciências Farmacêuticas*. p. 77-81.
17. Lopes M (2011). Marketing no Turismo – Estruturação de um Plano de Marketing. *Tese de Mestrado em Gestão*. p. 20-26.
18. Marisa Almeida – Comunicação & Marketing: Elaboração e Implementação de um Plano de Marketing. Acessível em: http://www.marisaalmeida.com/ [acedido em 24 de maio de 2014].
19. Kotler P (2000). Administração de Marketing. *Revisão Técnica Arão Sapiro*. 10ª Edição, 7ª reimpressão – Tradução tecnologia e Linguística. São Paulo: Prentice Hall.
20. Masson J, Wellof A (1991). Que é o Mer*chandising*? Edições Cetop.
21. Neto C B M. Técnicas de comunicação utilizada pelos supermercadistas na promoção de suas marcas próprias. *Pesquisa Quantitativa Marketing – VII SEMEAD*.
22. Bikle D (2009). Nonclassic actions of vitamin D. *J Clin Endocrinol Metab*. 95:26-34.
23. Marques C D L, Dantas A T, Frangoso T S, Duarte A L B P (2010). A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. *Rev Bras Reumatol*. 50:67-80.
24. Rmalho J S (2010). A nova "hormona do sol": o papel da vitamina D no século XXI". *Artigo de Revisão Bibliográfica – Mestrado Integrado em Medicina*. p. 5-8.
25. Binkley N, Novotny R, Krueger D, Kawahara T, Daida Y G, Lensmeter G, *et al* (2007). Vitamin D Status despite Abundant Sun Exposure. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 92:2130-2135.
26. Zittermann A, Gummert J F (2010). Sun, vitamin D, and cardiovascular disease. *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology*. 101:124-129.
27. Dmatologia.net: A Pele e o Sol. Acessível em: www.dermatologia.net [acedido em 26 de maio de 2014].
28. Autier P, Doré J F (1998). Influence of sun exposure during childhood and during adulthood on melanoma risk. *Int. J. Cancer*. 77:533-537.
29. Euro Melanoma: UV. Acessível em: www.euromelanoma.org [acedido em 26 de maio de 2014].
30. DGS: Portal da Saúde – Ozono. Acessível em: www.dgs.pt [acedido em 26 de maio de 2014].
31. Instituto português do mar e da atmosfera: Ultravioleta local. Acessível em: www.ipma.pt [acedido em 27 de maio de 2014].

32. European Academy of Dermatology and Venerology: Moles and Malignant Melanoma. Acessível em: www.eadv.org [acedido em 27 de maio de 2014].
33. Liga Portuguesa Contra o Cancro: Melanoma. Acessível em: http://ligacontracancro.pt/ [acedido em 27 de maio de 2014].
34. Registo oncológico regional do norte: Sobre o cancro. Acessível em: http://www.roreno.com.pt/ [acedido em 27 de maio de 2014].
35. Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo: Prevenção. Acessível em: www.apcancrocutaneo.pt [acedido em 30 de maio de 2014].
36. Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venerologia: A Dermatologia. Acessível em: http://www.spdv.com.pt/pt/home.asp [acedido em 30 de maio de 2014].
37. Direção Geral da Saúde: Cuidados com as crianças. Acessível em: www.dgs.pt [acedido em 30 de maio de 2014].
38. Hill D (1999). Efficacy of sunscreens in protection against skin cancer. *THE LANCET*. 354:699-700.
39. Wright M W, Wright A T, Wagber R F (2001). Mechanisms of sunscreen failure. *J AM ACAD DERMATOL*. 44:781-4.
40. Araujo T S, Souza S O (2008). Protetores solares e os efeitos da radiação ultravioleta. *SCIENTIA PLENA*. 4:1-114807.
41. Registo oncológico regional do norte: Tumores da cavidade oral. Acessível em: http://www.roreno.com.pt/ [acedido em 30 de maio de 2014].
42. Direção Geral da Saúde: Programa Nacional da Saúde Oral. Acessível em: www.dgidc.min-edu.pt/educacao**saude**/ [acedido em 30 de maio de 2014].
43. Hobdell M, Petersen P E, Clarkson J, Johnson N (2003). Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*. 53:285-288.
44. Areias C, Macho V, Bulhosa J F, Guimaraes H, Andrade C (2008). Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port*. 39:163-70.
45. Ordem dos Médicos Dentistas: Saúde oral. Acessível em: www.omd.pt [acedido em 30 de maio de 2014].
46. Carvalho R B, Medeiros U V, Santos K T, Filho A C P (2011). Influência de diferentes concentrações de flúor na água em indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal. *Ciências & Saúde Coletiva*. 16:3509-3518.
47. Deliberação n.º 41/DSE/2002, de 26 de setembro. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido em 30 de maio de 2014].
48. Direção Geral da Saúde (2002) – Manual de boas práticas em saúde oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades especiais – Lisboa: DGS. Divisão de Saúde Escolar. p. 7.

49. Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt R G (2009). The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Social Science & Medicine*. 68:298-303.
50. Sociedade Portuguesa de Diabetologia: Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Acessível em: www.spd.pt [acedido em 31 de maio de 2014].
51. Smeltzer S, Bare B (2002). *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9ª Edição. Vol. II. Guanabara Koogan.
52. Norma da Direção Geral da Saúde n.º 002/2011. *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Acessível em: http://www.dgs.pt/ [acedido em 31 de maio de 2014].
53. Diabetes: International Diabetes Federation. Acessível em: http://www.idf.org/types-diabetes [acedido em 31 de maio de 2014].
54. Perdigão P, Sousa P, Rosa M (2002). A Diabetes. *Escola Nacional de Saúde Pública*. Acessível em: http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp/default-2002.asp [acedido em 2 de junho de 2014].
55. Duarte N, Gonçalves A. *Pé diabético*. Acessível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2a02.pdf [acedido em 2 de junho de 2014].
56. Lepäntalo M (2001). *Diabetic foot*. Chapter V – Elsevier.
57. Quintão E. *Endoclínica*. Acessível em: http://www.endoclinicasp.com.br/informativos/publico-geral/biotesiometria-avaliacao-da-sensibilidade/ [acedido em 2 de junho de 2014].
58. Lopes C. *Pé diabético*. Acessível em: http://www.lava.med.br/livro/pdf/cicero_diabetico.PDF [acedido a 2 de junho de 2014].
59. CRM 8759 – *Orientações médicas*. Acessível em: http://drtavares.com/orientacoes/tornozelo-branquial.php [acedido a 2 de junho de 2014].
60. Sociedade Portuguesa Diabetologia (2012). *Diretivas Práticas sobre o Tratamento e a Prevenção do Pé Diabético*. Vol. 7 – Nº2. p. 84-90.
61. Sanches J T (2008). Pé Diabético: fisiopatologia, manifestações e principais formas de diagnóstico e rastreio. *Tese de Mestrado em Medicina*. p. 21-29.
62. Entidade Reguladora da Saúde: Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus. Acessível em: www.ers.pt [acedido a 2 de junho de 2014].
63. Bragança C M, Gomes I C, Fonseca M R C C, Colmanetti M N S, Vieira M G, Souza M F M (2010). Avaliação das práticas preventivas do pé diabético. *J Health Sci Inst*. 28:159-63.

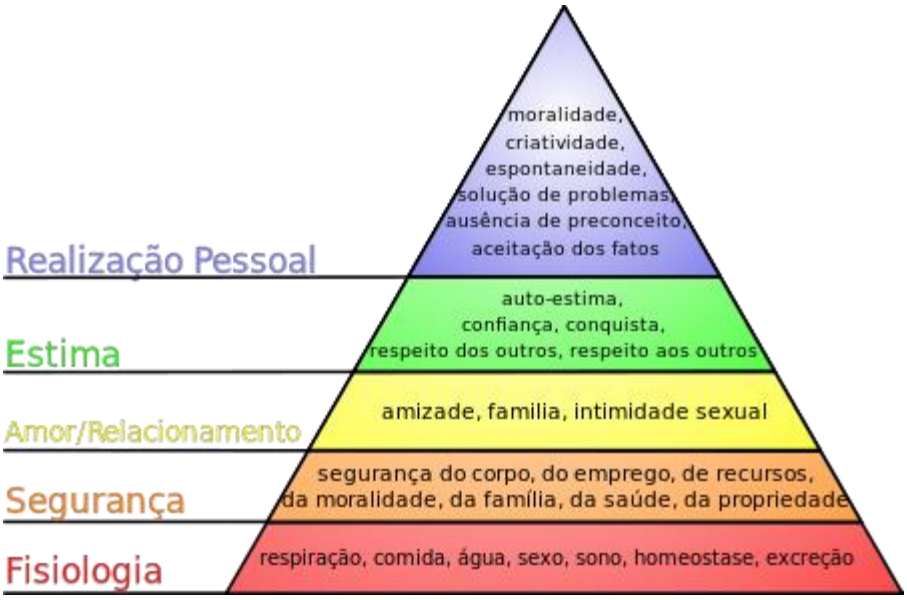
64. Direção Geral da Saúde: Programa Nacional para a Diabetes. Acessível em: http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx [acedido a 3 de junho de 2014].
65. Comofas: Como saber se estou com diabetes – Sintomas mais comuns. Acessível em: www.comofascom [acedido a 3 de junho de 2014].
66. Decreto-lei n.º 307/2007 de 31 de agosto. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 20114].
67. Conselho Nacional da Qualidade - Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). 3a ed. 2009. p. 1–53.
68. Deliberação n.º2473/2007, de 28 de novembro. Aprova os regulamentos sobre áreas mínimas das farmácias de oficina e sobre os requisitos de funcionamento dos postos farmacêuticos móveis. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
69. Deliberação n.º1500/2004, 7 de dezembro. Aprova a lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados, que consta do anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
70. Portaria n.º594/2004, de 2 de junho. Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
71. Decreto-lei n.º171/2012, de 1 de agosto. Primeira alteração ao regime jurídico das farmácias de oficina. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
72. Deliberação n.º414/CD/2007, de 29 de outubro de 2007. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
73. Núcleo de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (2002). Manual de apoio ao estágio de Licenciatura. *Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar*. p. 10-11.
74. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
75. Decreto-Lei n.º 285/2000, de 10 de novembro de 2000. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
76. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 5 de junho de 2014].
77. Despacho n.º15700/2012. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, N.º 238.
78. Portaria n.º137-A/2012, de 11 de maio. Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série, N.º 92.
79. Decreto-Lei nº 242/2000, de 26 de setembro. Diário da República – I Série- A, n.º 223, 5152-5153.

80. Infarmed: Sistema de preços de referência. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
81. Decreto-Lei nº 270/2002, de 2 de dezembro. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
82. Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
83. Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
84. Portaria nº 364/2010, de 23 de Junho. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
85. Despacho n. º17690/2007, de 23 de julho. Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
86. ACSS: Circular Normativa N.º 5 (2008). Acessível em: www.infarmed.pt [acedido a 6 de junho de 2014].
87. ACSS: Centro de Conferência de Faturas – Manuais de Relacionamento. Acessível em: https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/publico [acedido a 10 de junho de 2014].

ANEXOS

1. Figuras

1- Pirâmide de *Maslow*, conhecida como a hierarquia das necessidades de *Maslow*, que representa a divisão de níveis mais baixos e mais elevados, sendo os mais baixos, os que são necessário satisfazer previamente [6].



2 – Análise SWOT. Análise que corresponde à avaliação global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, para futuro estudo do mercado [18].



3 – Figura representativa de campanha 2=3.



3 – Figura representativa de uma campanha especial: DIA DOS NAMORADOS.



4 – Figura representativa do incentivo à medição do colesterol e pressão arterial no mês de maio: Mês do Coração, bem como os produtos que ajudam na sua redução.



5 – Figura representativa das gôndolas existentes na farmácia.



6 – Figura representativa do efeito das cores na promoção de produtos.



7 – Fotografia tirada durante a ação de formação relativa ao tema Proteção Solar, podendo observar-se o material fornecido às crianças.



8 – Fotografia tirada durante a ação de formação relativa ao tema Saúde Oral.

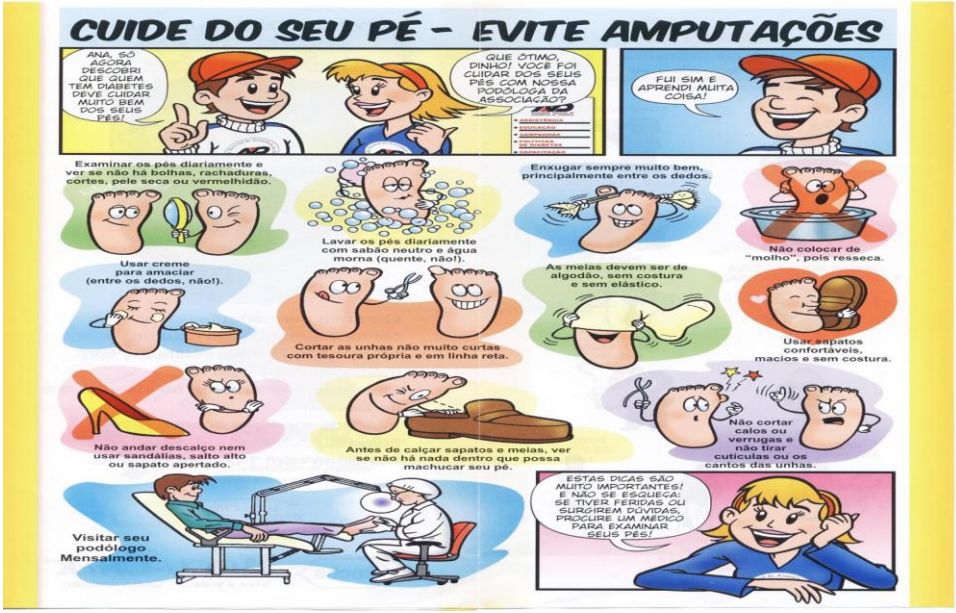


9 – “Poster” da promoção do rastreio do Pé diabético.

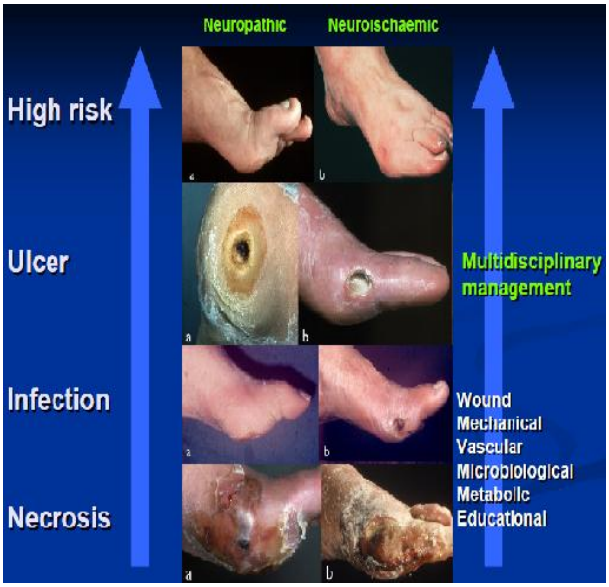


10 – Panfleto entregue aos utentes aquando do rastreio, devendo ser usado como “cábula” pelos mesmos. Contudo, referi-os durante o rastreio [65].

SE TEM DIABETES, VEJA O QUE FAZER DIARIAMENTE



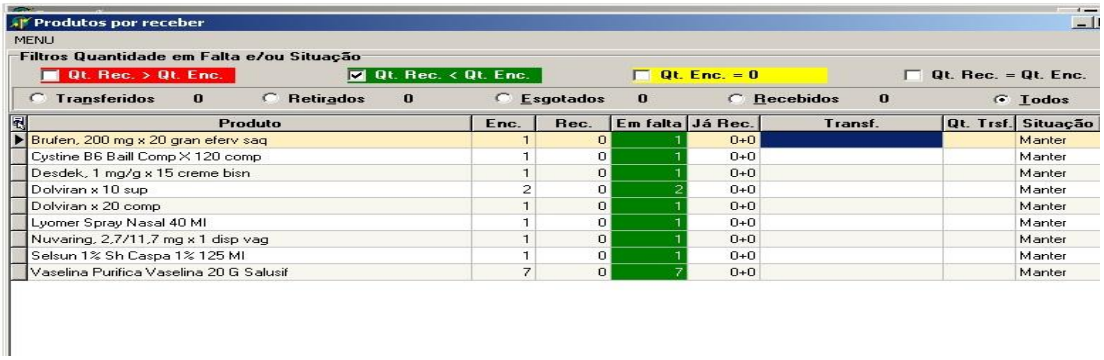
11 – Evolução catastrófica do Pé diabético [64].



12 – Fotografia da fachada da Farmácia Central de Gondomar.

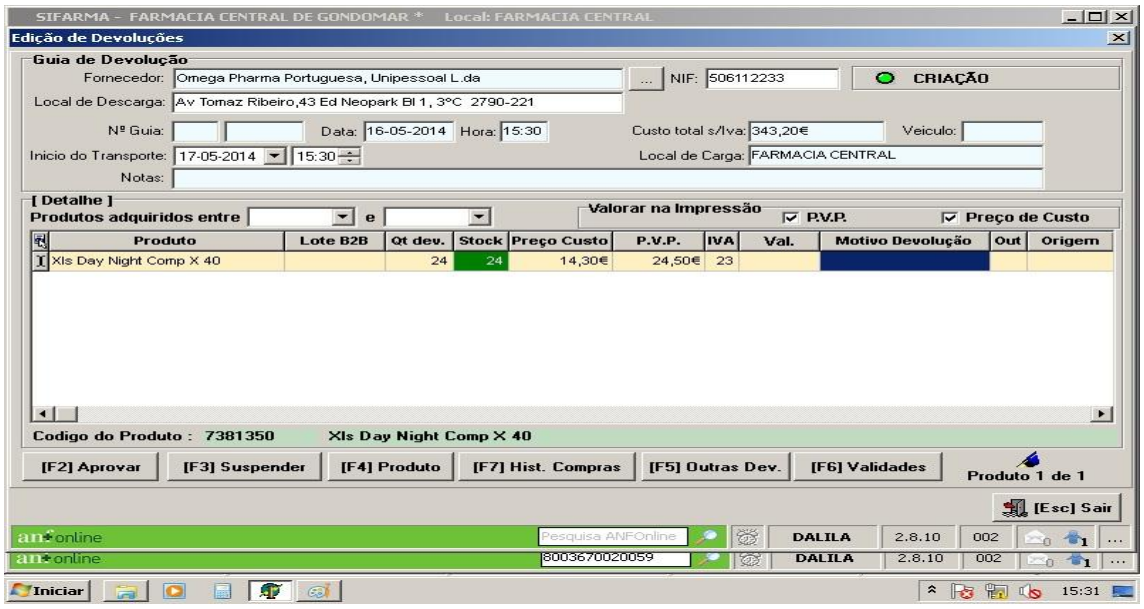


14 – Produtos encomendados e não recebidos, podendo ser reenviado para outro fornecedor o pedido dos mesmos produtos.

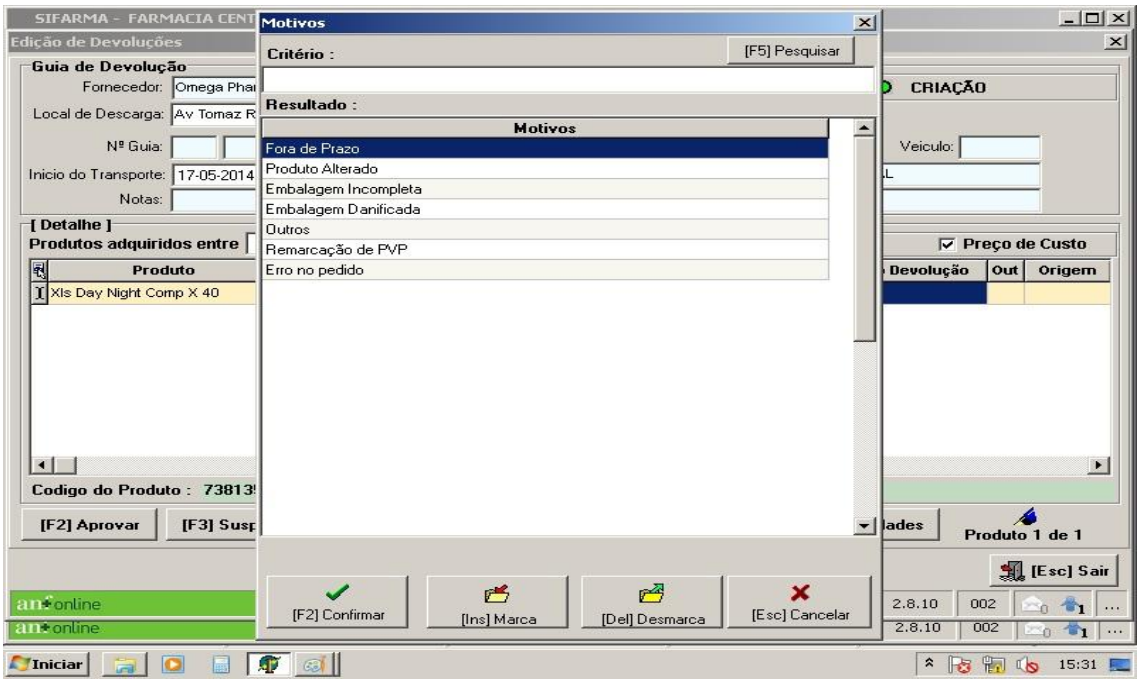


Produto	Enc.	Rec.	Em falta	Já Rec.	Transf.	Qt. Trsf.	Situação
Brufen, 200 mg x 20 gran eferv saq	1	0	1	0+0			Manter
Cystine B6 Baill Comp X 120 comp	1	0	1	0+0			Manter
Desdek, 1 mg/g x 15 creme bisn	1	0	1	0+0			Manter
Dolviran x 10 sup	2	0	2	0+0			Manter
Dolviran x 20 comp	1	0	1	0+0			Manter
Lyomer Spray Nasal 40 Ml	1	0	1	0+0			Manter
Nuvaring, 2,7/11,7 mg x 1 disp vag	1	0	1	0+0			Manter
Selsun 1% Sh Caspa 1% 125 Ml	1	0	1	0+0			Manter
Vaselina Purifica Vaselina 20 G Salusif	7	0	7	0+0			Manter

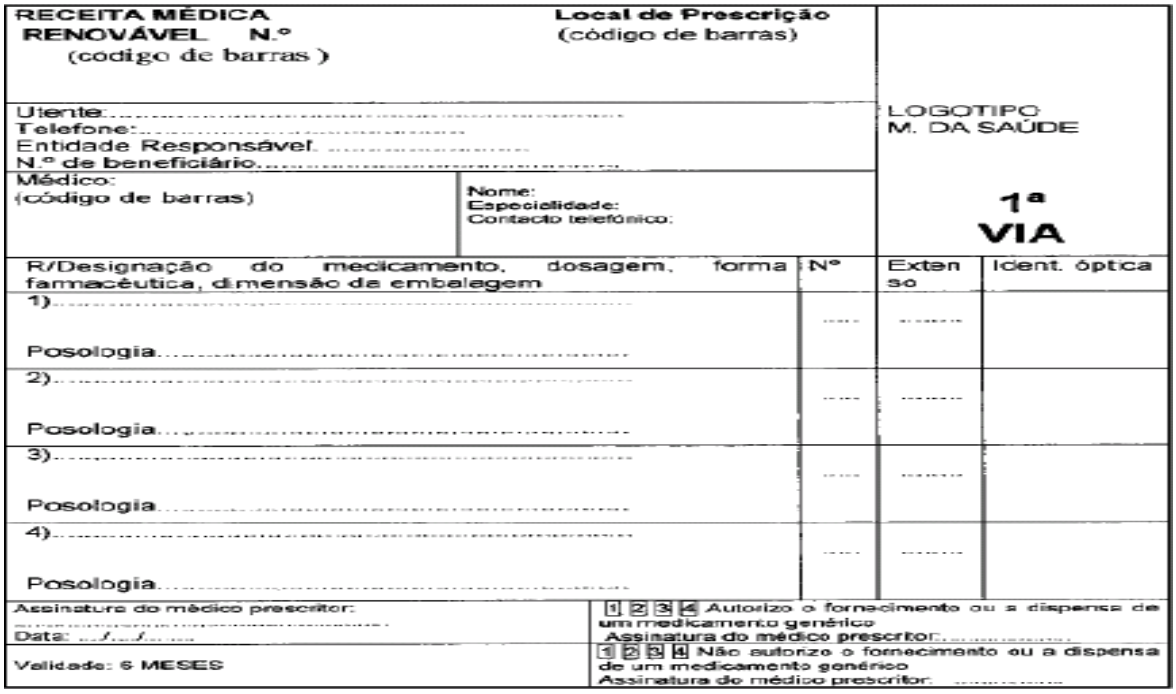
15 – Exemplificação de uma devolução e do seu motivo.


SIFARMA - FARMACIA CENTRAL DE GONDOMAR * Local: FARMACIA CENTRAL
Edição de Devoluções
Guia de Devolução
Fornecedor: Omega Pharma Portuguesa, Unipessoal L.da
NIF: 506112233
CRIAÇÃO
Local de Descarga: Av Tomaz Ribeiro,43 Ed Neopark Bl 1, 3ºC 2790-221
Nº Guia:
Data: 16-05-2014
Hora: 15:30
Custo total s/Iva: 343,20€
Veiculo:
Inicio do Transporte: 17-05-2014 15:30
Local de Carga: FARMACIA CENTRAL
Notas:
[Detalhe]
Produtos adquiridos entre
e
Valorar na Impressão
P.V.P.
Preço de Custo
Produto
Lote B2B
Qt dev.
Stock
Preço Custo
P.V.P.
IVA
Val.
Motivo Devolução
Out
Origem
Xls Day Night Comp X 40
24
24
14,30€
24,50€
23
Codigo do Produto : 7381350
Xls Day Night Comp X 40
[F2] Aprovar
[F3] Suspender
[F4] Produto
[F7] Hist. Compras
[F5] Outras Dev.
[F6] Validades
Produto 1 de 1
[Esc] Sair
Pesquisa ANFOnline
DALILA
2.8.10
002
8003670020059
Iniciar
15:31


SIFARMA - FARMACIA CENTRAL DE GONDOMAR * Local: FARMACIA CENTRAL
Atendimento Utentes Encomendas Facturação Produtos Parâmetros Interfaces Controlo de Gestão Operador Ajuda Sair
Regularização de devoluções
Identificação da guia de devolução
Guia: G003 83 16-05-2014 15:33 DALILA
Local.: FARMACIA CENTRAL
Fornecedor: Omega Pharma Portuguesa, Unipessoal L.da
Número de Documento
Tipo
Não Definido
Por regularizar
Produtos: 1
Unidades: 24
343,20€
Detalhe(s) da(s) Guia(s)
Designação
Qt.
Faltas
Preço
Qt. Reg.
Já Reg.
Xls Day Night Comp X 40
24
24
14,30€
0
0
Funções
Regularizar
[F2] Não Aceite
[F3] Nota Crédito
[F4] Produtos
Consultas
[F5] Detalhe



16 – Receita manual.



RECEITA MÉDICA
RENOVÁVEL N.º
(código de barras)

Local de Prescrição
(código de barras)

LOGOTIPO
M. DA SAÚDE

1ª
VIA

Utente:
Telefone:
Entidade Responsável
N.º de beneficiário

Médico:
(código de barras)

Nome:
Especialidade:
Contacto telefónico:

R/Designação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem	Nº	Extenso	Ident. óptica
1) Posologia			
2) Posologia			
3) Posologia			
4) Posologia			

Assinatura do médico prescritor:
Data: ../../....

1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico
Assinatura do médico prescritor:

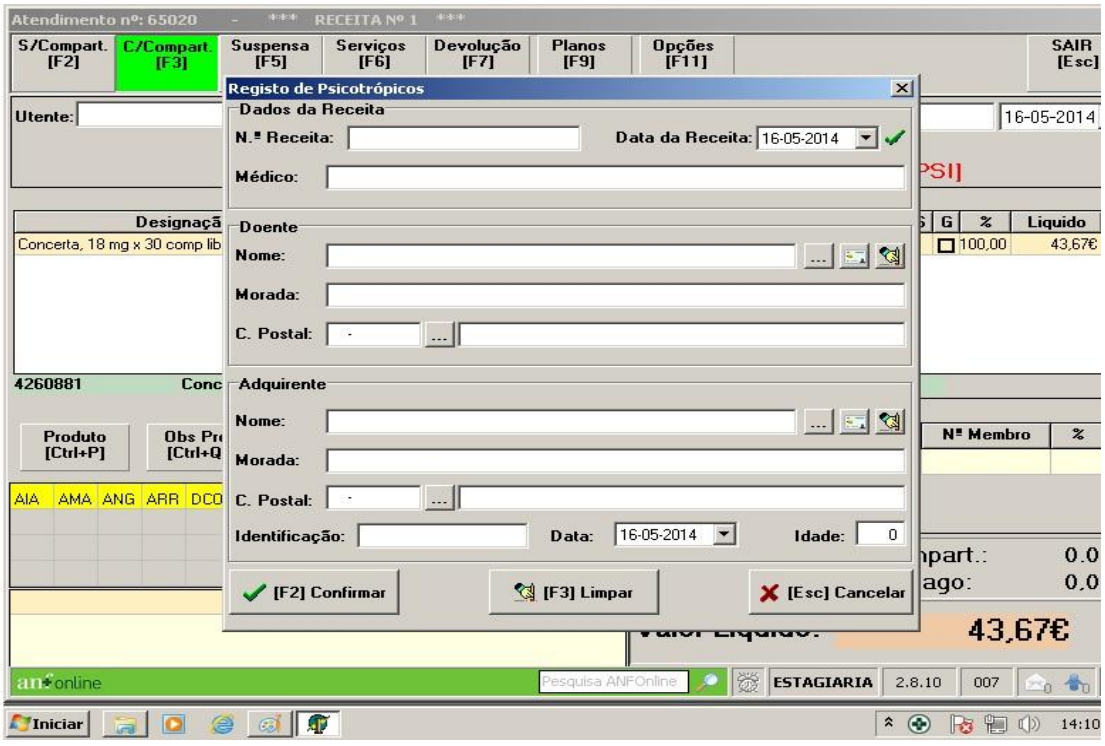
Validade: 6 MESES

1 2 3 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico
Assinatura do médico prescritor:

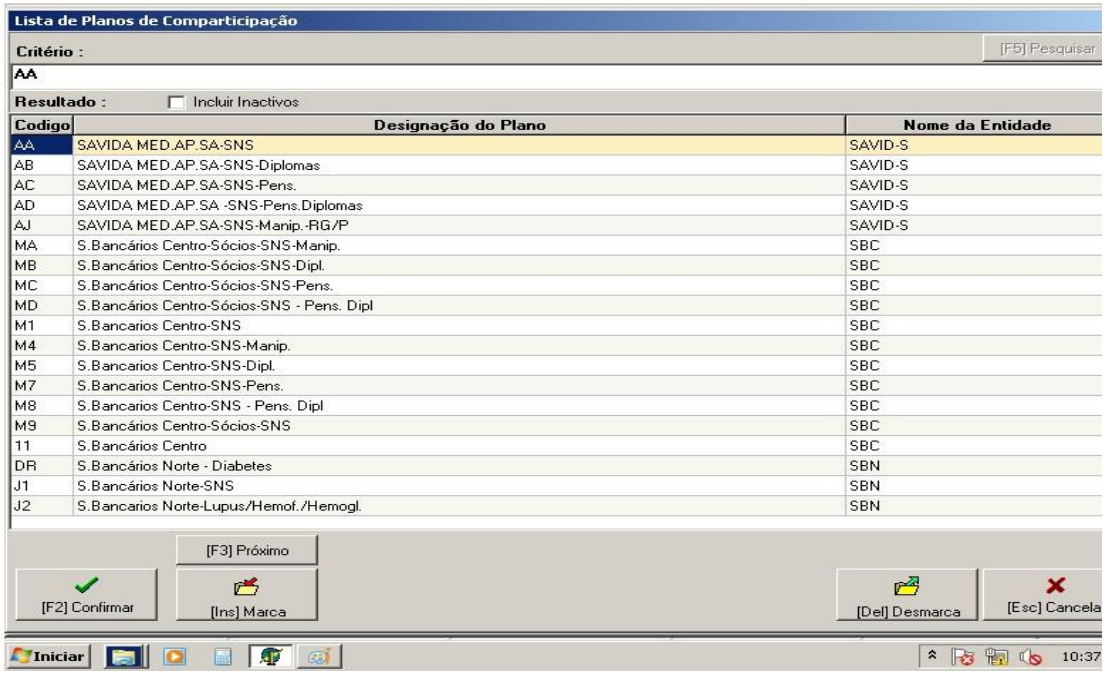
17 – Receita informática.



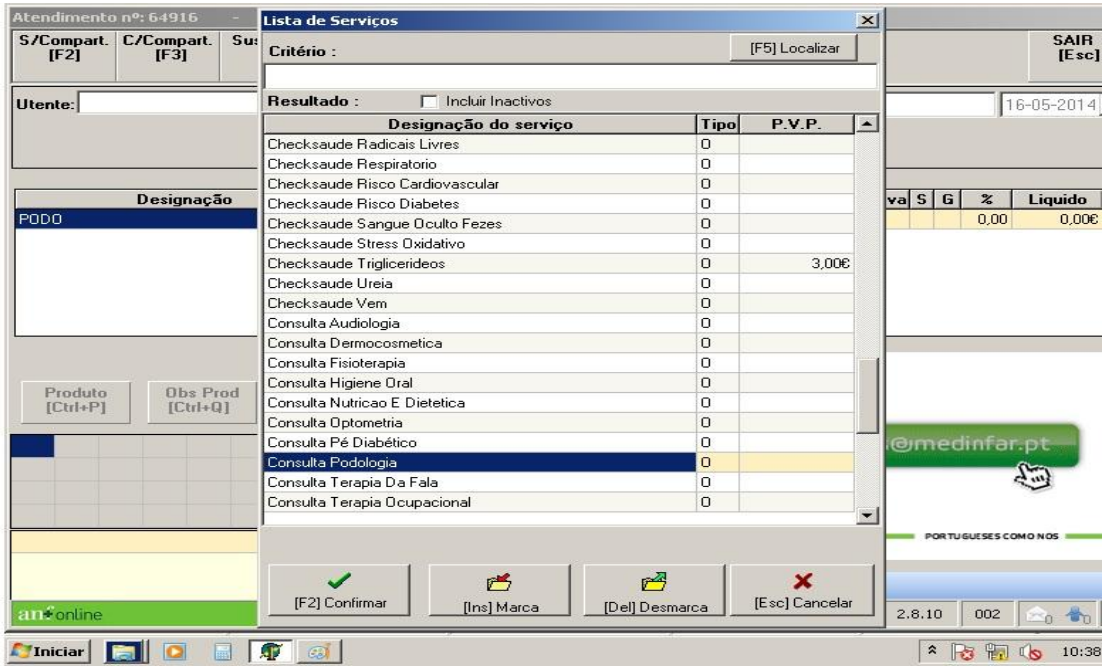
18 – Venda de psicotrópicos.



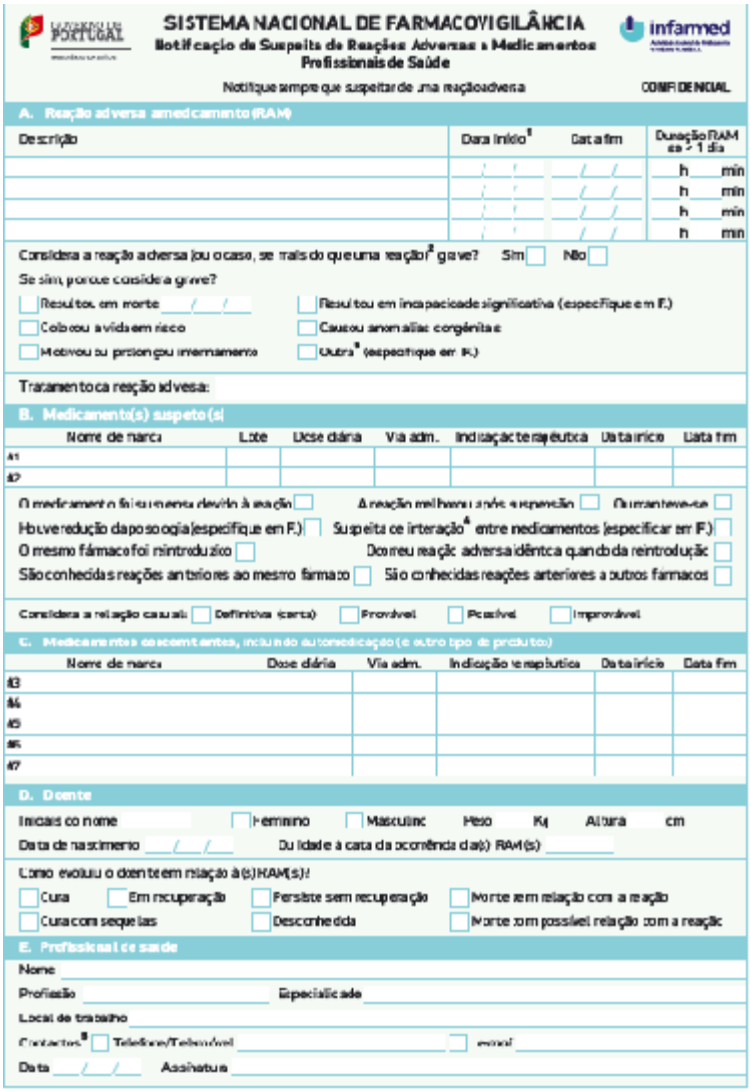
19 – Diferentes subsistemas de comparticipação (um exemplo).



20 – Outros serviços possíveis nas farmácias com o sistema informático Sifarma.



21 – Formulário de uma reação adversa a um medicamento, preenchida por um profissional de saúde.



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA

Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos
Profissionais de Saúde

infarmed

Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa — CONFIDENCIAL

A. Reação adversa a medicamento (RAM)

Descrição	Data início[1]	Data fim	Duração RAM se > 1 dia
	/ /	/ /	h min
	/ /	/ /	h min
	/ /	/ /	h min
	/ /	/ /	h min

Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação)[2] grave? Sim ☐ Não ☐

Se sim, porque considera grave?

☐ Resultou em morte / / ☐ Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.)
☐ Colocou a vida em risco ☐ Causou anomalias congénitas
☐ Motivou ou prolongou internamento ☐ Outra[3] (especifique em F.)

Tratamento da reação adversa:

B. Medicamento(s) suspeito(s)

	Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
B1							
B2							

O medicamento foi suspenso devido à reação ☐ A reação melhorou após suspensão ☐ Ou manteve-se ☐
Houve redução da posologia (especifique em F.) ☐ Suspeita de interação[4] entre medicamentos (especificar em F.) ☐
O mesmo fármaco foi reintroduzido ☐ Ocorreu reação adversa idêntica quando da reintrodução ☐
São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco ☐ São conhecidas reações anteriores a outros fármacos ☐

Considera a relação causal: ☐ Definitiva (certa) ☐ Provável ☐ Possível ☐ Improvável

C. Medicamentos concomitantes, incluindo automedicação (e outro tipo de produto)

	Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
C3						
C4						
C5						
C6						
C7						

D. Doente

Iniciais do nome ☐ Feminino ☐ Masculino Peso Kg Altura cm

Data de nascimento / / Idade à data da ocorrência da(s) RAM(s)

Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)?

☐ Cura ☐ Em recuperação ☐ Persiste sem recuperação ☐ Morte sem relação com a reação
☐ Cura com sequelas ☐ Desconhecida ☐ Morte com possível relação com a reação

E. Profissional de saúde

Nome

Profissão Especialidade

Local de trabalho

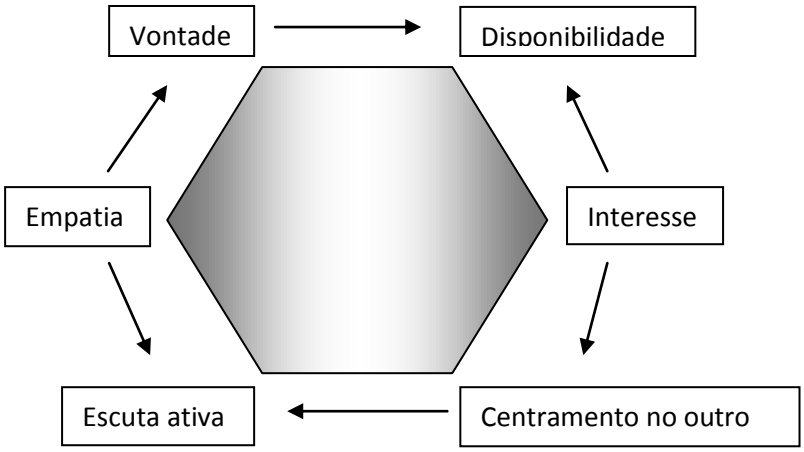
Contacto[5] ☐ Telefone/Telemóvel ☐ email

Data / / Assinatura

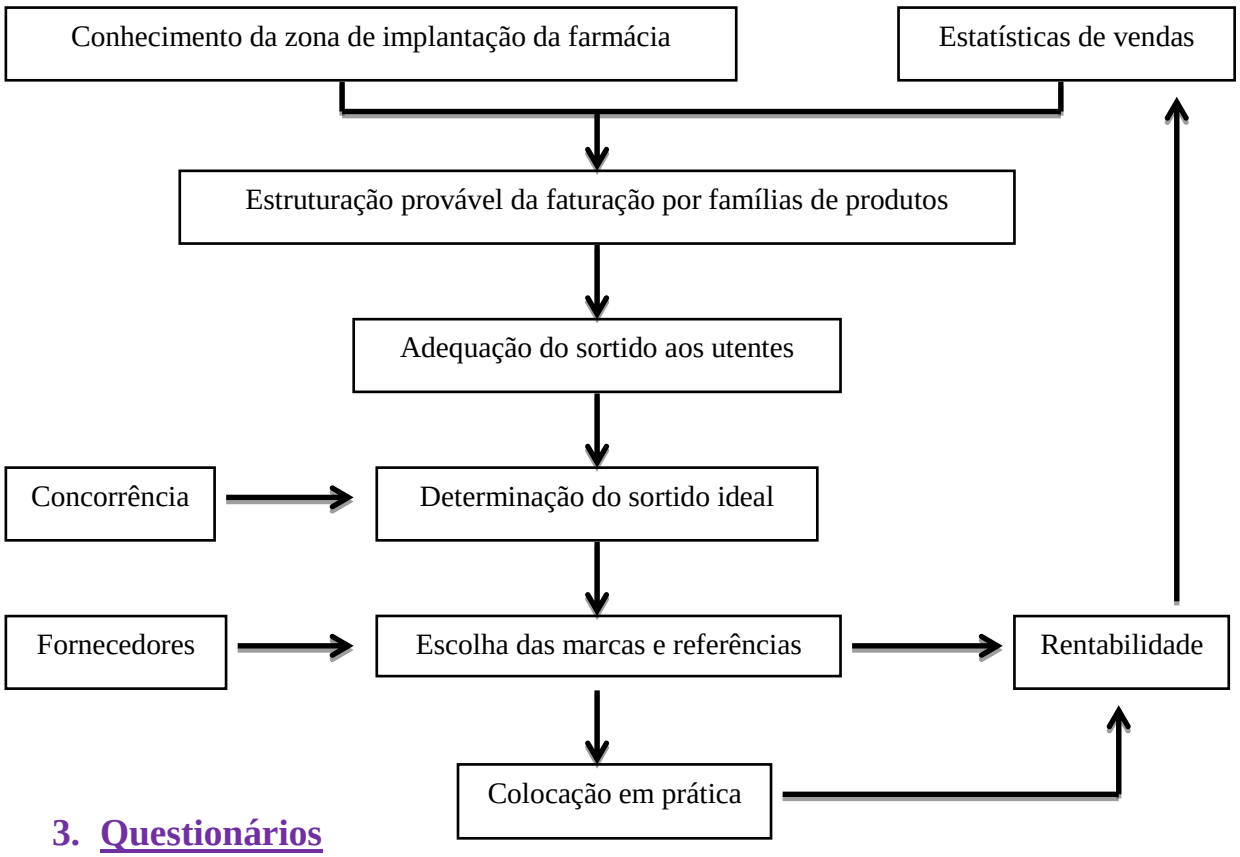
2. Esquemas

1 – "Hexágono" da comunicação com o utente. O seguinte esquema representa o conjunto das atitudes necessárias à comunicação com o utente aquando do atendimento [8].

COMUNICAÇÃO



2 – Esquema que representa todos os passos necessários a uma boa gestão farmacêutica [8].



3. Questionários

1 – Questionário relativo ao grau de satisfação dos utentes.

Farmácia Central de Gondomar

Para responder às questões que se seguem, pretendemos informá-lo que:

- A sua colaboração e autorização para participar neste estudo é muito importante para a melhoria dos nossos serviços;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza este estudo para fins estatísticos;
- Será garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.

Obrigado pela sua colaboração!
Ana Filipa Fonseca

PARTE 1: Avaliação da qualidade no atendimento e nos serviços prestados, bem como a satisfação do cliente

1. **Sexo ***

- Masculino ☐
- Feminino ☐

2. **Idade ***

- 18 - 30 anos ☐
- 30 - 45 anos ☐
- 45 - 65 anos ☐
- 65 anos ☐

3. **Habilitações Literárias ***

- 1º ciclo ensino básico (da 1ª à 4ª classe) ☐
- 2º ciclo (do 5º ao 9º ano) ☐
- Ensino secundário ☐
- Licenciatura ☐
- Outros (Mestrado, Doutoramento) ☐

4. **Local de Residência ***

- Freguesia _____

5. **Profissão por área de atividade ***

- Saúde (Médicos, Farmacêuticos, Enfermeiros, entre outros) ☐
- Economia e Gestão ☐
- Professores ☐
- Arquitetura, Design, Produção Audiovisual, Cinema (Artes) ☐
- Desporto ☐
- Restauração, Lojistas, Comerciais ☐
- Engenharias ☐
- Agricultura, Pesca, Produção Animal ☐
- Estudantes ☐
- Desempregados ☐
- Reformados ☐
- Outros ☐

6. **É portador de alguma doença crónica? ***

- Sim ☐
- Não ☐

7. **Costuma vir sempre à mesma farmácia? ***

- Sim ☐
- Não ☐

8. Como soube desta farmácia? *

- Panfletos ☐
- Rádio ☐
- Jornal ☐
- Indicação de amigos/familiares ☐
- Outras ☐

9. Qual a razão que o(a) levou a visitar a farmácia na primeira vez? *

- Serviço farmacêutico ☐
- Comprar MNSRM (Medicamentos não sujeitos a receita médica) ☐
- Comprar medicamentos com receita ☐
- Comprar produtos de cosmética e higiene corporal ☐
- Comprar produtos de puericultura (bebé, criança) ☐
- Outras ☐

10. Qual a razão da sua preferência por esta farmácia? *

- Proximidade relativamente à residência ou ao trabalho ☐
- Fidelização à farmácia ☐
- Preferência pelo atendimento ☐
- Beneficiário de protocolo com a farmácia (exemplo: cartão das farmácias portuguesas) ☐
- Variedade na gama de produtos ☐

11. Com que frequência costuma ir à farmácia? *

- 2 vezes por ano ☐
- 2 vezes por semestre ☐
- 2 vezes por trimestre ☐
- 2 vezes por mês ☐
- 2 vezes por semana ☐
- Diariamente ☐

12. Tem conhecimento de campanhas, rastreios e consultas na farmácia? *

- Sim ☐
- Não ☐

13. Tem por hábito participar nas ações anteriormente referidas? *

- Sim ☐
- Não ☐

14. Já realizou testes de colesterol, triglicerídeos, glicémia ou outros nesta farmácia? *

- Sim ☐
- Não ☐

15. **Costuma recorrer ao aconselhamento do farmacêutico aquando da aquisição de produtos? ***

- Sim ☐
- Não ☐

16. **Na aquisição de medicamentos não sujeitos a receita médica e outros produtos (cosméticos e outros) costuma preferir: ***

- Farmácia ☐
- Outros locais ☐

17. **Se a sua resposta anterior foi outros, responda: Qual o motivo que o(a) leva a comprar lá? ***

- Localização ☐
- Horário ☐
- Preço ☐
- Atendimento ☐
- Estacionamento ☐
- Outras ☐

18. **Se na sua resposta à pergunta 16, escolheu a farmácia, responda: Considera uma mais-valia o atendimento na farmácia em relação a outros locais? ***

- Sim, na farmácia sou atendido(a) por um profissional de saúde credenciado ☐
- Não ☐
- É indiferente. ☐

19. **O que valoriza na farmácia? (Pode selecionar várias opções) ***

- Existência de serviços complementares (medição de colesterol, glicémia e triglicerídeos; consultas de podologia e de nutrição; administração de vacinas e injeções) ☐
- Ambiente e decoração cuidada ☐
- Horário de funcionamento alargado ☐
- Rapidez ☐
- Simpatia n atendimento ☐
- Privacidade no atendimento, quando necessário ☐
- Atendimento especializado ☐

20. **Tem conhecimento da existência do contentor VALORMED (para recolha de medicamentos fora do prazo) nesta farmácia? ***

- Sim ☐
- Não ☐

PARTE 2: Avaliação do impacto das estratégias de *marketing* e *merchandising* na opinião pública

A presente farmácia, em Junho de 2011, procedeu a uma renovação nas suas instalações. Perante isto, por favor responda às seguintes questões:

1 Agradam-lhe mais as instalações atuais relativamente às anteriores? *

- Sim ☐
- Não ☐
- Indiferente ☐
- Não sei ☐

2 Começou a visitar mais frequentemente a farmácia após renovação, pelas condições que apresenta? *

- Sim ☐
- Não ☐

3 No seu entender, a farmácia possui agora uma gama mais alargada de produtos? *

- Sim ☐
- Não ☐
- Não sei ☐

4 Do seu ponto de vista, a implementação do sistema de espera por senhas seria mais vantajoso? *

- Sim ☐
- Não ☐

5 Classifique dentro de uma escala de resposta que varia entre fraco (1), razoável (2), bom (3), muito bom (4), ótimo (5) ou não aplicável (NA)? *

a) Aspeto geral da farmácia

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

b) Disposição/organização dos produtos nos lineares de exposição

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

c) Limpeza da farmácia

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

d) Tempo de espera para ser atendido

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

e) Educação/simpatia/disponibilidade dos funcionários

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

f) Gabinete/sala em privado

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

g) Estacionamento

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

h) O tempo de espera por um produto que deseja e que no momento não existe na farmácia

1	2	3	4	5	NA

i) São visíveis as campanhas promocionais no interior da farmácia (como por exemplo:2=3, 20% de desconto, entre outras)

1	2	3	4	5	NA

6 Possui conhecimento da nossa página *facebook*, onde poderá ter acesso a todas as promoções e eventos que se encontram a decorrer na farmácia? *

- Sim ☐
- Não ☐

7 Escolha da seguinte lista as opções que mais o satisfariam ver implementadas nesta farmácia. (Pode selecionar várias opções): *

- Lugar de estacionamento automóvel ☐
- Abertura à hora de almoço ☐
- Maior número de promoções disponíveis ☐
- Entregas ao domicílio ☐
- Possibilidade de realizar compras por *internet* ☐

8 Comentários adicionais, reclamações e sugestões:

2 – Questionário com as respetivas respostas [63].

Inspeciona os seus pés diariamente?	Sim	50%
	Não	50%
Costuma andar descalço?	Sim	30%
	Não	70%
Como são os seus sapatos?	Largos	100%
	Apertados	0%
Costuma usar meias com os sapatos?	Sim	100%
	Não	0%
Costuma escaldar os seus pés?	Sim	10%
	Não	90%
Costuma secar bem os pés após o	Sim	100%

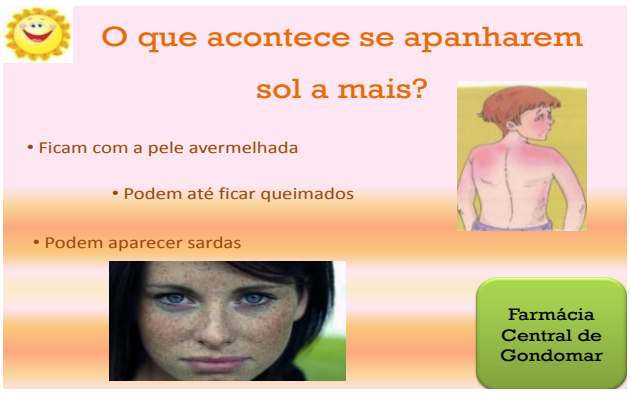
banho?	Não	0%
Como corta as unhas?	Arredondadas	80%
	Retas	20%
É costume ter rachas ou golpes nos pés?	Sim	10%
	Não	90%
A pele do seu pé é muito seca?	Sim	30%
	Não	70%
Costuma ter calos nos pés?	Sim	30%
	Não	70%
Costuma fazer exercícios específicos para os pés?	Sim	20%
	Não	80%
Quando se apercebe de algo diferente nos pés relato a um profissional de saúde?	Sim	70%
	Não	30%
Já sofreu alguma amputação?	Sim	0%
	Não	100%

4. Apresentações

1 – *Powerpoint* relativo à ação de formação intitulada: Cuidados a ter com a exposição ao sol.

Os dois últimos slides dizem respeito a dois vídeos relativos ao tema.









O sol é amigo mas existem regras que tens de cumprir

Agora que já aprendi tudo...
Fiz do sol um grande amigo.
Sei que tenho de me proteger...



Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU



Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU







Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU



Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU







Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU



Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU







Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá...

Quando for para a praia o que devo escolher?



OU



Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá…

Quando for para a praia o que devo escolher?


OU


Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá…

Quando for para a praia o que devo escolher para por dentro da mochila?



Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá…

Quando for para a praia o que devo escolher para por dentro da mochila?





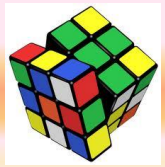





Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá…

Quando for para a praia o que devo escolher para por dentro da mochila?

Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá…

Quando for para a praia o que devo escolher para por dentro da mochila?








Farmácia Central de Gondomar

Então vamos lá…

Já posso ensinar à minha família e aos meus amigos
Mas se tiver dúvidas, vou perguntar ao meu FARMACÊUTICO




Farmácia Central de Gondomar



FIM…

Farmácia Central de Gondomar





2 - Powerpoint relativo à ação de formação intitulada: Saúde Oral. O segundo slide diz respeito a um vídeo relativo ao tema.



Quantas dentições temos?

- 1;
- 2;
- 3;

Quantos dentes permanentes têm os adultos normalmente?

- 18;
- 20;
- 32;



A Nossa Alimentação…











À refeição…



Não comer doces entre as refeições!

Final das refeições!





Que tipo de alimentos são bons para os dentes?

- Alimentos açucarados;
- Lacticínios;
- Apenas os vegetais;



Escovar os dentes

Escovar os dentes

- 3 vezes por dia
- Após as refeições principais



Escovas de dentes

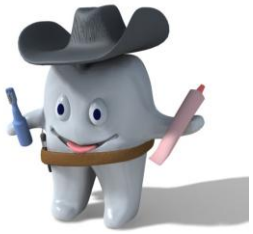
- Trocar de 3 em 3 meses
- Macias ou médias











A escova de dentes não pode ser partilhada!

Flúor

O flúor ajuda os dentes a ficarem mais fortes!

As pastas dos dentes devem ter flúor





Fio dentário

Remove a placa bacteriana entre os dentes







5. Tabelas

1 – Tabela representativa da gravidade da doença arterial em função dos valores de ITB [59].

VALOR DO I.T.B	GRAVIDADE DA DOENÇA ARTERIAL M.INF.
MAIOR DO QUE 0,9	NORMAL
0,71 – 0,9	DAOP LEVE
0,41 – 0,7	DAOP MODERADA
MENOR OU IGUAL A 0,41	DAOP GRAVE

2 – Tabela de Medicamentos Manipulados por mim realizados durante o estágio em Farmácia Comunitária.

NOME	FÓRMULA	TÉCNICA OPERATÓRIA
Solução de ácido acético a 5%	- Ácido acético - Água purificada	Diluição do ácido acético na água purificada
Solução de hipoclorito de sódio a 5%	- Hipoclorito de sódio - Água purificada	Dissolver o hipoclorito de sódio na água purificada e agitar
Solução de Neo-Sinefrina + Soro fisiológico + Epsicapron	- Neo-sinefrina - Soro fisiológico - Epsicapron (uma carteira)	Dissolver a carteira no soro e adicionar a este a Neo-sinefrina

Álcool a boricado a 5%	- Ácido bórico - Álcool 96%	Dissolver o ácido bórico no álcool a 96%, agitar até completa dissolução. Filtrar.
Pomada constituída por vaselina branca e enxofre	- Vaselina branca - Enxofre	Incorporar o enxofre na vaselina por espatulação.

3 – Tabela das comparticipações do Estado no preço dos Medicamentos Manipulados.

das funções, conforme evidencia a respectiva nota curricular em anexo:

Licenciada Elisabete Maria Rodrigues Mateus, técnica superior dos mapas de pessoal do IPQ, I. P., para exercer o cargo de Directora de Departamento do Gabinete de Planeamento

26 de Novembro de 2010. — Pelo Conselho Directivo, o Presidente, *Edmundo Martinho.*

Nota Curricular

Elisabete Maria Rodrigues Mateus, Licenciada em Psicologia Social e das Organizações, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, é técnica superior da carreira geral de técnico superior, do Quadro de Pessoal do Instituto Português da Qualidade (IPQ).

De Novembro 2007 até Novembro de 2010, Directora de Departamento do Gabinete de Planeamento do ISS, I. P. De Fevereiro de 2006 a Novembro de 2007, directora do DPSI do ISS, I. P., cargo que exerceu em acumulação com o de directora do Gabinete da Qualidade (GQ) do ISS, I. P. De Outubro de 2002 até Fevereiro de 2006, directora do GQ do ISS, I. P.. De Abril de 2001 até Outubro 2002, nomeada em comissão de serviço como assessora especializada ao Conselho Directivo do então ISSS, sendo coordenadora do GQ e coordenadora do Gabinete de Apoio à Decisão do Administrador Delegado Regional do Algarve. De Julho de 2000 a Abril de 2001, em regime de requisição exerceu funções de assessoria ao então presidente do CRSS do Algarve. De Setembro de 1993 a Junho de 2000, exerceu funções no IPQ, quadro ao qual continua a pertencer. De 1989 a Agosto de 1993, Professora provisória do Ensino Oficial, de Matemática, Ciências da Natureza, Biologia e Saúde (4.º e 11.º Grupo B).

204053786

Deliberação (extracto) n.º 2347/2010

Pela Deliberação do Conselho Directivo n.º 427/10, e até à conclusão do procedimento concursal para recrutamento e provimento do referido cargo, foi nomeado em regime de substituição, para o Gabinete de Qualidade e Auditoria dos Serviços Centrais, o seguinte trabalhador que detém a competência técnica e aptidão para o exercício das funções, conforme evidencia a respectiva nota curricular em anexo:

Licenciada, Maria da Conceição Sá Duarte Ribeiro Ferraz, técnica superior dos mapas de pessoal do ISS, I. P., para exercer o cargo de Directora do Departamento do Gabinete de Qualidade e Auditoria

26 de Novembro de 2010. — Pelo Conselho Directivo, o Presidente, *Edmundo Martinho.*

Nota Curricular

Maria da Conceição e Sá Duarte Ribeiro Ferraz, Licenciada em Direito, pela Universidade Católica Portuguesa, Pós-Graduada em Relações Internacionais pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, é técnica superior, do quadro de pessoal do Instituto da Segurança Social, I. P.

É directora do Gabinete de Qualidade e Auditoria do ISS, I. P., desde 2007. Outras funções exercidas: técnica superior (Direcção de Serviços Jurídicos e Contra-Ordenações do CRSSLVT (1997/2001) e no Gabinete de Avaliação Procedimental e Normativa do ISS, I. P. (2001/2004), data em que foi nomeada directora do mesmo, até 2007); coordenadora da área de ilícitos criminais, de contra-ordenações, do sistema de verificação de incapacidades (2003/2007) e do Conselho Médico, órgão ao qual preside desde 2004. É titular de formação específica para dirigentes (SAD e CAGEP) e na área da qualidade e auditoria, incluindo Diploma de Especialização nestas áreas. Formadora e prelectora em seminários, cursos e pós-graduações.

204053794

Deliberação (extracto) n.º 2348/2010

Declara-se sem efeito a deliberação (extracto) n.º 2237/2010, publicado no *Diário da República,* 2.ª série, n.º 235, de 6 de Dezembro de 2010.

10 de Dezembro de 2010. — Pelo Conselho Directivo, o Presidente, *Edmundo Martinho.*

204053331

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 18694/2010

O artigo 23.º do regime geral das comparticipações do Estado no preço

13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, estabelece que os medicamentos manipulados comparticipáveis constam de lista a aprovar anualmente por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta do conselho directivo do INFARMED, I. P.

A avaliação dos medicamentos para efeitos de comparticipação assenta em critérios de natureza técnico-científica que evidenciem a sua eficácia e efectividade terapêutica.

Por outro lado, a comparticipação dos medicamentos manipulados requer ainda avaliação suplementar quanto às preparações que a justificam.

Para este efeito, considerou-se importante aprofundar o estudo desta matéria, tendo o conselho directivo do INFARMED, I. P., constituído um grupo técnico com o objectivo de assegurar a elaboração da primeira lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, apoiando e reforçando as actividades do INFARMED, I. P., na área dos medicamentos.

Foram ouvidas as Ordens dos Farmacêuticos e dos Médicos, as associações representativas das farmácias e dos farmacêuticos hospitalares e a Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Assim, considerando a proposta apresentada pelo INFARMED, I. P., e ao abrigo do artigo 23.º do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, determino o seguinte:

1 — Podem ser objecto de comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde e pela ADSE os medicamentos manipulados relativamente aos quais ocorre uma das seguintes condições:

a) Inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância activa na forma farmacêutica pretendida;

b) Existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente;

c) Necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da pediatria ou da geriatria.

2 — É aprovada a lista de medicamentos manipulados comparticipados a que se refere o artigo 23.º do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro.

3 — Os medicamentos manipulados comparticipados previstos no número anterior são os constantes do anexo deste despacho, que dele faz parte integrante.

4 — O medicamento manipulado comparticipado deve ser prescrito mediante indicação na receita da substância ou substâncias activas, respectiva concentração, excipiente ou excipientes aprovados e forma farmacêutica.

5 — Considera-se excipiente apropriado qualquer substância de uso farmacêutico susceptível de utilização como veículo ou base adaptada à manipulação de forma farmacêutica, à respectiva posologia ou à via de administração.

6 — Exceptuam-se de comparticipação as prescrições médicas que façam referência a marcas de medicamentos, produtos de saúde ou outros produtos.

7 — Os medicamentos que constam do anexo ao presente despacho são comparticipados em 30 % do respectivo preço.

8 — Podem ser incluídos no anexo ao presente despacho outros medicamentos manipulados que preencham as condições do n.º 1.

9 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

18 de Novembro de 2010. — O Secretário de Estado da Saúde, *Óscar Manuel de Oliveira Gaspar.*

ANEXO

(a que se refere o n.º 3 do despacho n.º 18 694/2010)

Substância activa	Forma farmacêutica
Acetato de flecainida	Solução oral, xarope.
Acetonido de triamcinolona	Gel.
Ácido acético	Solução aquosa.
Ácido bórico	Cápsulas vaginais, gel, óvulos, pomada, solução alcoólica saturada.

Substância activa	Forma farmacêutica
Ácido salicílico	Creme, gel, pomada, pó cutâneo, solução hidroalcoólica.
Ácido salicílico + alcatrão mineral.	Creme, gel, pomada, suspensão cutânea.
Ácido salicílico + óxido de zinco + + amido.	Pasta, pó cutâneo, suspensão cutânea.
Ácido salicílico + ureia	Creme, gel, pasta, pomada.
Ácido tricloroacético	Gel, solução alcoólica, solução aquosa.
Ácido ursodesoxicólico	Suspensão oral.
Alcatrão mineral.	Creme, gel, pasta, pomada, solução cutânea, tintura.
Alcatrão mineral + óxido de zinco + + amido.	Pasta.
Alopurinol	Suspensão oral.
Atenolol	Suspensão oral.
Benzoato de metronidazol	Suspensão oral.
Benzoato de sódio	Solução oral, xarope.
Bicarbonato de sódio	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução aquosa.
Biotina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.
Captopril	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.
Carbamazepina.	Suspensão oral.
Carvedilol.	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral.
Cetoconazol	Suspensão oral.
Citrato de sódio di-hidratado + + ácido cítrico mono-hidratado.	Solução oral.
Cloreto de potássio.	Solução oral, xarope.
Cloridrato de amiodarona	Suspensão oral.
Cloridrato de arginina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.
Cloridrato de diltiazem	Solução oral, xarope.
Cloridrato de piridoxina.	Solução oral, xarope.
Cloridrato de propranolol.	Solução oral, xarope.
Cloridrato de ranitidina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.
Cloridrato de tetraciclina	Solução oral, xarope.
Cloridrato de verapamilo	Solução oral.
Coaltar saponinado.	Tintura.
Ditranol + ácido salicílico + óxido de zinco + amido.	Pasta.
Ditranol + alcatrão mineral + óxido de zinco + amido.	Pasta.
Enxofre (precipitado ou sublimado).	Creme, loção, pomada.
Espironolactona	Suspensão oral.
Etambutol	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Etinilestradiol.	Solução oral.
Fenitoína	Suspensão oral, xarope.
Fenobarbital	Suspensão oral.
Fenol	Solução aquosa.
Fosfato de sódio dibásico anidro	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Fosfato sódico de riboflavina.	Solução oral.
Furosemida.	Solução oral, suspensão oral.
Griseofulvina	Suspensão oral.
Hidrato de cloral	Solução oral.
Hidroclorotiazida	Suspensão oral.
Hidrocortisona	Suspensão oral.
Hidroquinona	Creme, gel.
Hidroquinona + a-hidroxiácidos + + ácido retinóico + hidrocortisona.	Creme, gel.
Hidroquinona em associação com ácido glicólico e ou ácido kójico	Creme, gel, pomada.
Malcato de enalapril.	Solução oral.
Messalazina	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Metotrexato	Suspensão oral.
Minoxidil	Solução oral.
Nifedipina	Suspensão oral, xarope.
Nitrato de prata	Solução aquosa.
Nitrofurantoína.	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral.
Óleo de cade.	Loção, pomada.
Omeprazol	Suspensão oral.
Óxido de zinco + amido.	Pasta.
Permanganato de potássio	Solução aquosa.
Peróxido de benzoílo + enxofre	Gel.
Pirazinamida	Suspensão oral.
Pirimetamina	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Podofílino.	Gel, pomada, solução alcoólica, solução oleosa.
Prednisolona.	Suspensão oral.
Prednisona	Suspensão oral.
Propiltiouracilo	Suspensão oral.
Resorcina + ácido salicílico	Solução alcoólica.
Riboflavina.	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral.
Sais de zinco	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.
Solução de Albright	Solução oral.
Solução de Joulie	Solução oral.
Solução de Shohl	Solução oral.
Sulfato de hidroxicloroquina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral.
Tintura de alcatrão mineral + óxido de zinco.	Loção aquosa, loção hidroalcoólica.
Tocoferol	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Trimetroprim	Suspensão oral, xarope.
Ureia.	Gel, pomada.
Valina	Cápsulas, papéis medicamentosos.

204053542

Secretaria-Geral

Aviso n.º 26362/2010

1 — Nos termos do n.º 6 do artigo 36.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de Janeiro, torna-se pública a Lista Unitária de Ordenação Final relativa ao procedimento concursal comum de recrutamento para ocupação de 4 postos de trabalho da categoria de assistente técnico, do mapa de pessoal da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113, de 14 de Junho.

Lista unitária de ordenação final dos candidatos aprovados

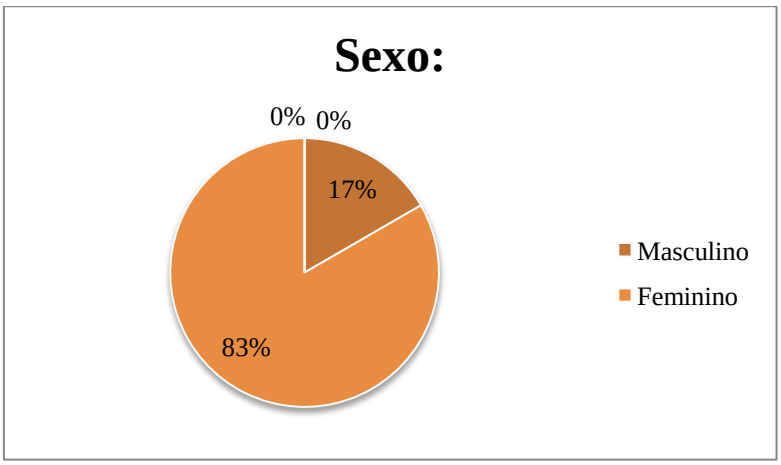
Referência A

Ordenação	Nome	Classificação final
1.º	Sandra Isabel Batista Emídio	13,2 valores

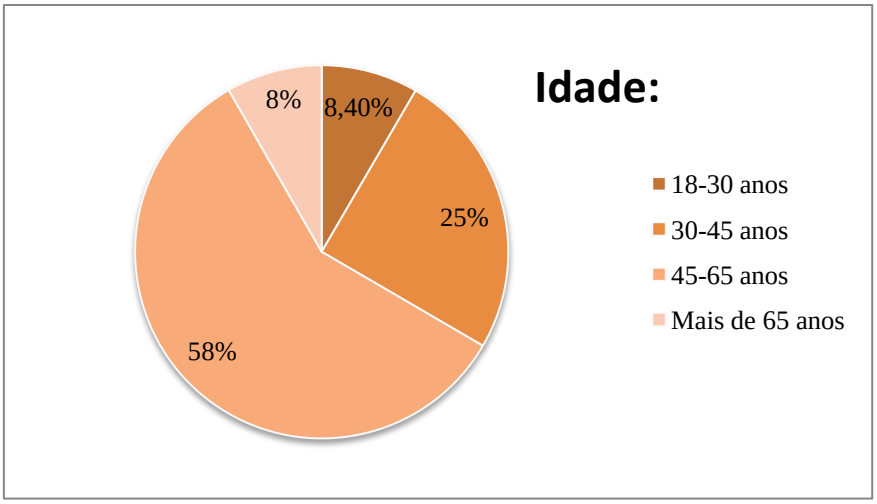
Referência B

6. Gráficos

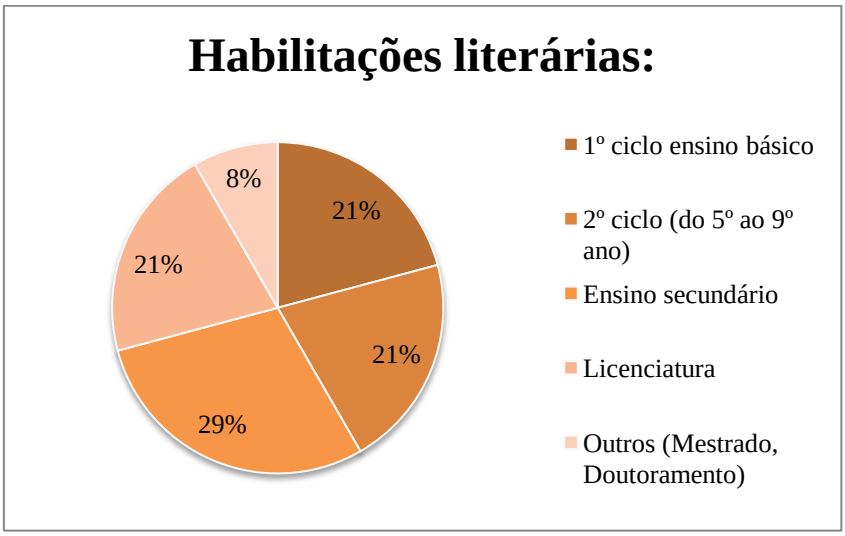
1 –



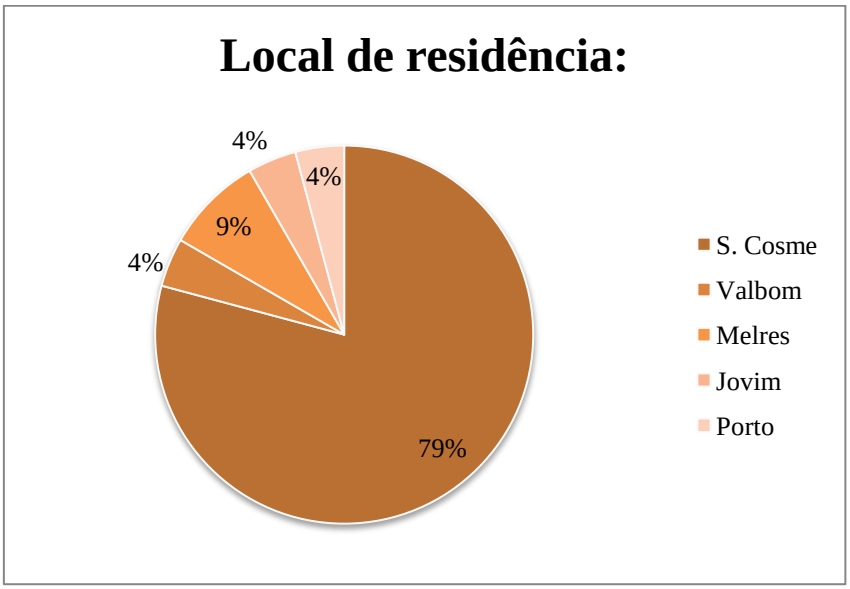
2 –


Idade:
8%
8,40%
25%
58%
18-30 anos
30-45 anos
45-65 anos
Mais de 65 anos

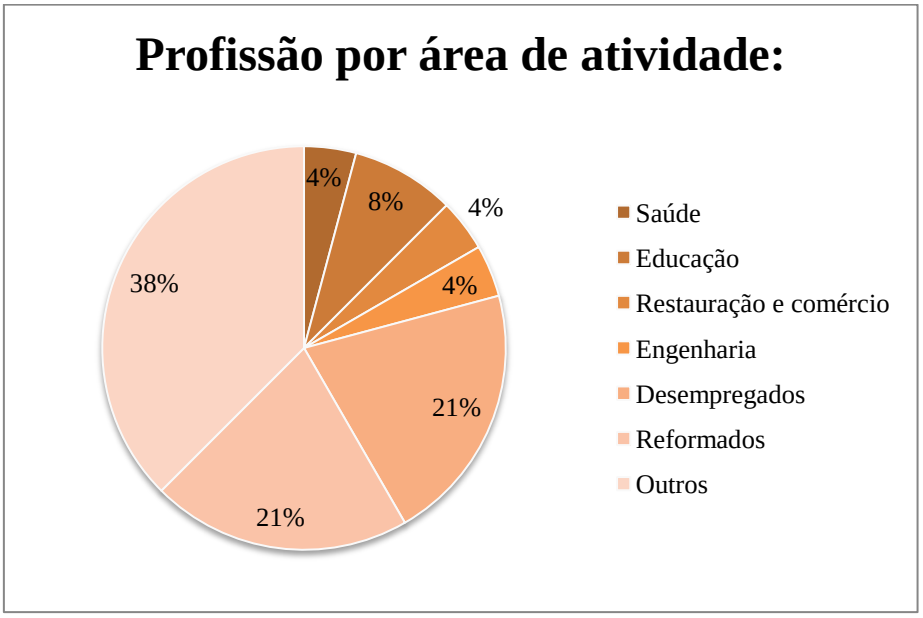
3 –


Habilitações literárias:
8%
21%
21%
21%
29%
1º ciclo ensino básico
2º ciclo (do 5º ao 9º ano)
Ensino secundário
Licenciatura
Outros (Mestrado, Doutoramento)

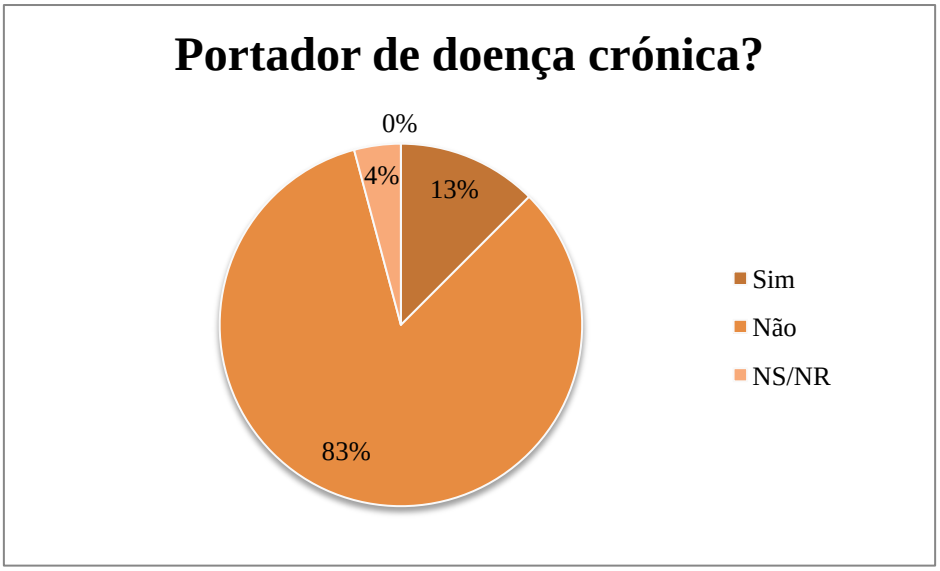
4 –


Local de residência:
4%
4%
9%
4%
79%
S. Cosme
Valbom
Melres
Jovim
Porto

5 –

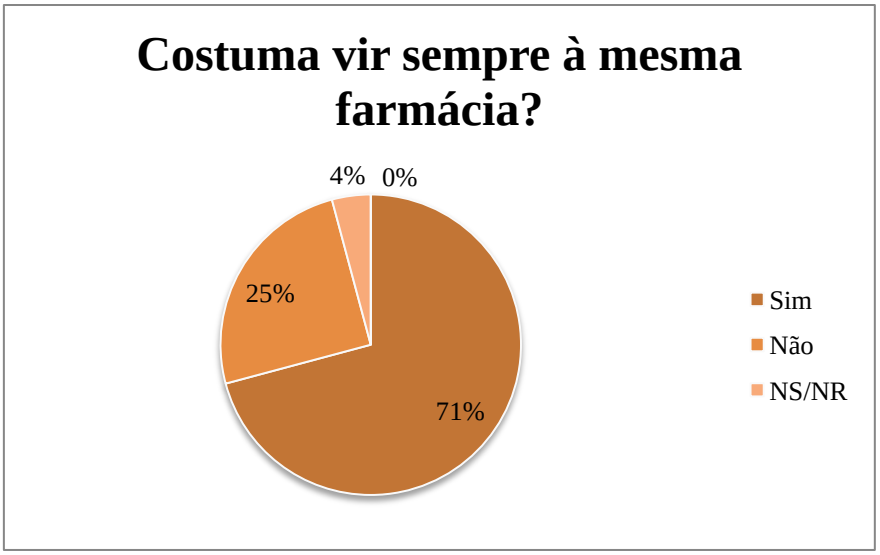


6 –

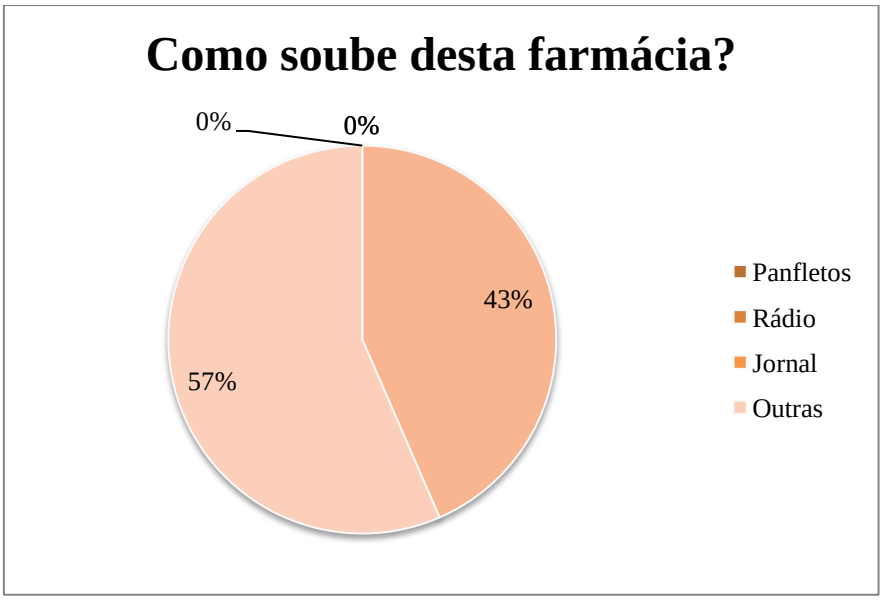


(NS/NR = Não Sabe/Não Responde)

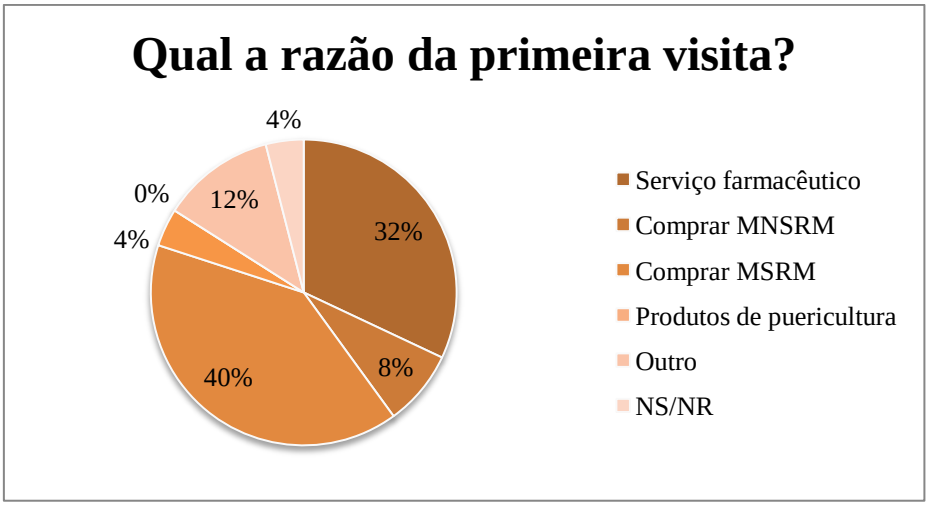
7 –


Costuma vir sempre à mesma farmácia?
4%
0%
25%
71%
Sim
Não
NS/NR

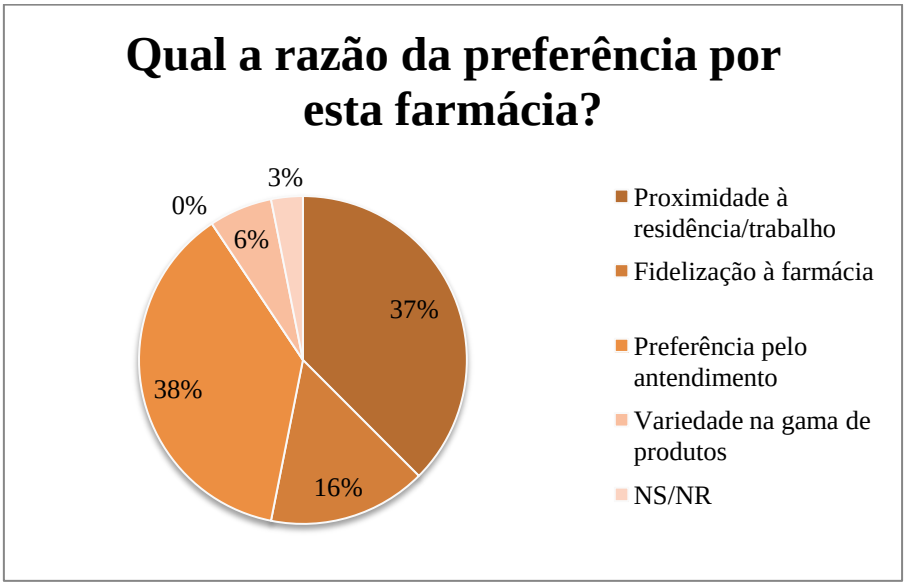
8 -


Como soube desta farmácia?
0%
0%
43%
57%
Panfletos
Rádio
Jornal
Outras

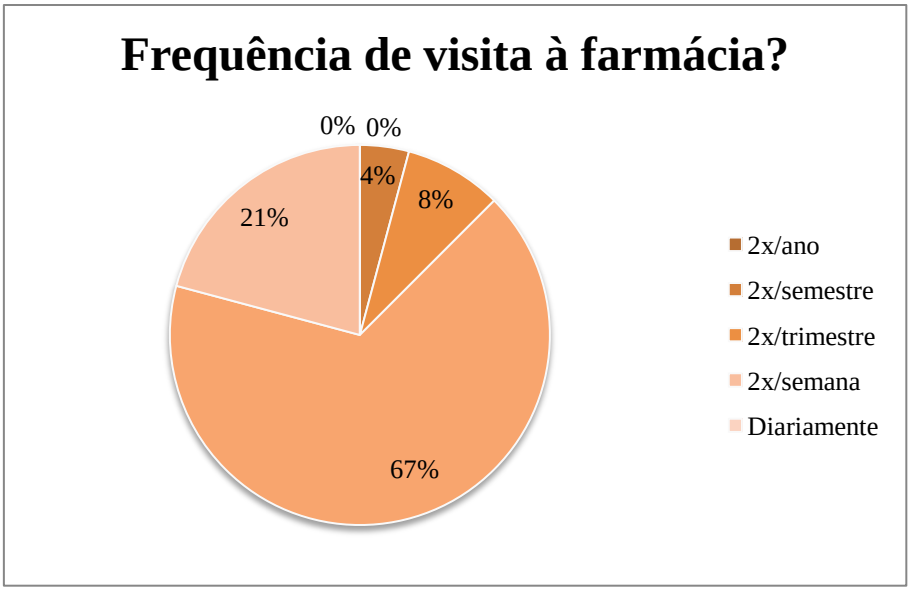
9 -


Qual a razão da primeira visita?
4%
0%
12%
4%
32%
8%
40%
Serviço farmacêutico
Comprar MNSRM
Comprar MSRM
Produtos de puericultura
Outro
NS/NR

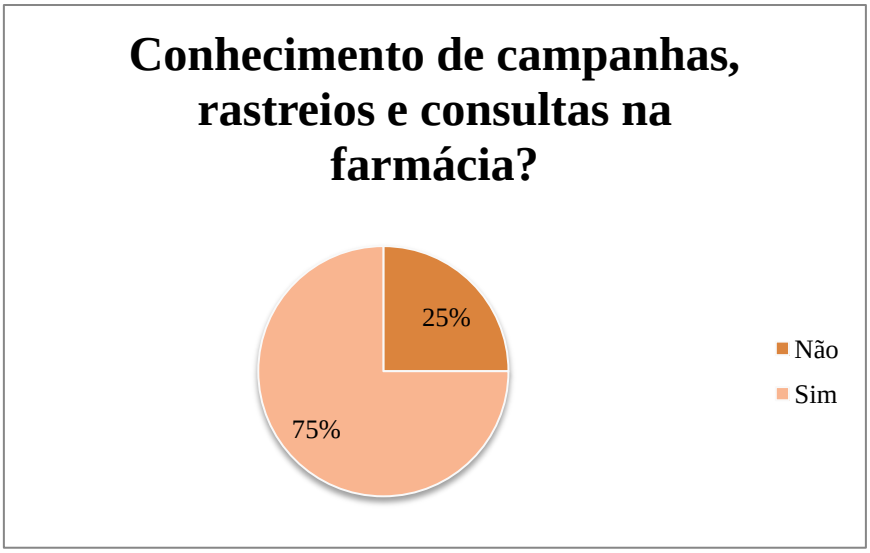
10 -


Qual a razão da preferência por esta farmácia?
3%
0%
6%
37%
38%
16%
Proximidade à residência/trabalho
Fidelização à farmácia
Preferência pelo antendimento
Variedade na gama de produtos
NS/NR

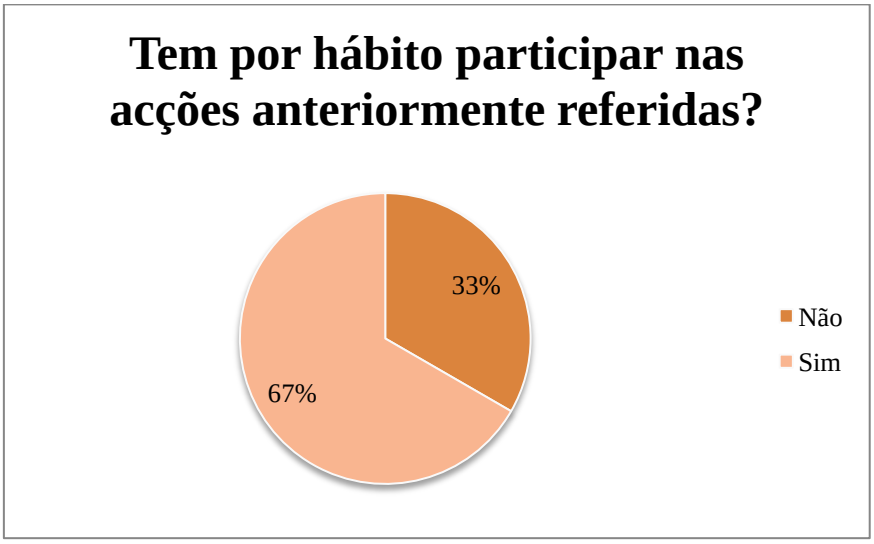
11 -


Frequência de visita à farmácia?
0%
0%
4%
8%
21%
67%
2x/ano
2x/semestre
2x/trimestre
2x/semana
Diariamente

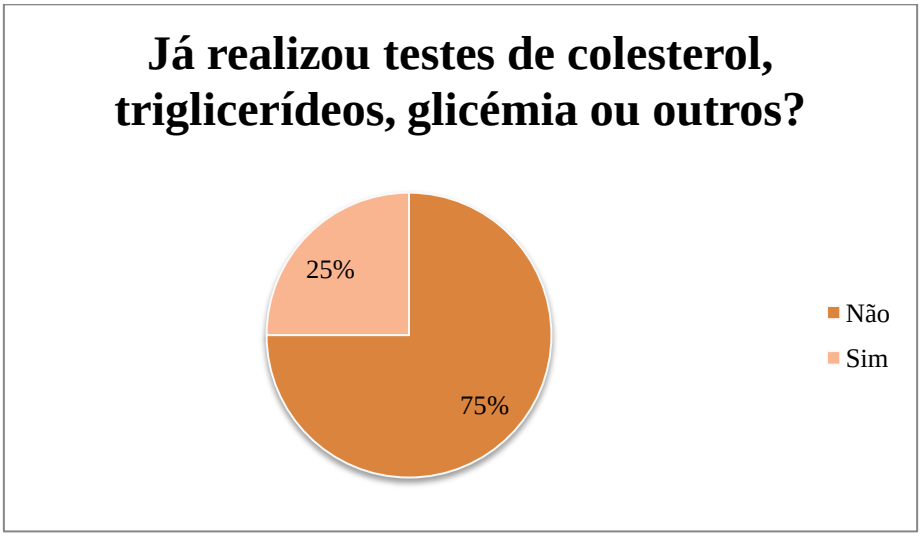
12 -


Conhecimento de campanhas, rastreios e consultas na farmácia?
25%
75%
Não
Sim

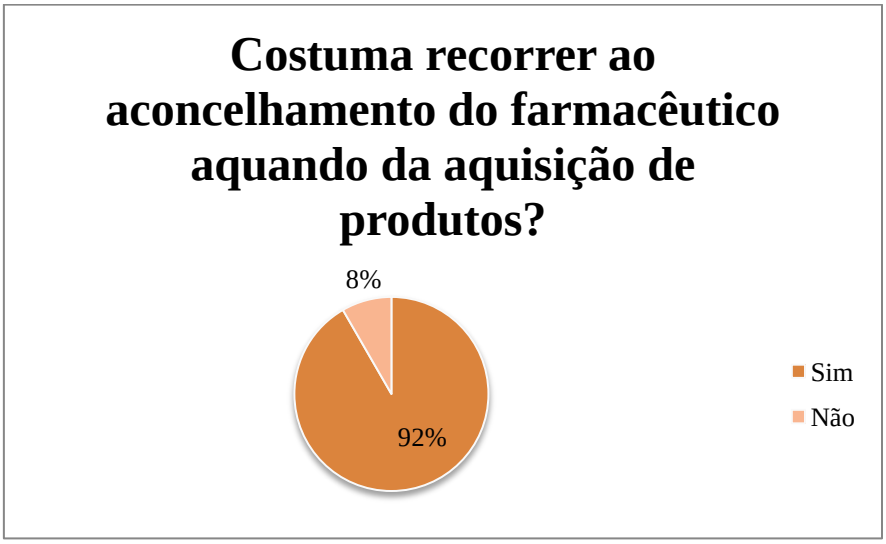
13 -


Tem por hábito participar nas acções anteriormente referidas?
33%
67%
Não
Sim

14 -


Já realizou testes de colesterol, triglicerídeos, glicémia ou outros?
25%
75%
Não
Sim

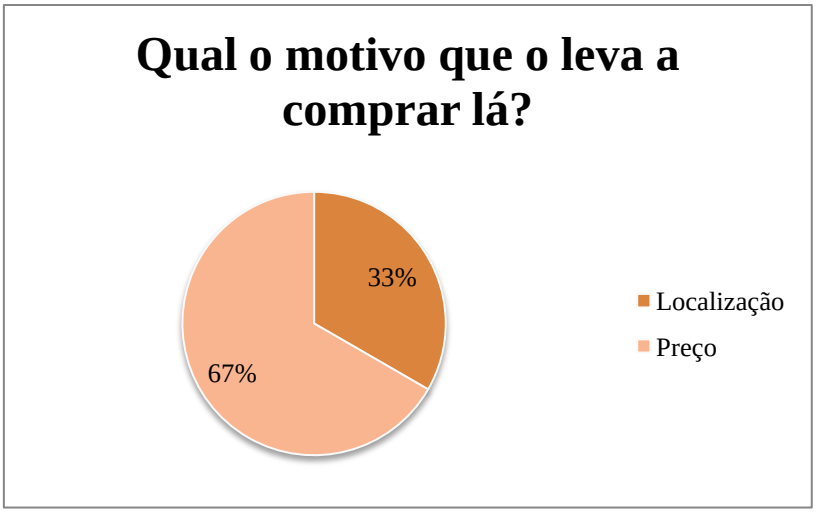
15 -


Costuma recorrer ao aconcelhamento do farmacêutico aquando da aquisição de produtos?
8%
92%
Sim
Não

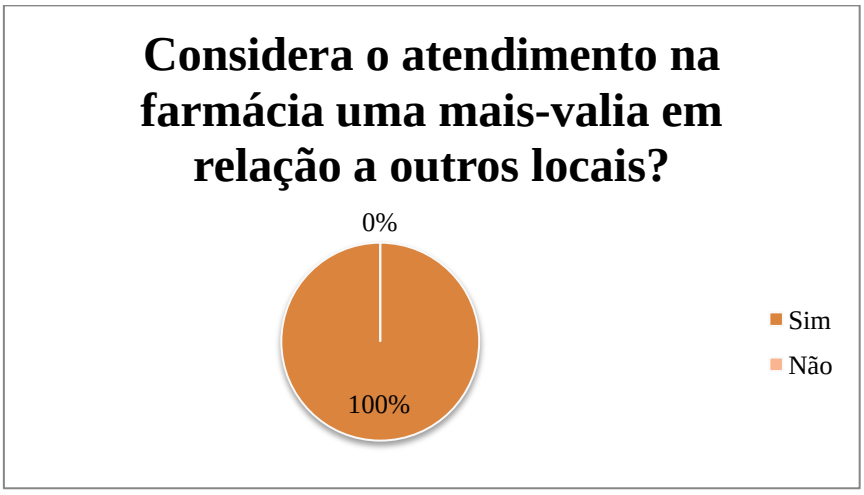
16 -


Na aquisição de MNSRM e outros produtos costuma preferir:
8%
92%
Farmácia
Outos locais

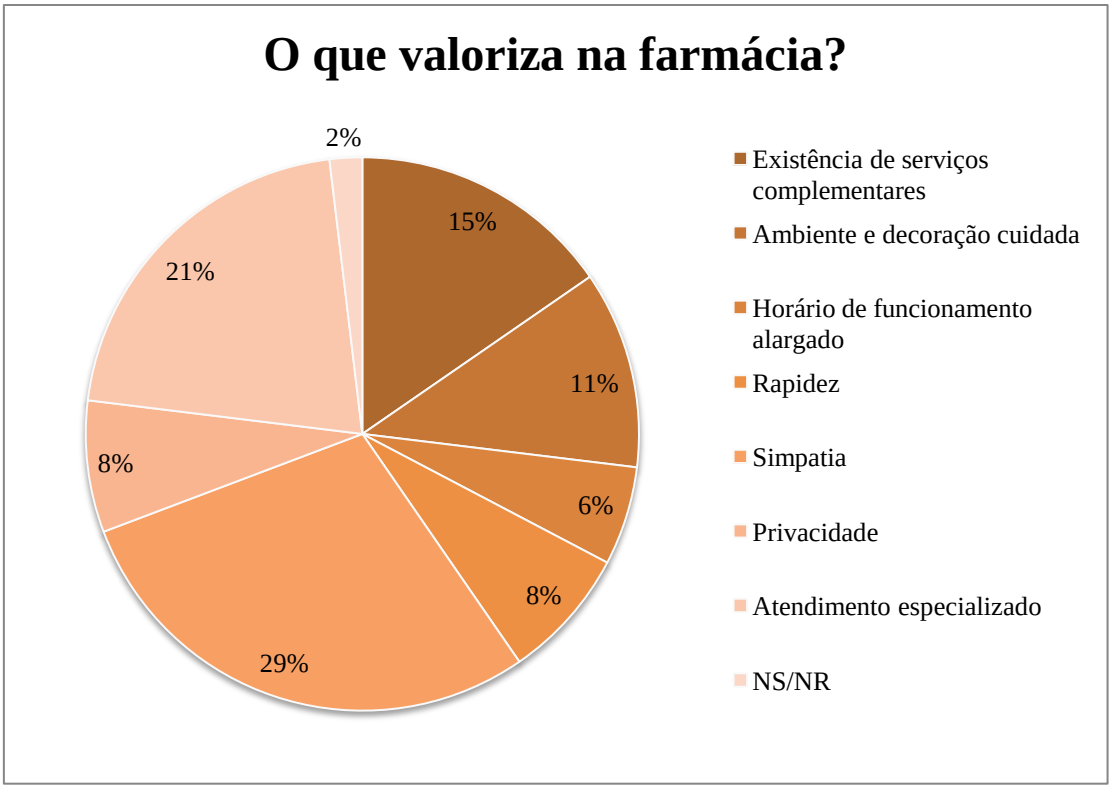
17 -


Qual o motivo que o leva a comprar lá?
33%
67%
Localização
Preço

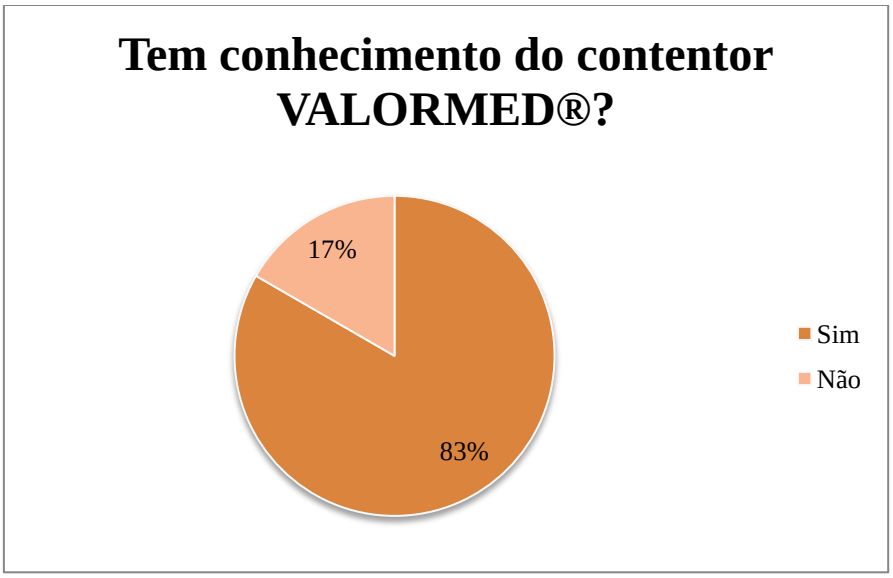
18 -


Considera o atendimento na farmácia uma mais-valia em relação a outros locais?
0%
100%
Sim
Não

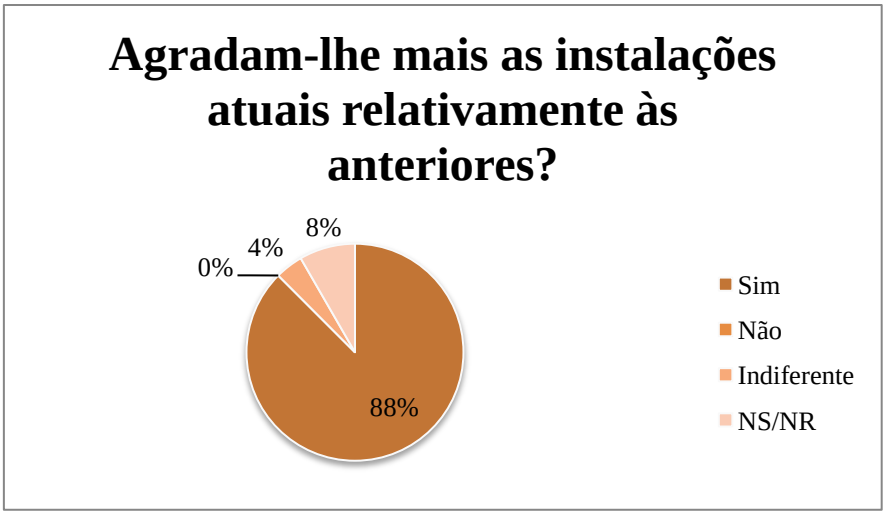
19 -


O que valoriza na farmácia?
2%
15%
21%
11%
8%
6%
8%
29%
Existência de serviços complementares
Ambiente e decoração cuidada
Horário de funcionamento alargado
Rapidez
Simpatia
Privacidade
Atendimento especializado
NS/NR

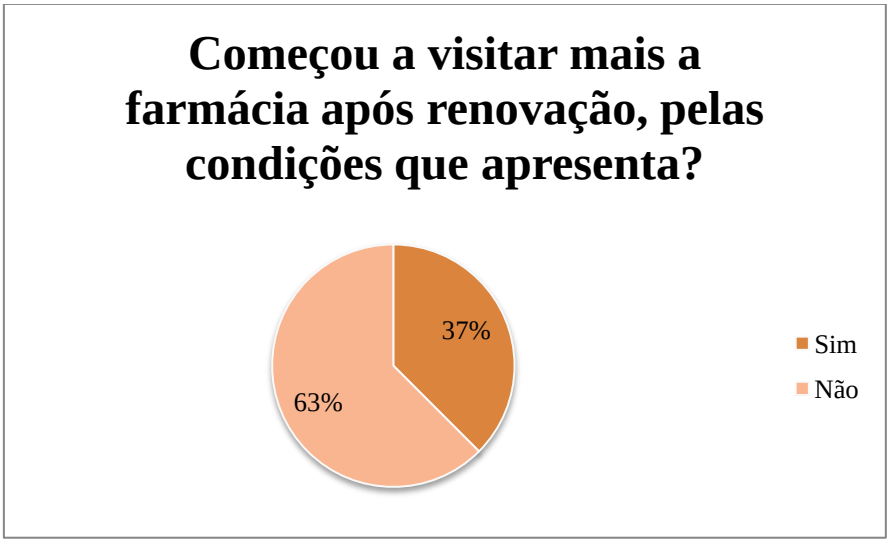
20 -


Tem conhecimento do contentor VALORMED®?
17%
83%
Sim
Não

21 -


Agradam-lhe mais as instalações atuais relativamente às anteriores?
8%
4%
0%
88%
Sim
Não
Indiferente
NS/NR

22 -


Começou a visitar mais a farmácia após renovação, pelas condições que apresenta?
37%
63%
Sim
Não

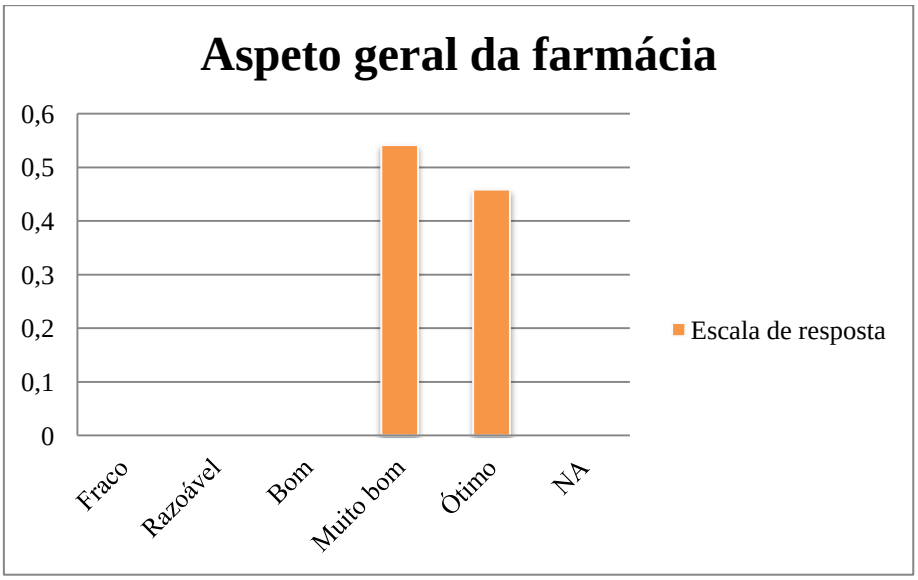
23 -


No seu entender, a farmácia possui agora uma gama mais alargada de produtos?
29%
0%
71%
Sim
Não
NS/NR

24 -


Do seu ponto de vista, a implementação do sistema de espera por senhas seria mais vantajoso?
4%
29%
67%
Sim
Não
NS/NR

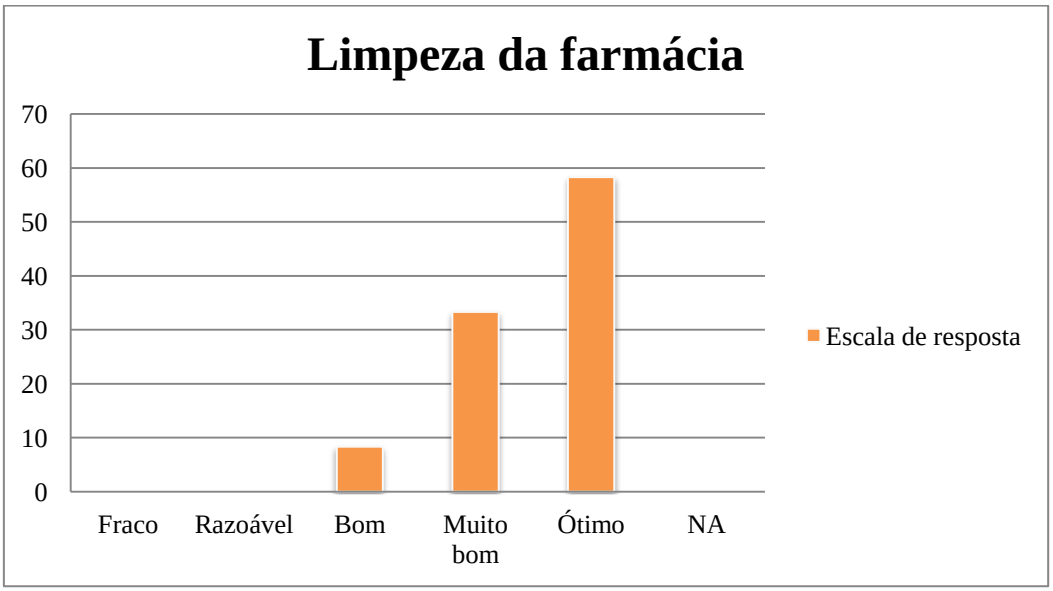
25 –


Aspeto geral da farmácia
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

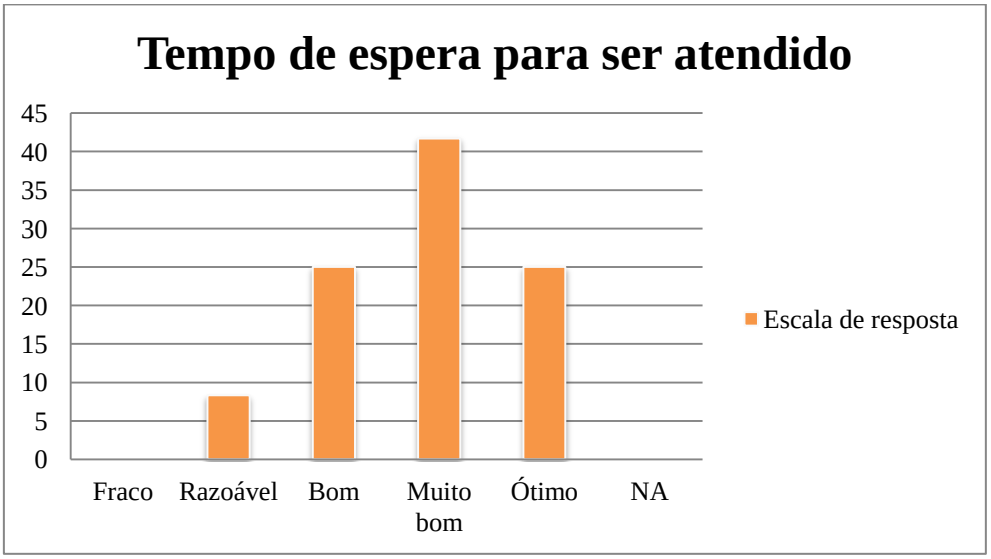
26 -


Disposição/organização dos podutos nos lineares de exposição
60
50
40
30
20
10
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

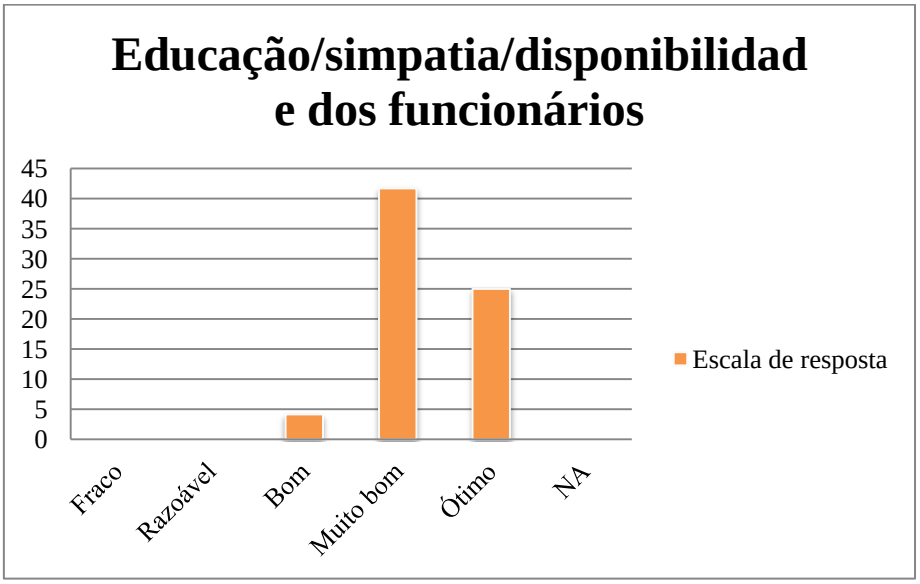
27 –


Limpeza da farmácia
70
60
50
40
30
20
10
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

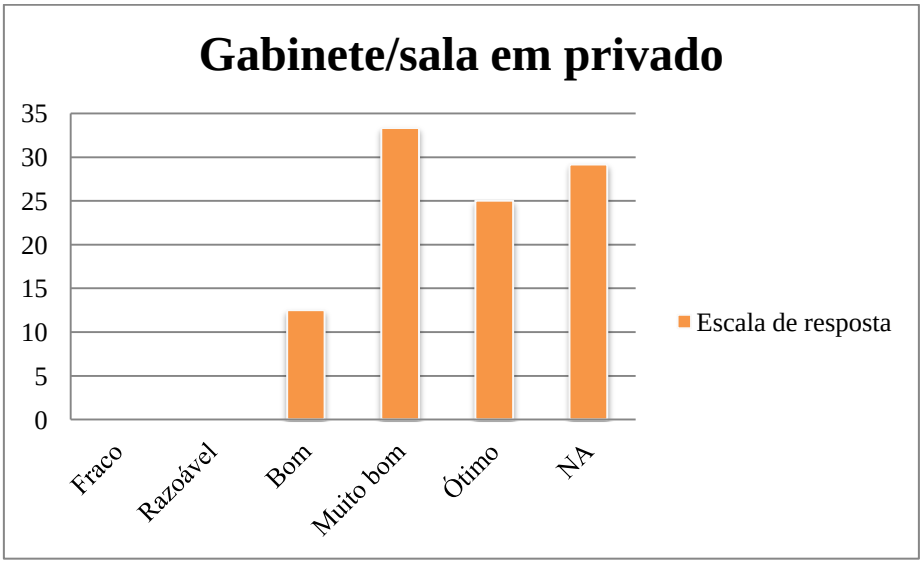
28 –


Tempo de espera para ser atendido
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

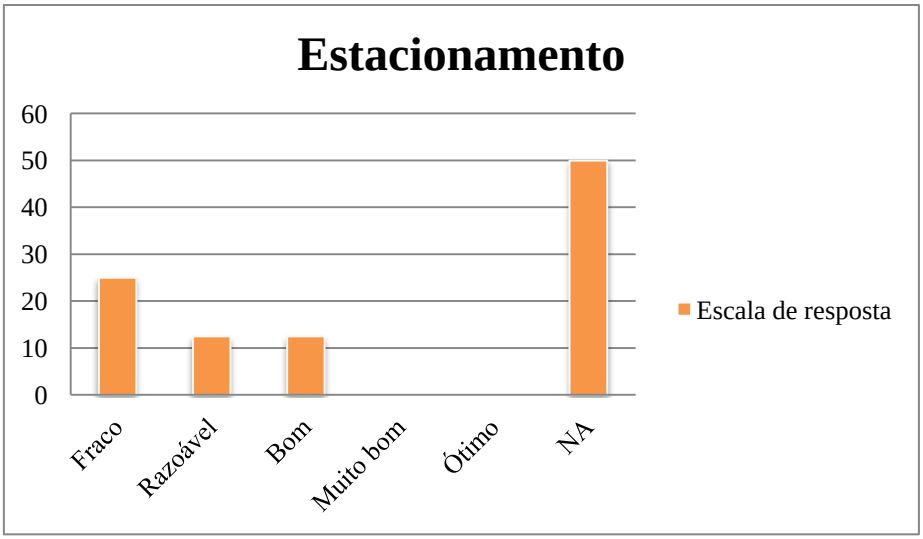
29 -


Educação/simpatia/disponibilidade dos funcionários
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

30 -


Gabinete/sala em privado
35
30
25
20
15
10
5
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

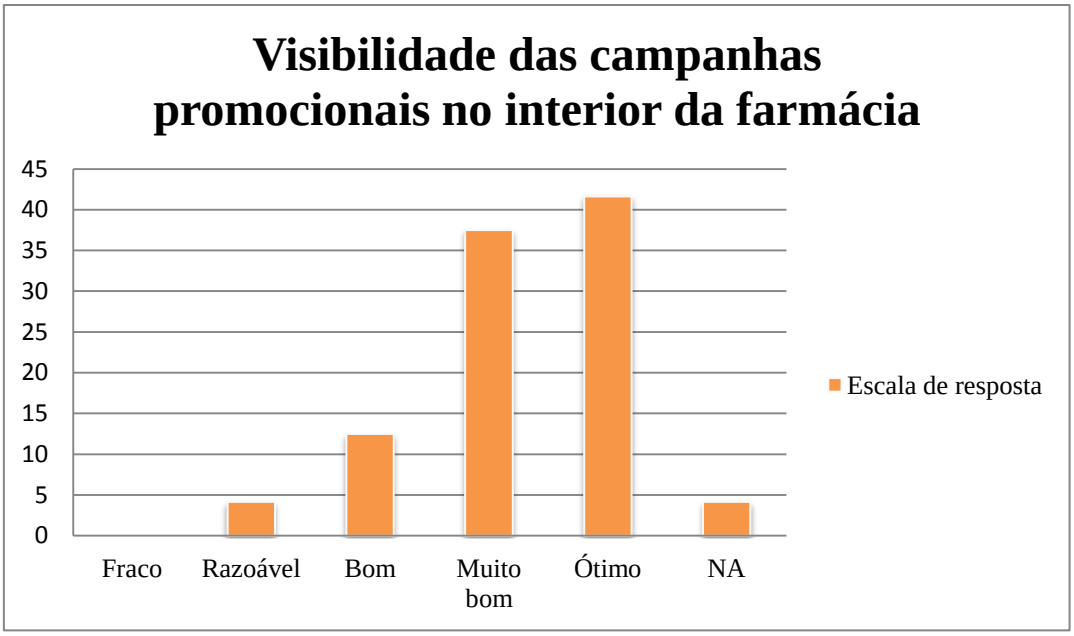
31 -


Estacionamento
60
50
40
30
20
10
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

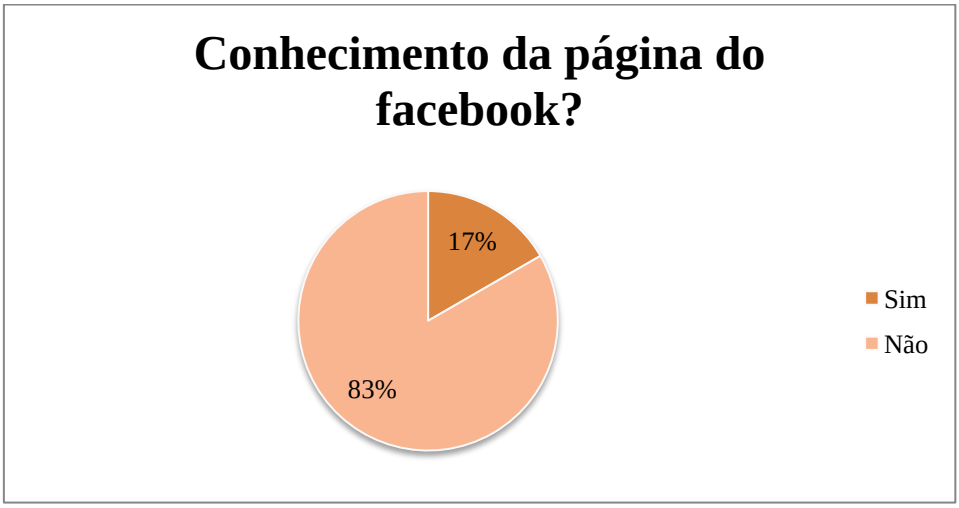
32 –


Tempo de espera por um produto que não existe na farmácia
60
50
40
30
20
10
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

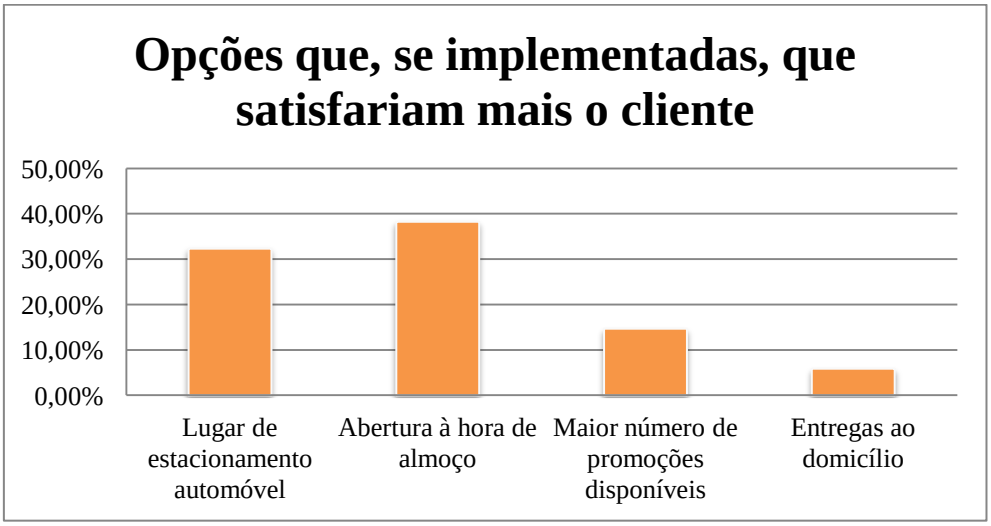
33 –


Visibilidade das campanhas promocionais no interior da farmácia
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
Fraco
Razoável
Bom
Muito bom
Ótimo
NA
Escala de resposta

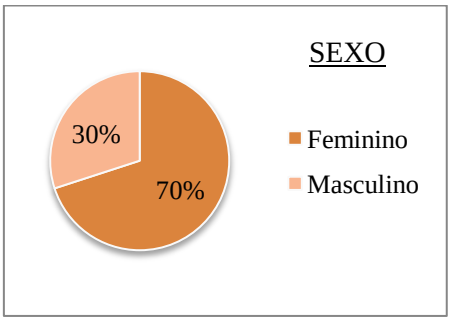
34 -


Conhecimento da página do facebook?
17%
83%
Sim
Não

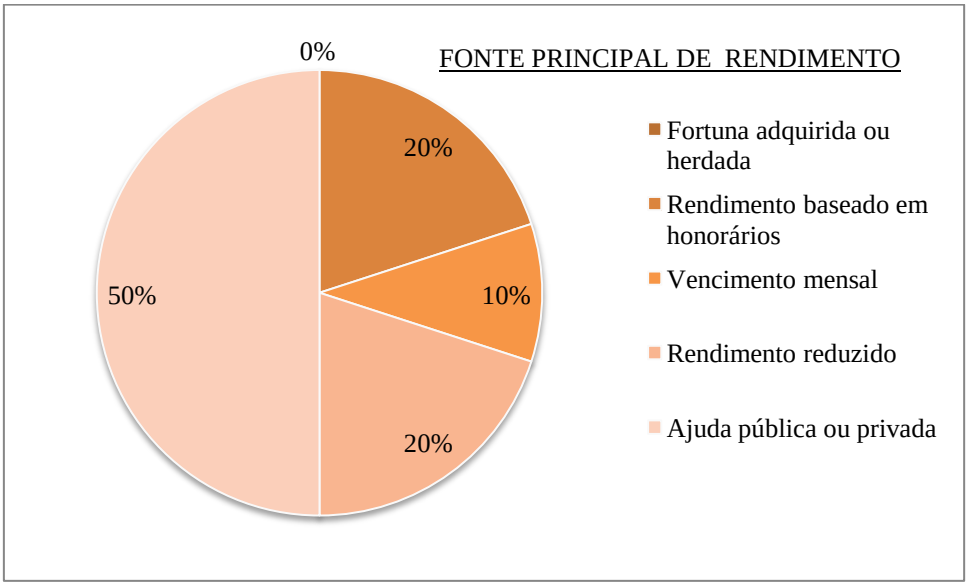
35 –


Opções que, se implementadas, que satisfariam mais o cliente
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
Lugar de estacionamento automóvel
Abertura à hora de almoço
Maior número de promoções disponíveis
Entregas ao domicílio

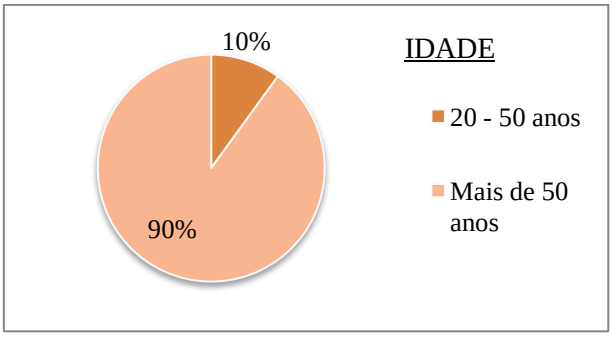
36 – Resultados quanto ao sexo.



37 – Resultados quanto ao nível socioeconómico.



38 – Resultados quanto à idade.



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 Geral de Santo António

Ana Filipa de Sousa Fonseca

2014

FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

PARTE II – HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Julho de 2014 e Agosto de 2014

Relatório realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Autor: Ana Filipa de Sousa Fonseca | 200705896

Orientador: Dr.ª Teresa Almeida

_____

Tutor FFUP: Prof. Doutor Paulo Lobão

_____

Declaração de integridade

Eu, _____, abaixo assinado, nº _____, aluno 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, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecimentos:

Os mais sinceros agradecimentos à equipa farmacêutica do Centro Hospitalar do Porto, que nos recebeu de forma calorosa, profissional, com simpatia e disponibilidade permanente no esclarecimento de qualquer dúvida.

Não podemos deixar de invocar um agradecimento especial à Dr.ª Teresa Almeida, pelo acolhimento, pela paciência, pelo apoio ao longo do estágio e sobretudo pelo empenho em nos proporcionar um estágio em que nos fossem transmitidos todos os conhecimentos imprescindíveis à prestação da nossa profissão.

Gostaríamos também de agradecer a todos os Técnicos Superiores de Saúde que constituem a equipa dos Serviços Farmacêuticos pelo acolhimento e pelo tempo despendido ao enriquecimento da nossa formação.

E finalmente, não podemos deixar de agradecer à Ordem dos Farmacêuticos e à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, pela oportunidade de estágio em Farmácia Hospitalar.

Lista de Abreviaturas:

AO – Assistente Operacional

APF – Armazém de Produtos Farmacêuticos

AUE – Autorização de Utilização Especial

CFT – Centro Hospitalar do Porto

CTX – Citotóxicos

DIDDU – Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

EC – Ensaios Clínicos

FH – Farmacêutico Hospitalar

FHNM – Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento

GHAF/CdM – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia / Circuito do Medicamento (Sistema Informático)

HGSA – Hospital Geral de Santo António

HLS – *Hospital Logistics System*

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

ME – Medicamento Experimental

SC – Serviço Clínico

SF – Serviços Farmacêuticos

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

UFO – Unidade de Farmácia Oncológica

Índice

1 Introdução 1
1.1 Organização e Gestão da Farmácia Hospitalar do CHP-HGSA 1
1.1.1 Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos 2
1.1.2 Sistemas Informáticos 2
1.1.3 Sistemas de Gestão da Qualidade 3
1.1.4 Comissões Técnicas Hospitalares 3
2 Circuito do Medicamento 4
3 Seleção, aquisição e armazenamento de produtos farmacêuticos 4
3.1 Gestão de existências 4
3.2 Sistemas e critérios de aquisição 4
3.3 Receção e conferência de produtos adquiridos 5
3.4 Armazenamento dos produtos/prazos de validade 6
4 Produção 7
4.1 Produção de Não Estéreis 8
4.2 Produção de Estéreis 8
4.2.1 Nutrição Parentérica 9
4.3 Produção de citotóxicos 9
5 Distribuição de medicamentos 12
5.1 Distribuição Clássica 12
5.2 Distribuição Individual Diária em Dose Unitária 13
5.3 Distribuição em Regime de Ambulatório 14
5.4 Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial 16
5.4.1 Estupefacientes e Psicotrópicos 16
5.4.2 Hemoderivados 17
5.4.3 Anti-infeciosos 18
5.4.4 Antídotos 18
5.4.5 Antissépticos e Desinfetantes 18
5.4.6 Material de Penso 18
6 Ensaios Clínicos 19
6.1 Circuito do Medicamento Experimental 20
6.1.1 Receção 20
6.1.2 Dispensa do medicamento experimental 21
6.1.3 Devoluções 21
7 Conclusão 22
8 Bibliografia 23
9 Anexos 24
9.1 Esquemas 24
9.2 Figuras 26

1 Introdução

O presente relatório refere-se ao estágio em Farmácia Hospitalar e surge no âmbito da unidade curricular "Estágio" do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Porto, decorrido nos SF do HGSA.

Através do contacto próximo com o ambiente e realidade hospitalares, que implicam a observação e a participação ativa nas atividades desenvolvidas, torna-se possível compreender o leque de valências proporcionadas pelos SF, tanto na qualidade dos serviços prestados dentro de um hospital, como na responsabilidade que acarreta a prática desta profissão. Deste modo, consideramos preponderante, quer para a evolução pessoal, quer enquanto futuras profissionais de saúde, a contribuição retida através do presente estágio. Assim sendo, ambicionamos conseguir descrever de forma explícita todas as atividades realizadas ao longo destes dois meses, neste relatório.

Os setores dos SF onde exercemos funções e os quais vamos desenvolver de forma mais detalhada ao longo deste relatório são:

- Armazém de Produtos Farmacêuticos;
- Produção de Não-estéreis e Estéreis;
- Unidade de Farmácia Oncológica;
- Distribuição Individual Diária em Dose Unitária;
- Unidade de Farmácia de Ambulatório;
- Ensaios Clínicos.

Cada estagiária passou uma semana em cada um dos setores, participando ativamente nas funções desempenhadas, sob orientação por parte de cada responsável dos diferentes setores.

1.1 Organização e Gestão da Farmácia Hospitalar do CHP-HGSA

O CHP, como Entidade Pública Empresarial, tem como objetivo a união de grandes centros de cuidados de saúde de forma a otimizar pela qualidade e eficácia a sua prestação. Assim, o CHP engloba o Hospital Geral e Central de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Joaquim Urbano. O nosso estágio realizou-se nas instalações dos SF do HSA, no piso 0 do Edifício Neoclássico, à exceção da Unidade UFO, que está localizada no piso 1 do Edifício Dr. Luís de Carvalho (edifício novo), junto do hospital de dia.

São os SF que desempenham todas as atividades farmacêuticas e que complementam os serviços médicos do HGSA. O bom funcionamento dos SF é assegurado pelo FH, o qual possui as devidas competências técnicas e científicas, assegurando o cumprimento correto da política de utilização do medicamento, descrito pelo FHNM e pela CFT [1].

No esquema 1 dos anexos, estão representados os diferentes setores e as respetivas interações entre eles. A grande missão dos SF é a do cumprimento das expectativas e satisfação das necessidades dos clientes. Para tal, e através de uma boa gestão dos SF, há uma interligação dos setores que permite um adequado circuito do medicamento, desde o seu armazenamento até à sua distribuição. De forma a dar apoio a estes setores e promover o seu desenvolvimento, existem também áreas como a gestão de equipamentos e gestão científica, entre outras, sempre com uma atuação transversal em todas as áreas da gestão da qualidade para promover o máximo propósito dos SF: o uso racional do medicamento.

Desta forma, o farmacêutico torna-se um elemento fundamental para o bom funcionamento dos serviços prestados aos utentes pelo HGSA através da promoção da eficácia, segurança e qualidade do medicamento a nível hospitalar.

1.1.1 Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos

O FHNM, colocado à disposição dos profissionais de saúde pelo INFARMED, comporta-se como um importante instrumento de orientação na escolha racional dentro de uma grande oferta de medicamentos. A sua utilização é obrigatória pelos prescritores nos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, e apenas os medicamentos contemplados neste formulário devem ser usados em meio hospitalar, a não ser que estejam presentes nas adendas realizadas ao respetivo formulário [2]. Para além disto, pode ser do entendimento médico a necessidade de recurso a um novo medicamento, a uma nova apresentação, a uma nova dosagem, ou mesmo a uma nova aplicação terapêutica para um dado medicamento.

Cada grupo farmacoterapêutico constitui um capítulo e para cada medicamento são descritas as suas características, bem como as suas indicações terapêuticas e riscos. Assim, o FHNM apresenta-se como uma ferramenta de trabalho crucial que proporciona o bom uso do medicamento e levando assim à satisfação das expectativas e necessidades dos utentes.

1.1.2 Sistemas Informáticos

O sistema informático utilizado no HGSA é designado Gestão Hospitalar de Armazéns e Farmácia. A utilização de programas informáticos constitui uma melhoria na eficácia de todo o processo do medicamento, nomeadamente ao nível da comunicação entre os diferentes setores e profissionais de saúde do hospital. Assim, a ação do farmacêutico chega mais rapidamente ao cliente, proporcionando uma resposta rápida às suas necessidades.

Para além deste programa informático, existe ainda o CdM, o qual está presente tanto nos serviços clínicos, como nos SF do HGSA, sendo a plataforma onde se realiza a prescrição médica eletrónica e a validação farmacêutica. Este programa é utilizado por todos os SF, tendo o FH acesso às prescrições dos doentes em regime de ambulatório, regime de internamento e hospital de dia. O CdM possibilita ainda o registo das intervenções farmacêuticas efetuadas,

sendo um importante auxiliar na realização de cuidados farmacêuticos, o que contribui para um uso racional e seguro do medicamento.

1.1.3 Sistemas de Gestão da Qualidade

Os sistemas de gestão da qualidade visam maximizar as tarefas desenvolvidas nos SF, incluindo todo o circuito que o medicamento sofre, desde o seu armazenamento até à sua dispensa. Assim, existem alguns sistemas implementados no HGSA para garantir a máxima qualidade dos serviços. Para tal, é necessário que todos os funcionários, desde médicos a assistentes operacionais, estejam familiarizados com o processo de forma a este se processar da melhor maneira:

- Sistema HLS: este modelo assenta na inovação e na busca pela melhoria contínua dos processos, mantendo-se a qualidade e minimizando-se os custos. Neste seguimento, procede-se à implementação do sistema de *kanbans* (cartão identificativo de cada produto, como se observa na Figura 1 em anexo, responsável pela reposição de *stocks*). Finalmente, quando atingido o ponto de encomenda, o *kanban* é retirado e posteriormente colocado em local apropriado, procedendo-se à encomenda. O sistema de *kanbans* é da total responsabilidade do APF. Para deste sistema, o sistema HLS também se pode por em prática através de *sucs*, pequenas gavetas em que são descritas as quantidades necessárias para repor *stocks*. Sempre que uma das *sucs* fica vazia é levada para o APF e reposta por outra no respetivo serviço.

1.1.4 Comissões Técnicas Hospitalares

O farmacêutico dos SF tem como função a participação em Comissões Técnicas, que fazem parte da gestão hospitalar e estão presentes na Comissão de Farmácia e Terapêutica, na Comissão de Ética e na Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar. A participação do farmacêutico nestas comissões visa a prestação de informação a profissionais de saúde/utentes e a colaboração na tomada de decisões com vista à racionalização da terapêutica medicamentosa e à introdução de melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados [1].

A CFT atua como órgão consultivo e de ligação entre os serviços de ação médica e os farmacêuticos, sendo constituída por três médicos e três farmacêuticos e presidida pelo Diretor Clínico do Hospital ou por um dos seus adjuntos. De entre as suas competências, são de referir a deliberação de inclusão ou de exclusão de novos medicamentos no FHNM. O farmacêutico apresenta assim um papel crucial na determinação da terapêutica mais segura e eficaz para o utente, bem como a que apresente melhor perfil financeiro para o hospital [3] [4].

A Comissão de Ética engloba a Comissão de Ética para a Saúde e a Comissão de Ética para Investigação Clínica, constituída por diversos profissionais de saúde, incluindo o FH. A Comissão de Ética para a Saúde visa o cumprimento de padrões de ética no exercício das

atividades médicas, de modo a garantir dignidade e integridade humanas, nomeadamente sobre questões éticas no domínio da atividade do hospital e sobre a realização de EC [5].

Na Comissão de Ética para Investigação Clínica, o principal objetivo passa por assegurar a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos EC [6].

A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar encarrega-se da vigilância de possíveis infeções hospitalares e a elaboração de estratégias no controlo das mesmas [7].

2 Circuito do Medicamento

A nível hospitalar, o medicamento segue um percurso bem caracterizado desde a sua receção ao nível do armazém até à distribuição, tendo como destino final não só os doentes internos do hospital mas também os externos. Inclui-se assim neste circuito todos os produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. As exceções a este percurso bem definido são produtos sujeitos a maior controlo por razões de segurança, sejam eles estupefacientes e psicotrópicos, eritropoietinas, medicamentos hemoderivados e experimentais. Estes medicamentos sujeitos a controlo especial necessitam de impresso próprio e seguem regras específicas de distribuição que serão abordadas ao longo deste relatório.

O esquema 2 que se encontra em anexo representa o circuito a que o medicamento é sujeito a nível hospitalar. Ao longo deste relatório vamos descrevendo as atividades realizadas de maior impacto no circuito do medicamento, em cada setor por nós percorrido.

3 Seleção, aquisição e armazenamento de produtos farmacêuticos

Inclui todas as atividades essenciais ao fornecimento dos produtos, de modo a que estejam garantidas a qualidade e a quantidade adequadas, nos tempos exigidos e ao menor custo possível.

3.1 Gestão de existências

A gestão de existências nos SF prima pela garantia de um excelente uso e fornecimento dos medicamentos aos doentes do hospital, tendo sido para isso implementado o modelo de gestão HLS.

3.2 Sistemas e critérios de aquisição

É responsabilidade do Diretor dos SF a aquisição de medicamentos, sendo a sua decisão válida por um ano quanto à escolha dos mesmos. Contudo, é sempre necessária a aprovação prévia pela administração do HGSA. No caso de produtos de elevada rotatividade, os pedidos de autorização de dispensa poderão ser antecipados. O Diretor dos serviços seleciona-os consoante a relação qualidade/preço e necessidade farmacoterapêutica dos doentes em questão. Os

medicamentos selecionados encontram-se incluídos no FHNM ou nas respetivas adendas do hospital. O mesmo se passa para os medicamentos extra-formulário, quando devidamente justificados.

A aquisição pode ser desencadeada através de diferentes processos, sendo sempre privilegiados os menores preços possíveis. Assim, o produto em falta é colocado numa lista comum de produtos posteriormente encomendados ao fornecedor pré-definido, tarefa atribuída ao Serviço de Aprovisionamento. Outros processos através dos quais a aquisição de produtos pelo HGSA se pode efetuar são: a aquisição direta a outro Hospital/Farmácia Comunitária (exemplo: Farmácia Lemos no caso do HGSA para medicação esporádica e medicamentos manipulados); o ajuste direto com o fornecedor; entre outras situações possíveis.

Com vista ao combate do tráfico ilícito de estupefacientes e psicotrópicos, os mesmos são sujeitos a regulamentação específica [8], sendo como tal, exigida junto da nota de encomenda enviada ao fornecedor uma requisição escrita (Figura 2), devidamente assinada e autenticada pelo farmacêutico responsável. O mesmo se passa na aquisição de hemoderivados, que segue também regulamentação obrigatória e específica, feita via catálogo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde) [9] (Figura 3).

3.3 Receção e conferência de produtos adquiridos

A receção e conferência dos produtos requisitados pelos SF dizem respeito a um conjunto de atividades desenvolvidas aquando da chegada dos mesmos ao Hospital, de modo a garantir a conformidade do produto recebido com a aquisição pretendida, tarefa responsabilizada ao TDT e ao Assistente Operacional responsável, no APF.

As encomendas são rececionadas em local apropriado, a área de receção de encomendas (Figura 4), na qual se dá:

- Conferência das quantidades e os produtos recebidos;
- Conferência das respetivas faturas/guias de remessa e guia de transporte, comparados com a nota de encomenda, ponto em que são conferidos o lote e o prazo de validade;
- Registo e arquivo dos boletins de análise do lote aquando da receção de matérias-primas;
- No caso dos medicamentos hemoderivados, são confirmados o respetivo certificado de autorização de utilização de lote (CAUL), emitidos pelo INFARMED;
- Registo das entradas dos produtos no sistema de gestão GHAF, inclusivamente o registo dos prazos de validade;
- Comunicações ao fornecedor e emissão de notas de devolução do produto aquando da ocorrência de inconformidades (exemplo: erro na quantidade de produto enviado, produto danificado, prazo de validade muito reduzido, entre outras situações);

- No caso dos psicotrópicos e estupefacientes, apenas são rececionados e conferidos pelo farmacêutico responsável, encarregue também da arquivação em *dossier* apropriado da requisição que acompanha os mesmos;
- Envio dos documentos para o Serviço de Aprovisionamento, no final, após receção e validação das encomendas.

3.4 Armazenamento dos produtos/prazos de validade

Imediatamente após a receção do produto procede-se ao seu armazenamento por ordem alfabética, tendo em conta a Denominação Comum Internacional.

O controlo das condições ambientais como temperatura, luz e humidade tem de ser feito de forma adequada pelos SF, que o faz através de um sensor que regista os valores das diferentes condições ambientais.

Na arrumação dos produtos, estes distribuem-se da seguinte forma (Figura 5 -planta do armazém): zona A (destinada a produtos de elevada rotação), zonas B e C (para produtos com menor rotatividade) e outras zonas destinadas aos antídotos, agentes de contraste de raio X, colírios, pomadas oftálmicas, soluções nasais, gotas auriculares, manipulados, pensos, nutrição e grandes volumes (no caso de produtos que apresentam elevado *stock* e como tal exigem grande espaço para arrumação). No caso de produtos que necessitem de arrumação especial e cuidada, como é exemplo os produtos de frigorífico (conservação entre 2 e 8ºC), os estupefacientes e psicotrópicos, os citotóxicos (na UFO) e os produtos inflamáveis, o acondicionamento dos mesmos é conferido a locais pré-definidos e apropriados.

É da responsabilidade do FH garantir que seja assegurada a qualidade do medicamento, sendo deste modo indispensável o controlo apertado de prazos de validade. Este processo tem início durante a verificação dos mesmos aquando da receção dos produtos e do seu respetivo registo. A par deste controlo, nesta instituição segue-se o princípio do *First Expired First Out* (FEFO), permitindo que mensalmente seja possível através do sistema informático criar-se listagens dos produtos que apresentem um prazo a expirar dentro de 3 meses. As mesmas listagens são verificadas e os produtos retirados e devolvidos ao respetivo fornecedor. No decorrer da situação, o fornecedor poderá agir de acordo com os seguintes modos: o produto é trocado por um novo com prazo de validade mais alargado ou por uma nota de crédito, ou então, a sua troca não é aceite, correspondendo a um prejuízo para a instituição.

Durante o estágio, participamos ativamente nas seguintes atividades deste setor:

- Receção e a conferência de medicamentos e seu armazenamento;
- Processo de requisição/cedência de empréstimos a outros hospitais;
- Aviamento de hemoderivados a doentes autorizados;

- Contacto com o sistema de distribuição clássica e com documentação instituída no APF;
- Organização e gestão de *stocks* e controlo de prazos de validade;
- Contacto com o sistema informático, o sistema HLS e *Pyxis* (na Unidade de Cuidados Intensivos).

4 Produção

A produção de formulações que são dispensadas é feita sob a responsabilidade direta do farmacêutico nos SF hospitalares e possibilita aos SF a preparação de medicamentos e a sua dispensa a doentes internados nos serviços do CHP ou a doentes em regime de ambulatório.

O setor da Produção dos SF surge devido à necessidade de dar resposta a situações de medicação direcionada e personalizada para o doente às quais a indústria farmacêutica não tem solução. Esta situação verifica-se com mais frequência na área da pediatria. Para além deste aspeto, a área da Produção é a responsável pela elaboração diária das bolsas de nutrição parentérica, para crianças e adultos. É também o setor responsável pelo fracionamento de medicamentos estéreis de alto valor monetário e sujeitos a elevada segurança.

As atividades comuns ao setor da Produção de Não Estéreis, Estéreis e Nutrição Parentérica são:

- Acompanhamento da evolução da legislação e regulamentação em vigor;
- Planeamento dos recursos humanos;
- Gestão dos pedidos, incluindo os urgentes recebidos fora do horário normal de funcionamento, incluindo:
  - Receção das requisições via informática
  - Receção dos pedidos por sistema de *kanban*
- Preparação do produto e controlo da qualidade;
- Atribuição do lote de produção e prazo e validade;
- Emissão da ordem de preparação;
- Análise e arquivo dos registos (ordens de preparação);
- Gestão das não conformidades.

É também no setor da Produção que se realiza o fracionamento e reembalamento de pós e comprimidos (Figuras 10 e 11). A atribuição do prazo de validade é feita de acordo com a *United States Pharmacopeia* (USP) e corresponde a um ano ou ao prazo de validade do próprio medicamento, no caso de este ser inferior.

Para além da produção de estéreis e não estéreis, também vamos incluir neste segmento do relatório as atividades desempenhadas na UFO.

4.1 Produção de Não Estéreis

O setor de Produção de Não Estéreis dos SF destina-se à preparação e disponibilização de produtos solicitados pelos clientes, assegurando o rigoroso cumprimento da regulamentação e das Boas Práticas de Farmácia. Os produtos preparados são soluções, suspensões, pastas, cremes, papéis, pomadas ou loções e processam-se na sala representada pela Figura 6.

Todas as solicitações de ordens de preparação chegam ao setor da Produção de Não Estéreis pelo sistema de reposição de *stock* por *kanban* ou por solicitação do setor da distribuição. A ordem de preparação deve conter as matérias-primas utilizadas, bem como o seu número de lote, prazo de validade, origem e cálculos de acordo com as quantidades necessárias à produção do manipulado. Após a sua preparação, os manipulados são transferidos para o setor da distribuição para ser encaminhado para os respetivos serviços hospitalares e é feito o débito das matérias-primas utilizadas.

As atividades desenvolvidas pelo setor e nas quais nós participamos são:

- Identificação das necessidades de matérias-primas, bem como a sua reposição, controlo e armazenamento;
- Preparação de produtos não estéreis.

4.2 Produção de Estéreis

A Produção de Estéreis tem como objetivo assegurar a disponibilização de estéreis ao menor custo, nas características e prazos acordados com o cliente. Dentro deste setor dá-se o fracionamento de medicamentos estéreis de vários tipos, incluindo intravítreos, e preparação de colírios fortificados. Toda a produção é feita numa câmara de fluxo laminar vertical num ambiente de condições assépticas numa área dividida numa zona negra, zona cinza (locais para aplicação do equipamento de proteção individual) e zona branca (zona assética de preparação de estéreis) representadas pelas Figuras 7, 8 e 9, respetivamente em anexo. Além disso, esta área de produção encontra-se sob pressão positiva, para manter o ambiente livre de contaminantes externos.

Os pedidos de produção chegam por solicitação via Distribuição Individualizada Diária perante prescrições emitidas pelo médico, por informação para reposição do *stock* ou para produção de novos medicamentos ou ainda por requisição de clientes externos. O produto estéril é disponibilizado ao setor da Distribuição, no caso dos medicamentos para *stock*, e nas instalações dos SF do CHP para os clientes externos.

As atividades realizadas neste setor são:

- Receção, análise e aceitação das requisições de clientes externos;

- Gestão do armazém do setor de produção dos estéreis;
- Definição das técnicas de preparação e formulação;
- Limpeza das câmaras e sala;
- Controlo microbiológico da sala branca e da câmara de fluxo laminar vertical;
- Gestão das não conformidades.

4.2.1 Nutrição Parentérica

A área de Nutrição Parentérica tem o objetivo de preparar e disponibilizar os produtos solicitados, assegurando o rigoroso cumprimento da regulamentação e das Boas Práticas de Farmácia. A produção das bolsas de nutrição parentérica é realizada na mesma zona de produção de estéreis.

Os pedidos de preparação das bolsas são feitos por prescrição médica, por informação de reposição de *stock* ou requisição por clientes externos. As bolsas são disponibilizadas ao setor da Distribuição no caso de serem para os serviços do CHP e instalações dos SF para clientes externos.

Para a elaboração das bolsas pediátricas, é necessário proceder à preparação dos macro e micro nutrientes separadamente, que são depois adicionados na mesma bolsa que é sujeita a controlo gravimétrico e protegida da luz. Os nutrientes lipídicos e as vitaminas lipossolúveis são embalados separadamente em seringas opacas.

Quanto à nutrição parentérica para adultos ou crianças com mais de 2 anos, estão disponíveis comercialmente misturas intravenosas que consistem em bolsas com dois ou três compartimentos onde estão incluídos os macronutrientes (aminoácidos, lípidos e glucose), com ou sem eletrólitos, às quais pode ser feita uma aditivação extemporânea em ambiente estéril dos oligoelementos e vitaminas. Posteriormente provoca-se o rompimento das zonas de selagem que isolam os compartimentos, e obtém-se uma mistura nutritiva pronta a administrar.

A composição quantitativa de todos os componentes é verificada duplamente pelo farmacêutico e técnico. No fim, tudo é embalado no mesmo invólucro estéril, identificado com rótulos a discriminar a composição.

As atividades são as mesmas desempenhadas na área da Produção de Estéreis pela razão de ambas se realizarem no mesmo ambiente assético, em câmara de fluxo laminar vertical. Relativamente ao controlo microbiológico da sala branca e câmara de fluxo laminar vertical, são retiradas amostras da primeira bolsa de cada turno, bem como da última do dia.

4.3 Produção de citotóxicos

A UFO é a responsável pela preparação e dispensa de CTX de modo a garantir sempre a qualidade dos mesmos e a segurança de quem os prepara. Atualmente a UFO situa-se no Edifício Dr. Luís de Carvalho, junto ao Hospital de Dia, separada dos restantes SF. Uma vez

que os CTX são preparados especificamente para cada doente, a proximidade da UFO ao Hospital de Dia previne potenciais erros no circuito destes medicamentos, uma vez que é ali que eles são administrados.

A equipa destacada para esta unidade é composta por dois FH e dois TDTs. Os FH, entre outras funções, validam as prescrições, emitem as ordens de preparação e dão o apoio necessário aos TDTs que estão a preparar toda a medicação necessária. A orgânica de funcionamento desta unidade é representada pelo Esquema 3.

Para além de preparar e dispensar CTX, a UFO também dispensa fármacos não citotóxicos adjuvantes da terapêutica, tais como as imunoglobulinas ou outros hemoderivados e antieméticos. Assim, o circuito do medicamento citotóxico na UFO, bem como a intervenção do FH, passa por:

- Validação e preparação de citotóxicos:

A prescrição do médico pode chegar à UFO por via eletrónica (GAHF/CdM) ou em papel. Em qualquer dos casos, o FH tem que validar todos os dados nela incluídos: a dose, os dados antropométricos do doente, o diagnóstico, o protocolo usado, a diluição, o tempo de perfusão e os intervalos entre os ciclos de quimioterapia. O cálculo da dose de fármaco necessária para determinado doente é ajustado à superfície corporal (que é função da sua altura e peso), tendo sempre em consideração a cinética de cada fármaco nos casos de doentes com comprometimento da função renal ou hepática. No dia em que vai ser administrado o CTX ao doente, o enfermeiro confirma se este apresenta condições para a realização do ciclo e caso esteja tudo conforme, dá luz verde no Sistema de Apoio ao Médico e no GHAF/CdM para que seja preparada a medicação para o doente em questão. O FH (após a validação da prescrição) procede à emissão da ordem de preparação e impressão da rotulagem para a medicação e à libertação do lote correspondente, que contém as iniciais de quem preparou e de quem validou a preparação.

A preparação dos CTX é feita por TDTs devidamente protegidos com equipamento de proteção individual adequado a este tipo de manipulação (máscaras P3, protetores de sapatos, óculos, batas com punhos reforçadas à frente e nos braços e dois pares de luvas), numa câmara de fluxo laminar vertical. A organização das salas é semelhante à existente para a produção de preparações estéreis (zona negra, zona cinza e zona branca, representadas pela Figura 12 em anexo), mas sob pressão negativa para que quando se abre a porta, não haja passagem de partículas de fármaco para o exterior (as quais poderiam ser fontes de contaminação dos operadores e ambiente à sua volta).

Como foi referido anteriormente, na zona branca encontram-se dois TDTs: um realiza a manipulação e o outro dá apoio a nível de organização do material e das ordens de preparação, faz uma segunda verificação do que está a ser preparado e embala e rotula o medicamento após

preparação (que caso seja sensível à luz, é embrulhado em papel de alumínio, colocando-se um segundo rótulo sobre o mesmo). Por fim, coloca-o na janela de comunicação.
Os medicamentos preparados são posteriormente recolhidos por um auxiliar, que os transporta até ao local onde serão administrados.

- Preparação das sessões:

Diariamente o FH procede à preparação das sessões agendadas com dois dias de antecedência, sendo estas atualizadas no dia anterior para o caso de surgirem novos agendamentos. Recorrendo ao Sistema de Apoio ao Médico, imprime-se uma lista de todos os doentes previstos para esses dias, selecionando os que estão destinados à UFO e agendando-os, de acordo com a sua hora de administração da quimioterapia, no Sistema Informático da Unidade de Farmácia Oncológica (SI_UFO).
No dia anterior, o FH elabora uma lista com uma previsão do material e medicação necessários para a preparação dos CTX no dia seguinte e o TDT reúne-os de modo a facilitar a sessão de trabalho. Caso posteriormente seja necessário algum material extra deverá ser registado qual o serviço a que foi destinado.

- Armazenamento de CTX:

Estes fármacos são armazenados na UFO e não no APF devido ao risco biológico que representam. Assim sendo, é lá que as encomendas são conferidas e arrumadas por ordem alfabética de Denominação Comum Internacional em armários próprios ou no frigorífico no caso de medicamentos de frio. A gestão de *stocks* é feita por *kanban* eletrónico, sendo o pedido efetuado quando se atinge o ponto de encomenda do medicamento.

Assim sendo, as atividades realizadas na UFO e nas quais nós participamos são:

- Utilização dos sistemas informáticos SI_UFO e GHAF;
- Consulta dos documentos, impressos e protocolos instituídos;
- Participação na elaboração das ordens de preparação e validação de prescrições;
- Compreensão das regras básicas de higiene e assepsia;
- Observação da manipulação e reembalamento de CTX;
- Colaboração na preparação da lista e do material necessário para as sessões do dia seguinte.

5 Distribuição de medicamentos

A Farmácia Hospitalar visa garantir a correta distribuição dos medicamentos, na quantidade e em tempo útil, cumprindo assim as prescrições médicas de cada doente e satisfazendo as normas das Boas Práticas dos SF hospitalares.

Desta forma, a distribuição hospitalar de medicamentos impõe-se como um processo fulcral no circuito do medicamento (observável no Esquema 4 em anexo):

- Garante um uso racional e seguro do mesmo (redução do risco de interações medicamentosas e de erros associados à administração);
- Melhora a monitorização do perfil farmacoterapêutico do doente e a respetiva adesão à terapêutica;
- Racionaliza os custos associados à terapêutica imposta.

A organização e o correto funcionamento deste setor dos SF depende de uma estrutura física ampla, equipamento adequado e recursos humanos e logísticos habilitados para cada função.

Nos SF do CHP distinguem-se três áreas de distribuição dos medicamentos: 1) a distribuição clássica, 2) o sistema de DIDDU, 3) a distribuição por regime de ambulatório.

5.1 Distribuição Clássica

A distribuição clássica dos medicamentos foi o primeiro sistema de distribuição a nível hospitalar, mantendo-se assim ao longo de muitos anos.

O sistema de distribuição clássica visa a correta reposição dos *stocks* dos vários serviços hospitalares, de um modo eletrónico ou manual. Tal processo baseia-se no fornecimento de medicamentos para reposição dos *stocks* estipulados para os variados SC, na quantidade e no período de tempo previamente estabelecidos conjuntamente pelo FH, Enfermeiro Chefe e Diretor de cada SC [10]. A quantidade de *stock* a repor varia conforme os cuidados de saúde prestados em cada serviço, num determinado período de tempo.

O Enfermeiro-chefe do SC faz o pedido da medicação em requisição própria (Figura 13) sendo a mesma assinada pelo Diretor do SC e enviada para os SF. Assim que as requisições chegam aos SF através de um AO, são validadas pelo FH e preparadas pelo TDT. Os produtos que necessitam de armazenamento no frio têm uma condição prioritária, sendo imediatamente preparados e armazenados no frio. O TDT assina e data a requisição e envia a medicação para o SC por um AO. Juntamente com a medicação é enviado um duplicado da requisição para que seja assinado pelo enfermeiro que a recebe, representada pelo Esquema 5 em anexo.

No HGSA a reposição clássica dos produtos nos serviços pode ser realizada por circuitos distintos, sendo que todos visam garantir um bom sistema de gestão da qualidade: por *kanbans* (Figura 1) (HLS) ou com recurso ao sistema automatizado *Pyxis* (Figura 14).

A gestão de *stocks* em certos serviços centrais, como é o caso da Urgência e dos Cuidados Intensivos, que possuem *stock* próprio, também é da responsabilidade dos SF.

Para o aviamento da medicação necessária, recorre-se à preparação manual ou a um aparelho denominado de PDA (aparelho eletrónico), que lê automaticamente o código de barras interno do produto, e redireciona automaticamente para uma folha de débito.

Através do sistema HLS, o AO é o responsável pela troca das *sucs* vazias dos SC por cheias e assim garantir os quantitativos previamente estudados entre os SC e os SF [11]. Estes *stocks* estão estabelecidos de acordo com o consumo médio de cada SC, colmatando as necessidades do mesmo durante o período entre reposições.

O *Pyxis* encontra-se apenas em dois serviços do CHP (na Unidade de Cuidados Intensivos e no Bloco Operatório), permitindo um acesso rápido e controlado à medicação.

A distribuição clássica no HGSA, como forma de garantir o correto circuito do medicamento, tem vindo a ser substituída por outros sistemas que permitem um maior controlo no uso racional dos medicamentos.

Ao nível da distribuição clássica, as atividades por nós realizadas foram as seguintes:

- Familiarização com a localização dos medicamentos/produtos farmacêuticos e reagentes;
- Organização e gestão dos *stocks* de cada serviço;
- Reposição de *stocks* no *Pyxis* da Unidade de Cuidados Intensivos;
- Conhecimento do sistema HLS e respetivo circuito de distribuição;
- Familiarização com o sistema informático GHAF.

5.2 Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

A DIDDU foi introduzida nos SF hospitalares por imposição legal, de modo a facilitar e controlar melhor a distribuição de medicamentos aos doentes que se encontram em regime de internamento [12].

A distribuição unitária é realizada para um período de 24 horas, devido a possíveis alterações às prescrições que possam surgir. Ao sábado a distribuição dos medicamentos é preparada para 48 horas, uma vez que ao domingo não há visitas médicas aos doentes.

A prescrição da medicação é realizada com recurso ao sistema informático GHAF, sendo posteriormente validadas pelo FH, de acordo com o FHNM, a Adenda ao FHNM (2006) e com as deliberações da CFT.

O processo de validação permite adequar a prescrição ao doente, bem como a sua posologia e efetividade do tratamento, podendo ser necessário, por vezes proceder-se a uma intervenção farmacêutica, no caso de situações em que por exemplo a posologia não está adequada ao peso do doente. Durante o processo de validação das prescrições, sempre que haja qualquer dúvida

por parte do FH, é importante o contacto com o médico de forma a assegurar a segurança do utente.

As prescrições médicas prioritárias (em regime de urgência) surgem informaticamente a vermelho, dispondo de apenas 30 minutos para serem validadas. São exemplos destas prescrições: os antídotos, as primeiras tomas de antibióticos, os medicamentos que se destinam ao Serviço de Urgência e que não fazem parte do seu *stock* e os medicamentos que estejam na lista de medicamentos urgentes, tais como ampolas de digoxina 0,5mg/2ml.

Depois das prescrições validadas, são impressas as listas dos medicamentos dispensados, devidamente ordenadas por serviço, nome do doente e respetiva cama. Posteriormente, é da responsabilidade dos TDT a preparação das malas, sendo esta realizada manualmente e/ou com recurso ao *PharmaPik*® (Figura 15). O *PharmaPik*® corresponde a um sistema automatizado de aviamento, que indica a medicação de cada doente de acordo com a informação disponibilizada pelo *software* informático, diminuindo os erros associados ao aviamento manual.

Após a preparação dos carros de cada serviço é necessário imprimir a lista das diferenças, que correspondem a possíveis alterações na medicação devido a altas, ajustes na medicação validada anteriormente ou entrada de novos doentes.

A reposição de *stocks* funciona de acordo com a rotatividade de cada produto, sendo que o abastecimento do *PharmaPick*® é tido com base em cada *suc* (gaveta onde se armazena a medicação), em que está explícita a quantidade necessária a repor de cada produto.

As atividades que realizamos no setor da DIDDU foram as seguintes:

- Familiarização com o sistema informático e com o sistema de prescrições eletrónicas;
- Cooperação com os farmacêuticos na validação das prescrições médicas;
- Avaliação das justificações médicas dos medicamentos prescritos;
- Consulta do FHNM e respetiva adenda, bem como as deliberações do CFT;
- Conhecimento dos procedimentos a ter em consideração na distribuição dos hemoderivados, anti-infeciosos, medicamentos não incluídos no FHNM, estupefacientes e psicotrópicos e dos materiais de penso, colaborando no preenchimento dos respetivos impressos.

5.3 Distribuição em Regime de Ambulatório

A distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório resulta da necessidade dos SF em garantirem uma maior monitorização e controlo das terapêuticas inerentes a patologias com custo elevado e potencial risco de saúde pública. Neste âmbito, a adesão dos doentes à terapêutica e cuidados prestados aos mesmos pelos SF adquire especial relevância [13].

Na Unidade de Farmácia de Ambulatório tem-se vindo a verificar ao longo dos anos um aumento do número de doentes já que é dada uma maior importância à envolvência do doente no seio familiar e menor desintegração do meio social, bem como a comparticipação de 100% em todos os medicamentos, muitos deles de custo elevado.

A Unidade de Farmácia de Ambulatório é o setor dos SF com um contacto mais direto com os utentes, funcionando de segunda a sexta-feira das 9:00 às 17:00. Esta é constituída por uma sala de espera, uma sala de atendimento composta por três balcões devidamente identificados e um gabinete direcionado a um atendimento mais personalizado ao doente (Figura 16). Os medicamentos armazenados no ambulatório encontram-se ordenados por doença e dentro destas por ordem alfabética. As patologias abrangidas são as seguintes: vírus da imunodeficiência humana, insuficiência crónica e transplantados renais, deficiência da hormona de crescimento na criança, síndrome de Turner, profilaxia da rejeição aguda do transplante renal alogénico, profilaxia da rejeição aguda do transplante cardíaco alogénico, profilaxia da rejeição aguda do transplante hepático alogénico, fibrose quística, síndrome de Lennox-Gastaut, doença de Machado-Joseph, hepatite C, esclerose lateral amiotrófica, artrite reumatoide, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular, psoríase em placa, espondilite anquilosante, esclerose múltipla, acromegalia e doença de Chron ativa e grave ou com formação de fístulas (Figura 17).

A logística de atendimento consiste num sistema informático de senhas que organiza os doentes por hora de chegada, sendo que estes se dirigem ao balcão disponível ao chegar a sua vez. Quando há maior afluência de serviço, o gabinete de atendimento personalizado é utilizado como um quarto balcão de atendimento.

Para que a dispensa dos medicamentos ao doente seja permitida, é necessária a apresentação de uma prescrição em modelo próprio (Figura 18) devidamente preenchida pelo médico. Se por qualquer motivo o medicamento não se encontrar inscrito no FHNM ou na sua Adenda do HGSA, a prescrição deverá ser acompanhada de uma justificação dirigida à CFT (Figura 19).

A prescrição médica é manual ou eletrónica, devendo constar em ambas: o nome do doente, o número do processo, a morada, o número de telefone, a consulta a que pertence, a data do episódio, a data da próxima consulta, o subsistema de saúde, o nome do médico e a sua assinatura. Todos os medicamentos são prescritos por Denominação Comum Internacional, sendo indicada a respetiva dosagem, forma farmacêutica e posologia.

A dispensa da medicação tem em conta a data da próxima consulta, a residência do doente e a doença em causa, designadamente: para doentes com transplante renal ou hepático, a dispensa pode ser efetuada para um máximo de 3 meses; nos restantes doentes, a medicação apenas pode ser dispensada para um máximo de 1 mês (exceto quando o custo da medicação não excede os 100€ para residentes do distrito do Porto ou 300€ para residentes de outros distritos).

Quando há falhas no fornecimento da medicação total até à próxima consulta ao doente, por limitação dos meses ou mesmo por esgotamento do medicamento em questão, o doente leva

consigo um impresso que indica a medicação que fica em falta, para que a mesma seja entregue na próxima consulta.

O levantamento dos medicamentos poderá ser efetuado pelo próprio doente, ou em casos de indisponibilidade do mesmo, pelo seu cuidador, sendo que quem os levantar deverá assinar a prescrição como comprovativo do seu levantamento.

Todos os medicamentos dispensados e que exigem conservação ao frio devem ser transportados numa bolsa térmica com acumuladores de frio, de modo a não anular o sistema de frio criado até então.

A devolução dos medicamentos aos SF pelos doentes pode ser efetuada por várias razões, tais como: interrupção da terapêutica, substituição por outro medicamento ou falecimento do doente. O FH para os poder voltar a dispensar a outro doente, deverá antecipadamente:

- Verificar o prazo de validade;
- Verificar o aspeto exterior da cartonagem e do próprio medicamento;
- Rejeitar todos os frascos de xaropes, soluções orais, suspensões, colírios e bisnagas encetadas ou qualquer outro medicamento que considere em condições inadequadas para utilização.

Em regime de ambulatório, as atividades por nós realizadas foram as seguintes:

- Organização e gestão de *stocks*;
- Reconhecimento da localização dos medicamentos organizados por patologia e ordem alfabética;
- Conhecimento das regras de prescrição, impressos e procedimentos inerentes;
- Organização e reavaliação dos medicamentos devolvidos pelos utentes à farmácia;
- Dispensa de medicação aos doentes.

5.4 Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial

No HGSA estão estabelecidos determinados circuitos especiais de distribuição para medicamentos muito específicos, tais como: psicotrópicos e estupefacientes, hemoderivados, anti-infecciosos, antídotos, antissépticos e desinfetantes e por fim, materiais de penso.

5.4.1 Estupefacientes e Psicotrópicos

Estes medicamentos apresentam propriedades muito específicas, atuando sobretudo a nível do Sistema Nervoso Central. A sua margem terapêutica é estreita, causando facilmente dependência física e/ou psíquica e fenómenos de tolerância. Por esta razão e de forma a evitar o seu uso incorreto ou acesso a possíveis atos criminosos, é crucial que estejam sujeitos a regras legais, descritas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, no sentido de combater o tráfico ilícito assim como regulamentar o seu uso terapêutico.

O INFARMED é o organismo que fiscaliza todas as atividades que envolvem o seu uso, controlando periodicamente as suas entradas e saídas. Este controlo é efetuado através do envio trimestral obrigatório dos registos (mapas das entradas e saídas) destes medicamentos por todos os serviços de saúde públicos e privados.

Os psicotrópicos e estupefacientes encontram-se armazenados numa sala própria para o efeito, tendo esta uma fechadura eletrónica de segurança, à qual apenas o FH tem acesso.

A sala dos psicotrópicos e estupefacientes tem uma temperatura ambiente devidamente controlada, estando organizada da seguinte forma:

- Medicamentos acondicionados em prateleiras e dispostos por ordem alfabética, dosagem e forma farmacêutica;
- Uma mesa de auxílio para que o farmacêutico possa preparar as medicações por SC;
- Um recipiente onde são armazenadas todas as quebras de *stock* por motivos devidamente justificados e com testemunhas que o confirmem.

Os Blocos e Consulta da Dor têm um *stock* fixo previamente acordado com o Diretor do SC, Enfermeiro chefe e o FH e aprovado pela CFT. Em todos os restantes SC, o Enfermeiro-chefe deverá preencher um impresso próprio de requisição (Figura 20) e entregar nos SF, para que assim o *stock* do seu SC seja reposto.

Cada impresso abrange apenas um medicamento, numa determinada forma farmacêutica e dosagem, constando em cada um os nomes dos doentes aos quais este foi administrado. Os medicamentos são então preparados na sala própria e identificados com o medicamento a enviar e a respetiva guia. O original da prescrição e o duplicado da guia são arquivados por, pelo menos, cinco anos [14].

5.4.2 Hemoderivados

Os hemoderivados são medicamentos derivados do plasma humano e dada a possibilidade de contaminação e transmissão de doenças, são sujeitos a um controlo rigoroso da sua dispensa.

A legislação que regula a requisição, dispensa e administração destes produtos está no Despacho conjunto nº 1051/2000 do Ministério da Defesa Nacional e da Saúde de 14 de setembro, o qual estabelece que todos os medicamentos e requisições clínicas têm de ser identificados e registados, de modo a garantir a rastreabilidade dos lotes administrados a cada doente (Figura 3).

É da responsabilidade do FH verificar se o doente em questão se encontra autorizado a realizar esta farmacoterapia e se o impresso se encontra corretamente preenchido pelo enfermeiro do SC em causa. O impresso é então preenchido, datado e assinado pelo FH.

Alguns dos hemoderivados dispensados no HGSA são imunoglobulinas inespecíficas, cola de fibrina, albumina humana, concentrados de fatores de coagulação, plasma, entre outros.

5.4.3 Anti-infeciosos

Após a sua introdução na prática clínica, verificou-se que vários microrganismos eram suscetíveis de adquirir resistência a fármacos aos quais eram inicialmente sensíveis. O aparecimento de estirpes resistentes é cada vez mais uma realidade preocupante.

A infeção nosocomial é uma preocupação crescente para todos os profissionais de saúde, e por esta razão, e de modo evitar o uso abusivo destes fármacos e prevenir o aparecimento de resistências, a prescrição e respetivo tratamento deverão ser sempre individualizados para o perfil de cada doente, tendo em conta o local da infeção e a etiologia da doença [15].

A prescrição de medicamentos anti-infeciosos é feita informaticamente com recurso a um impresso próprio (Figura 21). A mesma tem uma validade de sete dias, sendo necessário renovar a prescrição com um novo impresso, se a continuação da terapêutica for justificável.

5.4.4 Antídotos

Os antídotos são substâncias que contrariam os efeitos tóxicos de determinados compostos, quer através da neutralização destes, quer pelo antagonismo dos seus efeitos [16].

A prescrição de antídotos é realizada com recurso a um impresso próprio (Figura 22), sendo que o mesmo é utilizado em todos os SC, Blocos e Consultas do Hospital de dia. Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e nos Cuidados Intensivos estabelecidos pelo grupo de Toxicologia existem sub-*stocks* de antídotos, sendo estes utilizados em situações emergentes.

Os antídotos a que mais vezes se recorre no HGSA são: carvão ativado (antídoto inespecífico utilizado em situações em que não se conhece o tóxico responsável), flumazenil (intoxicação por benzodiazepinas), acetilcisteína (intoxicação por paracetamol), naloxona (intoxicação por opiáceos), entre outros.

5.4.5 Antissépticos e Desinfetantes

Os antissépticos e desinfetantes são fundamentais no controlo das infeções hospitalares, existindo no HGSA um *stock* pré-definido qualitativa e quantitativamente pelo FH, Enfermeiro e Diretor do SC.

A requisição destes produtos é efetuada em impresso próprio (Figura 23) pelo enfermeiro, sendo esta posteriormente analisada nos SF.

O TDT é o responsável pelo aviamento destes produtos a partir do armazém, tendo em consideração os quantitativos estipulados para cada SC.

5.4.6 Material de Penso

A escolha do penso deve ser personalizada a cada doente, tendo em conta a localização da ferida, a fase de cicatrização, a quantidade de exsudado, a profundidade e seu aspeto.

O material de penso é requisitado em impresso próprio (Figura 24) pelo médico ou enfermeiro responsável, de acordo com as características da ferida e com os pensos existentes no HGSA.

A requisição é então analisada pelo FH que confere se o penso pedido se adequa às características da ferida. As requisições têm uma validade de oito dias, sendo necessária uma nova prescrição para a continuação da dispensa. Posteriormente, o aviamento do material de penso é realizado pelo TDT [14].

6 Ensaios Clínicos

A realização de ensaios clínicos de medicamentos para uso humano é regulada a nível nacional pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, que regulamenta a investigação clínica, abrangendo entre outros estudos clínicos, os EC definidos 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*" [17]. Idealmente, o EC deve ser um estudo prospetivo, com um grupo de controlo, randomizado e duplamente cego, que compreende quatro fases [18]:

- Fase I – Avaliação da farmacocinética e perfil de segurança do ME em voluntários sãos;
- Fase II – Determinação da dose e a posologia mais adequada em indivíduos com a patologia em questão;
- Fase III – Recorrendo a uma extensa amostra de doentes, demonstração da segurança, eficácia e benefício terapêutico do ME por comparação com um medicamento padrão e/ou placebo;
- Fase IV – Recolha de informação adicional sobre o comportamento do medicamento após este já ter sido colocado no mercado (Farmacovigilância).

Todos os EC devem ser executados segundo os princípios das boas práticas clínicas. Estas normas não são mais que preceitos internacionais reconhecidos de qualidade ética e científica, cujo objetivo é assegurar os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes, assim como a credibilidade dos resultados obtidos [17]. Para tal, é necessária uma boa cooperação entre vários elementos, sendo os principais: o promotor, o monitor, o investigador, o FH responsável pelo ME, o auditor, as autoridades reguladoras (Comissão de Ética de Investigação Clínica e Comissão de Ética para a Saúde, INFARMED e Comissão Nacional de Proteção de Dados), o centro de ensaio clínico (neste caso o CHP) e o participante [17].

Sempre que se pretende iniciar um novo ensaio clínico, é necessária uma avaliação prévia do protocolo do EC pelas autoridades reguladoras. Caso seja aprovado, é assinado o contrato financeiro com a administração do centro de EC e o promotor do ensaio contacta todos os intervenientes para uma reunião cujo objetivo é a apresentação do protocolo e a análise das

necessidades e dos procedimentos exigidos. No decorrer do estudo, o monitor designado pelo promotor para acompanhar o EC faz periodicamente visitas de monitorização para garantir a qualidade do mesmo.

O FH participa em todos estes passos de planeamento do EC, pois é o responsável pela gestão do circuito do ME, estando encarregado de elaborar um procedimento normalizado de trabalho onde fica sistematizado o protocolo a implementar nas fases de receção, acondicionamento, dispensa, manipulação, registos e devolução das amostras. Toda a documentação referente ao estudo (protocolo, brochura do investigador, guias de remessa, informação referente ao ME, gestão de stock, registos de monitorização de temperatura, entre outros) é arquivada num *dossier* exclusivo para cada EC (*Dossier* da Farmácia, organizado de acordo com o índice do *Pharmacy File Index*) estando o FH encarregado de manter esta documentação atualizada e arquivada por um período mínimo de 5 anos após a conclusão do EC (segundo a lei portuguesa) [18]. Este período pode ser alargado por determinação do INFARMED ou da Comissão Nacional de Proteção de Dados, sendo que a maioria dos promotores solicita que esse arquivo seja feito por um período de 15 anos [19] [20].

6.1 Circuito do Medicamento Experimental

6.1.1 Receção

A receção é feita no APF onde, para garantir a rastreabilidade, se preenche um impresso próprio que é posteriormente encaminhado junto com o ME para a Unidade de Ensaios Clínicos. A encomenda só é aberta quando chega à Unidade de Ensaios Clínicos, onde o FH faz a verificação da medicação recebida, atentando nomeadamente: etiquetagem do medicamento, código do medicamento de acordo com o protocolo, estado de conservação, integridade dos selos e das embalagens, nº de unidades, prazo de validade, forma farmacêutica e nº de lote e envio do certificado de análise. São também conferidos os dispositivos de registo de temperatura que normalmente acompanham a encomenda, cuja importância é acrescida no caso de se tratar de medicação de frio (que deve ser mantida entre - 2 e 8ºC) de modo a garantir que ao longo do transporte e armazenamento, o ME esteve sob as condições desejadas. Se eventualmente ocorrer algum desvio de temperatura, o promotor tem que ser notificado e o ME é posto em quarentena, até nova indicação.

É necessário informar o promotor e toda a equipa envolvida no EC da receção do ME. Para tal, são usados sistemas pré-estabelecidos, normalmente *Interactive Voice Response System* ou *Interactive Web Response System*, que são também utilizados para eventuais notificações ao promotor e para gestão dos doentes e do *stock* do ME.

Se todos os parâmetros de verificação da encomenda no momento da receção estiverem conformes, o ME é armazenado numa sala de acesso restrito com condições controladas de

temperatura e humidade. Este armazenamento deve de ser feito entre 2º e 8ºC para medicação de frio ou entre 15º e 25ºC para os restantes [19].

6.1.2 Dispensa do medicamento experimental

A prescrição do ME é feita pelo investigador principal ou outro médico autorizado num impresso próprio. O FH encarrega-se da validação da prescrição e da seleção do *kit* correspondente, registando no mesmo impresso a medicação dispensada, a quantidade, o lote, o prazo de validade e a data da dispensa. A identificação do doente e a data da dispensa devem ser também registadas na própria embalagem do ME. A medicação pode ser dispensada diretamente, sem ser necessário manipulação, ou pode em alguns casos precisar de ser manipulada antes de ser dispensada e administrada. Nestas situações, toda a informação referente às condições de armazenamento pré e pós-manipulação, aos solventes recomendados, à estabilidade do produto preparado e ao modo de preparação consta no procedimento normalizado de trabalho elaborado pelo FH para o EC em questão.

As dispensas realizadas devem também ser registadas, normalmente através de um registo cronológico da dispensa do medicamento e/ou de um registo cumulativo da dispensa individualizada por doente, conforme estipulado pelo promotor.

A partir do momento em que o ME é dispensado, a Unidade de Ensaios Clínicos é responsável por disponibilizar toda a informação necessária sempre que solicitada, essencialmente, sobre a correta conservação e administração dos medicamentos, tanto ao doente e/ou cuidadores (regime de ambulatório), como aos enfermeiros (doentes internados) [19].

6.1.3 Devoluções

Os doentes são informados da necessidade de devolverem a medicação excedente, assim como as embalagens vazias e *blisters* utilizados, para posterior contabilização, registo e devolução ao promotor, concluindo assim o circuito do ME. A forma como a medicação deve ser destruída é definida aquando da realização do contrato com o centro de EC [19].

As atividades realizadas na Unidade Ensaios Clínicos foram as seguintes:

- Leitura de documentação relativa à realização de um ensaio clínico – Dossier da Farmácia;
- Elaboração de protocolos internos;
- Gestão das amostras em estudo: receção, armazenamento, dispensa, registo, devoluções de medicação, controlo de inventário e arquivo de informações;
- Participação em visitas de iniciação e de monitorização de EC.

7 Conclusão

Ao longo de dois meses de estágio nos SF do CHP, tivemos a oportunidade de atingir a globalidade dos objetivos que foram estabelecidos aquando do início deste estágio com sucesso.

É com grande satisfação que agradecemos a possibilidade que nos foi dada de integrar e observar todo o funcionamento grandemente qualificável na prestação de cuidados de saúde no CHP. Em paralelo, exploramos todas as valências da farmácia hospitalar, passando uma semana em cada setor compreendendo assim toda a dinâmica dos serviços farmacêuticos hospitalares.

Constatamos que os profissionais que aqui desempenham as suas funções não podem deixar passar em claro a constante aprendizagem e atualização de conhecimentos, dado o confronto com a multiplicidade de situações com que se deparam diariamente.

A título de conclusão é notório que o presente estágio se revelou uma experiência de valor acrescentado na complementação de conhecimentos previamente adquiridos, tendo sido o balanço final bastante positivo.

8 Bibliografia

[1] – Ministério da Saúde (2005). *Manual de Farmácia Hospitalar*. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. pp. 1-70.

[2] - Despacho nº 13885/2004 de 25 de junho.

[3] - Crujeira, R., Furtado, C., Feio, J., Falcão, F., Carina, P., Machado, F., Ferreira, A., Figueiredo, A. e Lopes, M. (2007). *Programa do Medicamento Hospitalar*. Ministério da Saúde. pp. 1-39.

[4] - Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro de 2003, Diário da República, 2.ª série, n.º 14, 17 de janeiro de 2004.

[5] - Despacho da Direção-Geral da Saúde, Diário da República n.º246, de 23 de outubro de 1996.

[6] - Decreto-Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, Diário da República, 1ª série A, n.º 195 – 19 de agosto de 2004.

[7] - Decreto-Lei nº 97/05, de 10 de maio, Diário da República, 1ª série A, n.º 108, 10 de maio de 1995.

[8] - Decreto-lei n.º 61/94, de 12 de outubro, Diário da República, 1ª série, n.º 236, 12 de outubro de 1994. pp. 6183-6198.

[9] - Despacho nº 28356/2008, de 8 de abril, Diário da República, 2ª série, nº 69, 8 de abril de 2008.

[10] - Conselho do Colégio da Especialidade da Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos (1999). *Boas Práticas da Farmácia Hospitalar*. 1ª edição.

[11] Centro Hospitalar do Porto: Logística. Acessível em: http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0G0H [acedido a 28 de julho de 2014].

[12] - Despacho Conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 30 de Dezembro de 1991, publicado no Diário da República n.º 23, 2ª série de 28 de Janeiro de 1992.

[13] – Conselho Executivo de Farmácia Hospitalar (2005). *Manual da Farmácia Hospitalar*. 1ª edição.

[14] – Serviços Farmacêuticos HGSA (2006). *Manual da Qualidade*.

[15] - Instituto Nacional de Saúde DRJ (2002). *Prevenção de infeções Adquiridas no Hospital*. World Health.

[16] – Toxicologia: Módulo IV. Acessível em: http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/mIV.adm.htm [acedido a 18de agosto de 2014].

[17] - Decreto-Lei n.º 21/2014 de 16 de abril, Diário da República, 1.ª série — N.º 75 — 16 de abril de 2014.

[18] Apifarma: Ensaios Clínicos em Portugal. Acessível em: http://www.aibili.pt/.../EstudoInvestigClinica_em... [acedido a: 28 de agosto de 2014)

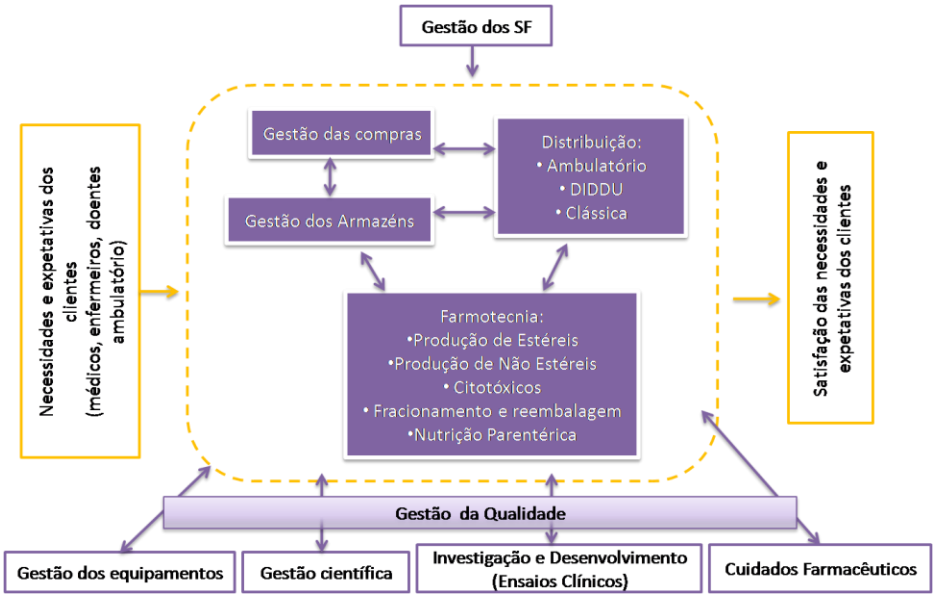
[19] Almeida T (2010). *Implementação e Atividade de uma Unidade de Ensaios Clínicos nos Serviços Farmacêuticos de um Hospital Central Universitário*. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, Porto.

[20] - Decreto-Lei n.º 102/2007 de 2 de Abril, Diário da República, 1.ª série — Nº 65 — 2 de Abril de 2007.

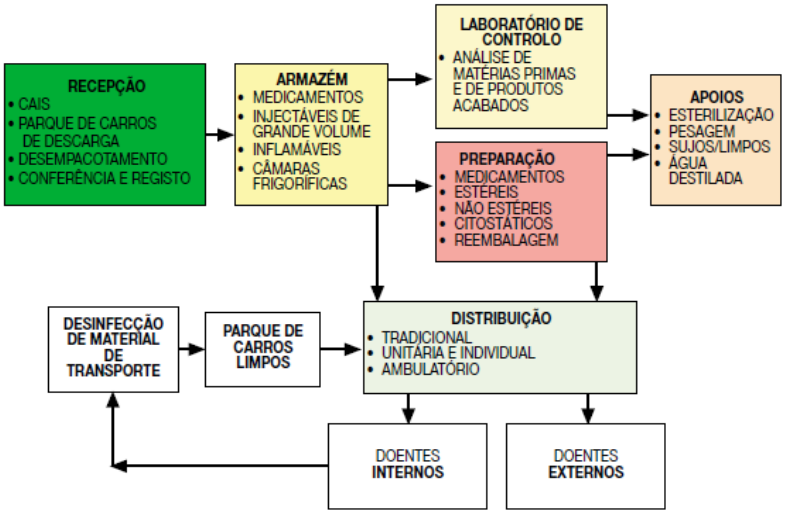
9 Anexos

9.1 Esquemas

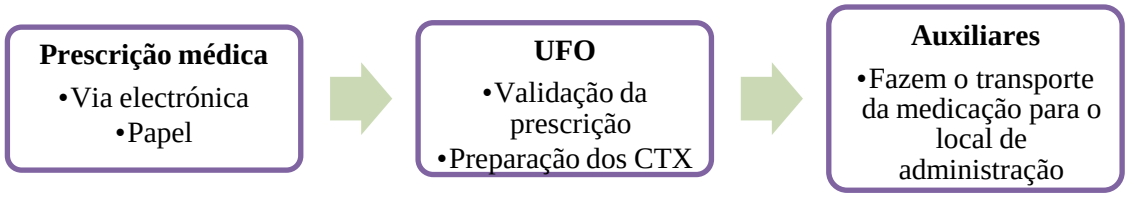
Esquema 1 – Setores e interação entre eles dos SF *(imagem original).*



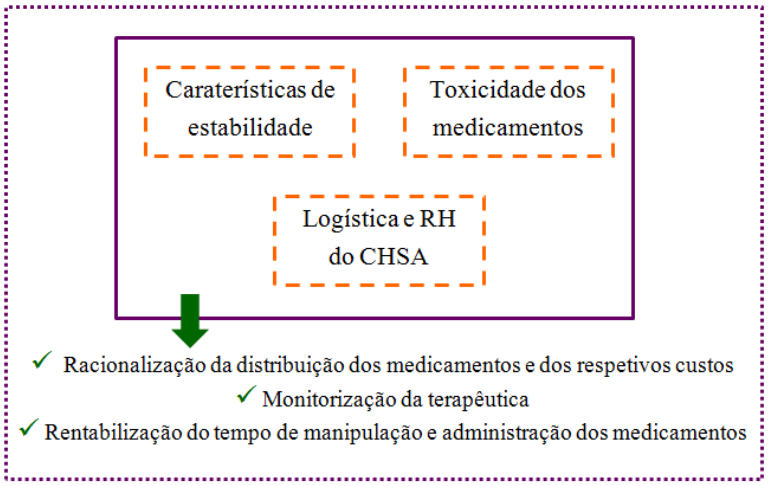
Esquema 2 – Circuito do Medicamento *(adaptado de [1]).*



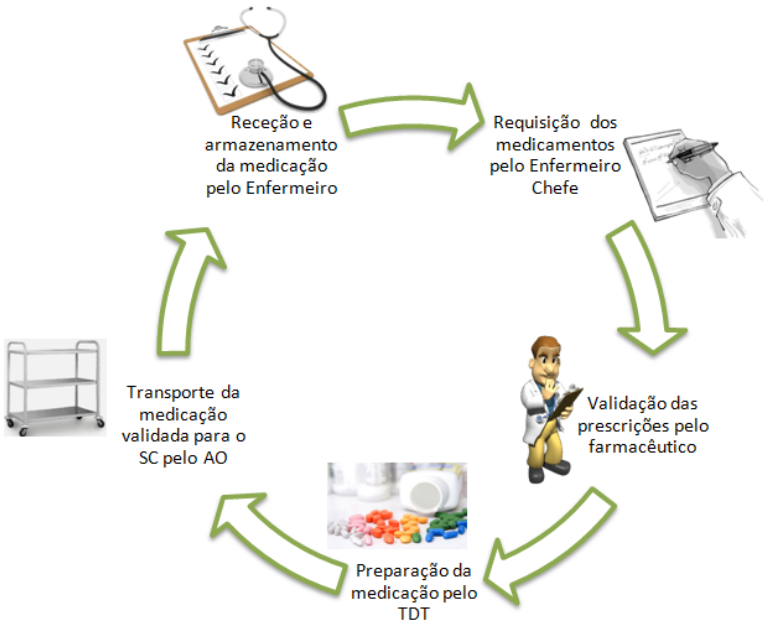
Esquema 3 – Integração da UFO no ciclo dos medicamentos citotóxicos*(imagem original).*



Esquema 4 – Fatores cruciais no correto desempenho dos Serviços Farmacêuticos *(imagem original).*



Esquema 5 – Reposição de *stocks* dos medicamentos nos Serviços Clínicos por Distribuição Clássica*(imagem original).*



9.2 Figuras

Figura 1 – Figura ilustrativa da diversidade de *kanbans*, organizados por cores (referente a diferentes setores) e dentro dessa organização, cada um possui uma diferente designação, código, ponto de encomenda e quantidade a encomendar.



Figura 2 – Requisição de estupefacientes e psicotrópicos.

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEPÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º _____ **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do

SERVIÇO SALA Código

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
		Total			*Total*	

Assinatura legível do director do serviço ou legal substituto	Assinatura legível do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto	Entregue por (ass. legível)
Data ___/___/___ N.º Mec. _____	Data ___/___/___ N.º Mec. _____	Data ___/___/___ N.º Mec. _____
		Recebido por (ass. legível)
		Data ___/___/___ N.º Mec. _____

Figura 3 –Requisição de medicamentos hemoderivados.



Figura 4 – Área de receção de encomendas *(fotografia do setor armazém do HGSA).*



Figura 5 – Armazém geral do APF *(fotografia do setor Armazém do HGSA).*



Figura 6 – Sala de preparação de produtos não estéreis *(fotografia do setor Produção do HGSA).*



Figura 7 – Unidade de produção de medicamentos estéreis (zona negra) *(fotografia do setor Produção do HGSA).*



Figura 8 – Unidade de produção de medicamentos estéreis (zona cinza) *(fotografia do setor Produção do HGSA).*



Figura 9 – Unidade de produção de medicamentos estéreis (zona branca) *(fotografia do setor Produção do HGSA).*



Figura 10 e 11 – Aparelho de fracionamento e reembalamento de medicamentos clássico e automatizado *(fotografia do setor Produção do HGSA).*



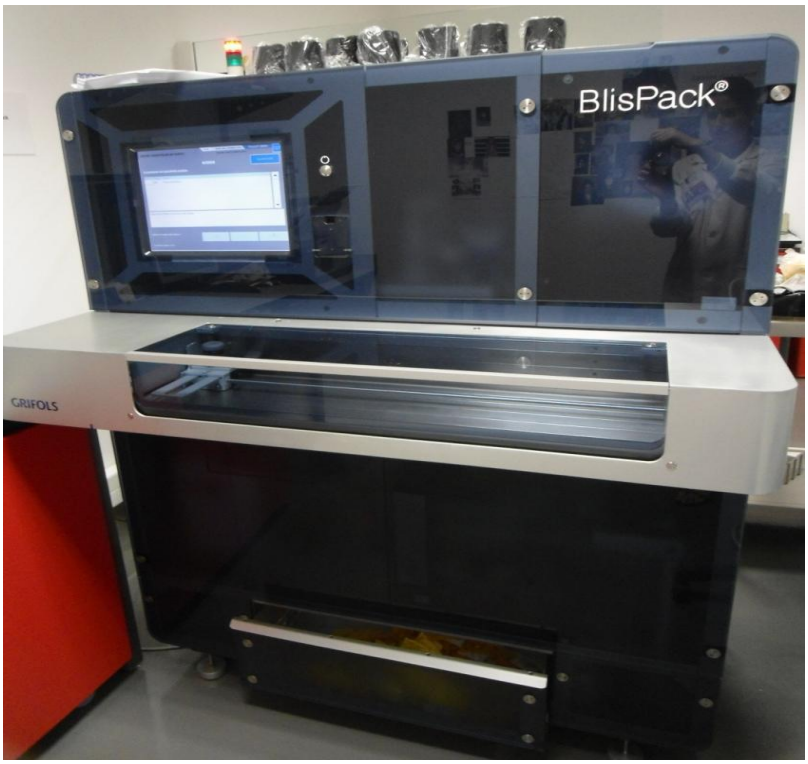


Figura 12 – Unidade de Farmácia Oncológica *(fotografia do setor UFO do HGSA)*.

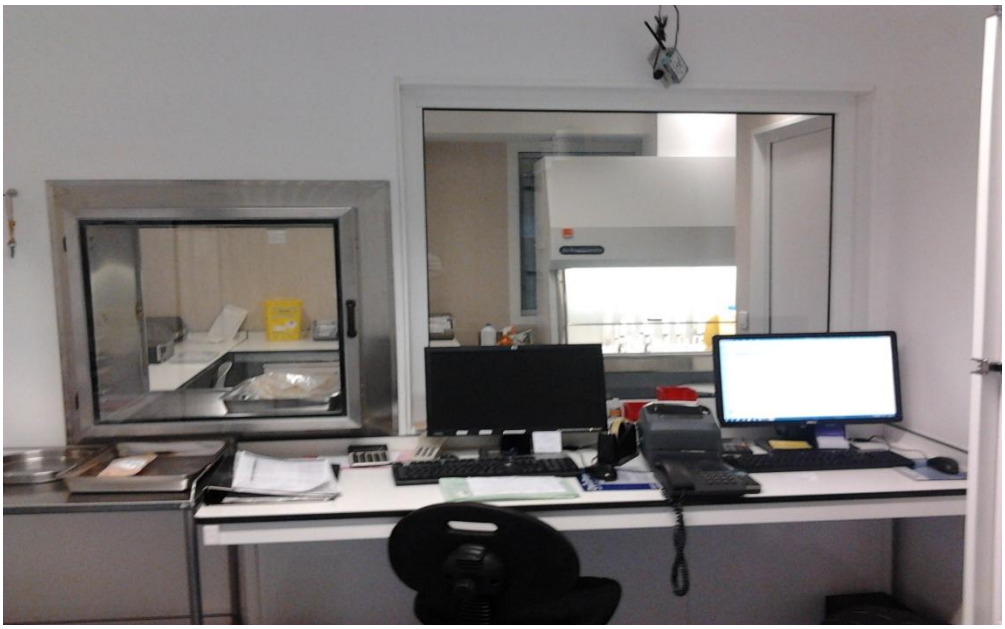
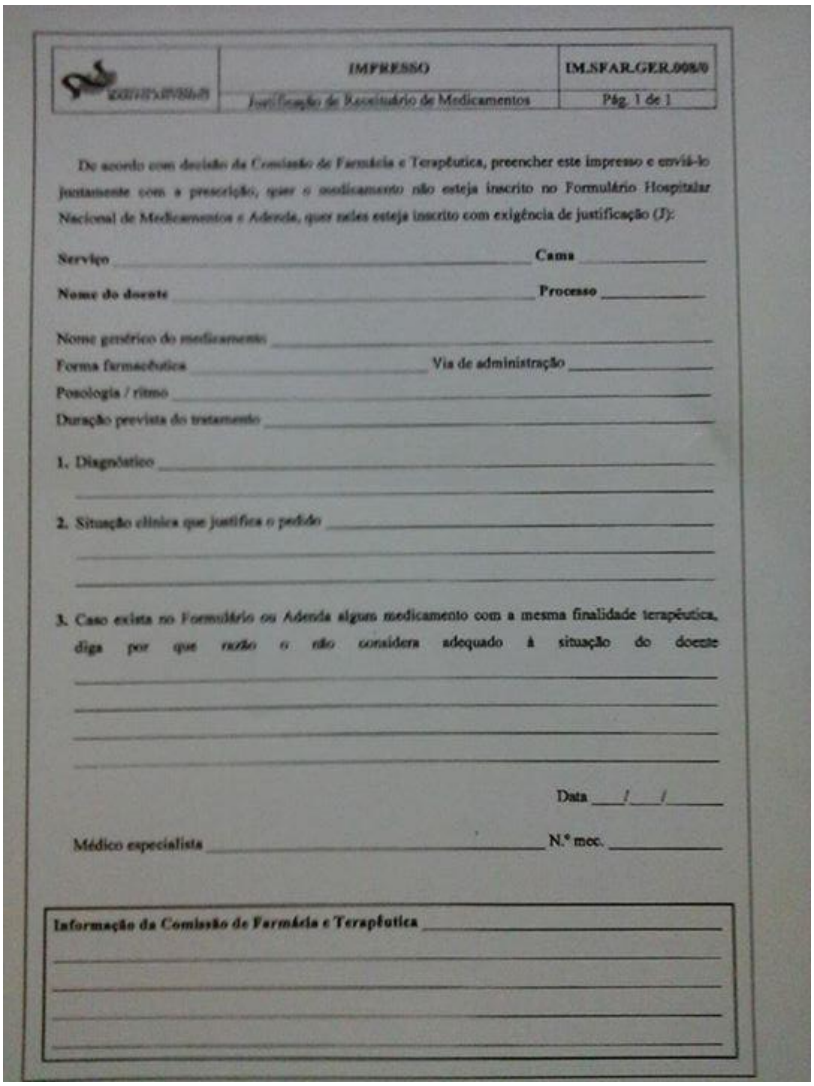


Figura 13 – Requisição de Medicamentos aos Serviços Farmacêuticos (*fotografia do setor DIDU do HGSA).*



IMPRESSO | IM.SFAR.GER.008/0
Justificação de Receituário de Medicamentos | Pág. 1 de 1

De acordo com decisão da Comissão de Farmácia e Terapêutica, preencher este impresso e enviá-lo juntamente com a prescrição, quer o medicamento não esteja inscrito no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e Adenda, quer neles esteja inscrito com exigência de justificação (*J*):

Serviço _____ Cama _____

Nome do doente _____ Processo _____

Nome genérico do medicamento _____

Forma farmacêutica _____ Via de administração _____

Posologia / ritmo _____

Duração prevista do tratamento _____

1. Diagnóstico _____

2. Situação clínica que justifica o pedido _____

3. Caso exista no Formulário ou Adenda algum medicamento com a mesma finalidade terapêutica, diga por que razão o não considera adequado à situação do doente _____

Data ___/___/_____

Médico especialista _____ N.º mec. _____

Informação da Comissão de Farmácia e Terapêutica _____

Figura 14 – Sistema Pyxis® da UCI *(fotografia do setor Armazém do HGSA).*



Figura 15 – *Robot PharmaPick®* e carro de distribuição de medicação *(fotografia do setor DIDU do HGSA).*



Figura 16 – Farmácia do Ambulatório – Área de atendimento *(fotografia do setor Ambulatório do HGSA).*



Figura 17 – Farmácia do Ambulatório – Gavetas para o armazenamento da medicação (*fotografia do setor Ambulatório do HGSA).*



Figura 18 – Prescrição de medicamentos em Regime de Ambulatório (*fotografia do setor Ambulatório do HGSA).*

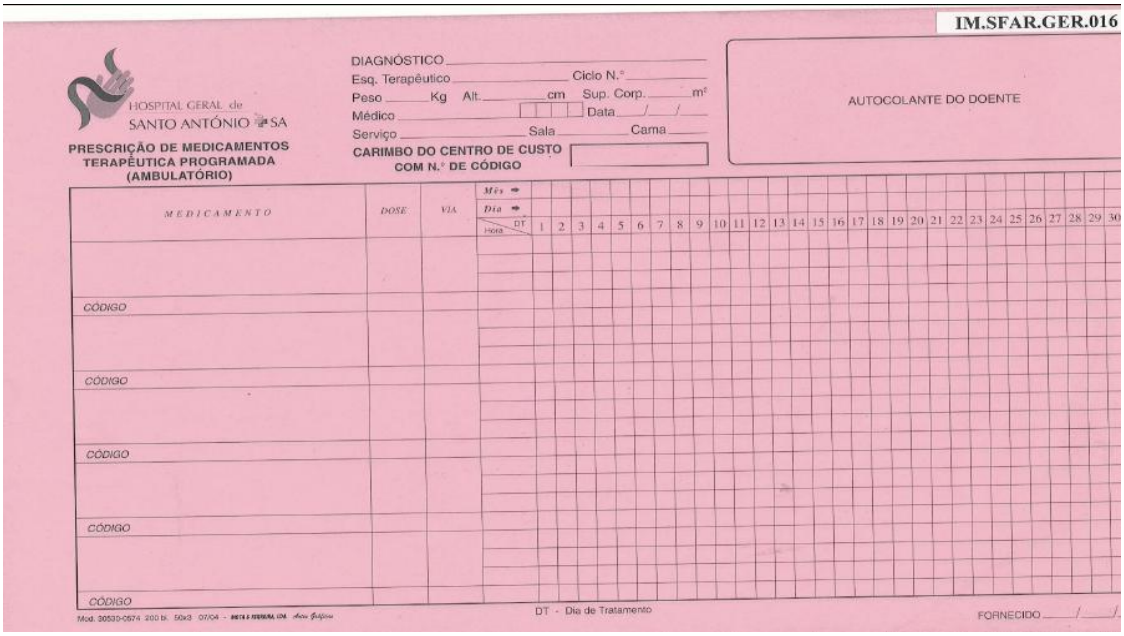


Figura 19 – Justificação de Receituário de Medicamentos.

	IMPRESSO	IM.SFAR.GER.008/1
	Justificação de Receituário de Medicamentos	Pag. 1 de 1

De acordo com decisão da Comissão de Farmácia e Terapêutica, preencher este impresso e enviá-lo juntamente com a prescrição, quer o medicamento não esteja inscrito no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e Adenda, quer neles esteja inscrito com exigência de justificação (J):

Serviço _____ **Cama** _____

Nome do doente _____ **Processo** _____

Nome genérico do medicamento _____

Forma farmacêutica _____ Via de administração _____

Posologia / ritmo _____

Duração prevista do tratamento _____

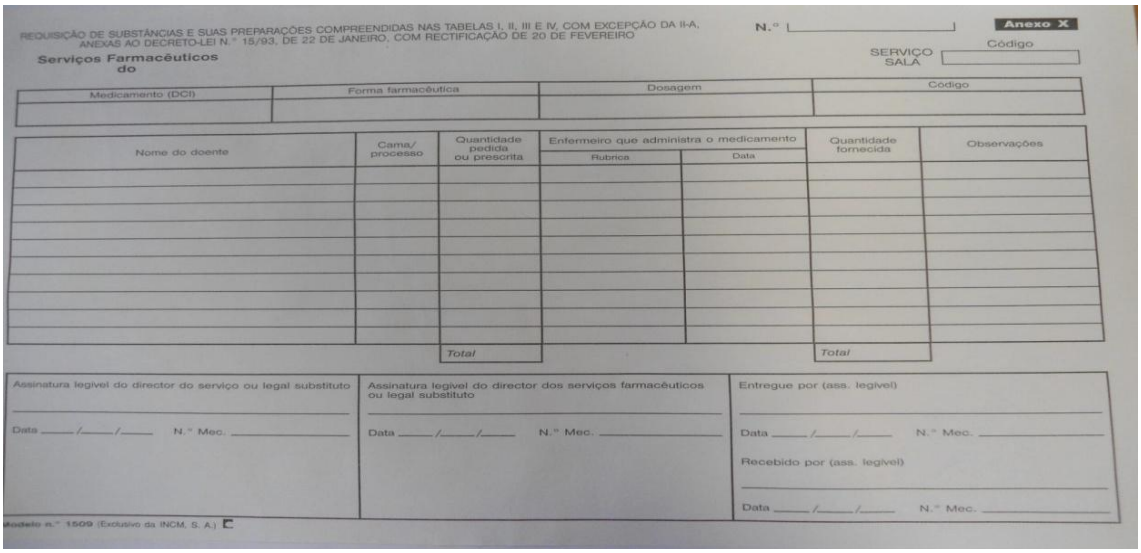
1. Diagnóstico _____
2. Situação clínica que justifica o pedido _____
3. Caso exista no Formulário ou Adenda algum medicamento com a mesma finalidade terapêutica, diga por que razão o não considera adequado à situação do doente _____

Data ____/____/_____

Médico especialista _____ **N.º mec.** _____

Informação da Comissão de Farmácia e Terapêutica _____

Figura 20 – Requisição de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos.


REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEPÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º

Anexo X

Serviços Farmacêuticos do

SERVIÇO SALA

Código

Medicamento (DCI) | Forma farmacêutica | Dosagem | Código

Nome do doente | Cama/ processo | Quantidade pedida ou prescrita | Enfermeiro que administra o medicamento: Rubrica | Data | Quantidade fornecida | Observações

Total | Total

Assinatura legível do director do serviço ou legal substituto

Data ___/___/___ N.º Mec.

Assinatura legível do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto

Data ___/___/___ N.º Mec.

Entregue por (ass. legível)

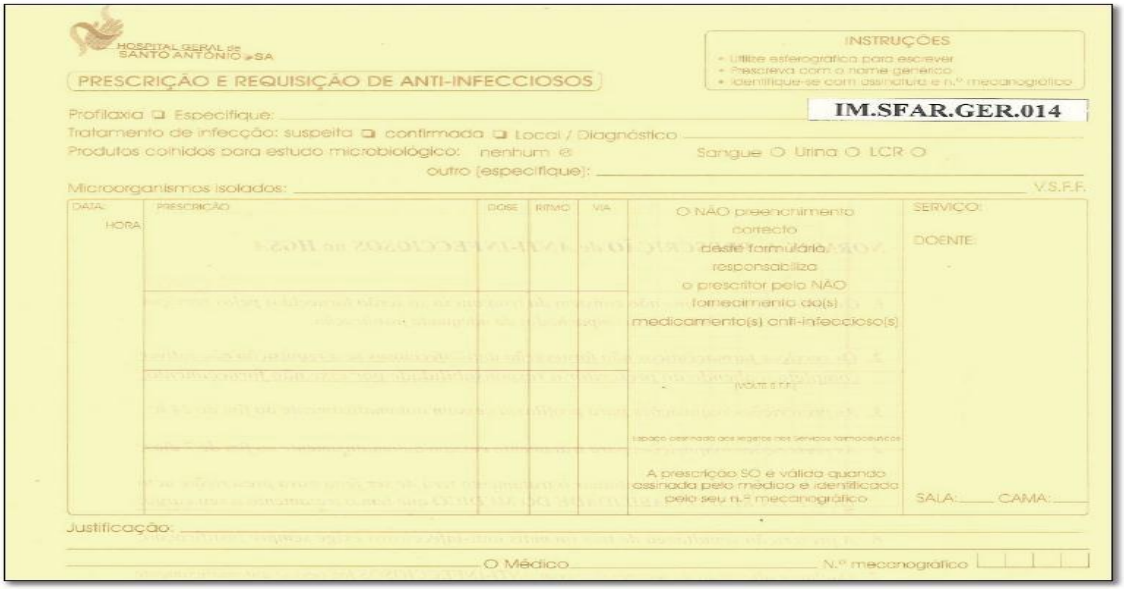
Data ___/___/___ N.º Mec.

Recebido por (ass. legível)

Data ___/___/___ N.º Mec.

Modelo n.º 1509 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Figura 21 – Prescrição de Anti-infeciosos.


HOSPITAL GERAL de SANTO ANTÓNIO SA

INSTRUÇÕES
- Utilize estereográfico para escrever
- Prescreva com o nome genérico
- Identifique-se com assinatura e n.º mecanográfico

PRESCRIÇÃO E REQUISIÇÃO DE ANTI-INFECCIOSOS

IM.SFAR.GER.014

Profilaxia ❑ Especifique:

Tratamento de infecção: suspeita ❑ confirmada ❑ Local / Diagnóstico

Produtos colhidos para estudo microbiológico: nenhum ⊗ Sangue ○ Urina ○ LCR ○ outro (especifique):

Microorganismos isolados: V.S.F.F.

DATA: HORA | PRESCRIÇÃO | DOSE | RITMO | VIA | O NÃO preenchimento correcto deste formulário responsabiliza o prescritor pelo NÃO fornecimento do(s) medicamento(s) anti-infeccioso(s)

SERVIÇO:

DOENTE:

(Visto F.F.)

(Lugar destinado aos registos dos Serviços Farmacêuticos)

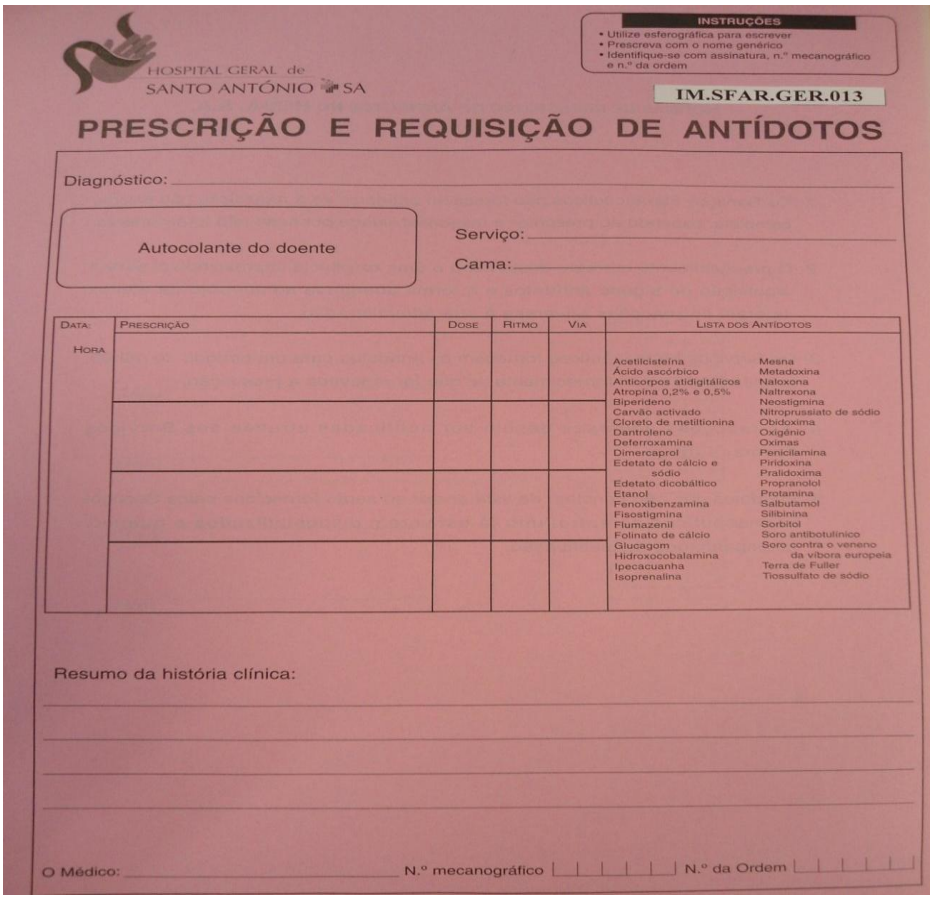
A prescrição SÓ é válida quando assinada pelo médico e identificada pelo seu n.º mecanográfico

SALA:____ CAMA:____

Justificação:

O Médico N.º mecanográfico

Figura 22 – Prescrição de Antídotos.



HOSPITAL GERAL de SANTO ANTÓNIO SA

INSTRUÇÕES
- Utilize esferográfica para escrever
- Prescreva com o nome genérico
- Identifique-se com assinatura, n.º mecanográfico e n.º da ordem

IM.SFAR.GER.013

PRESCRIÇÃO E REQUISIÇÃO DE ANTÍDOTOS

Diagnóstico: _____

Autocolante do doente

Serviço: _____

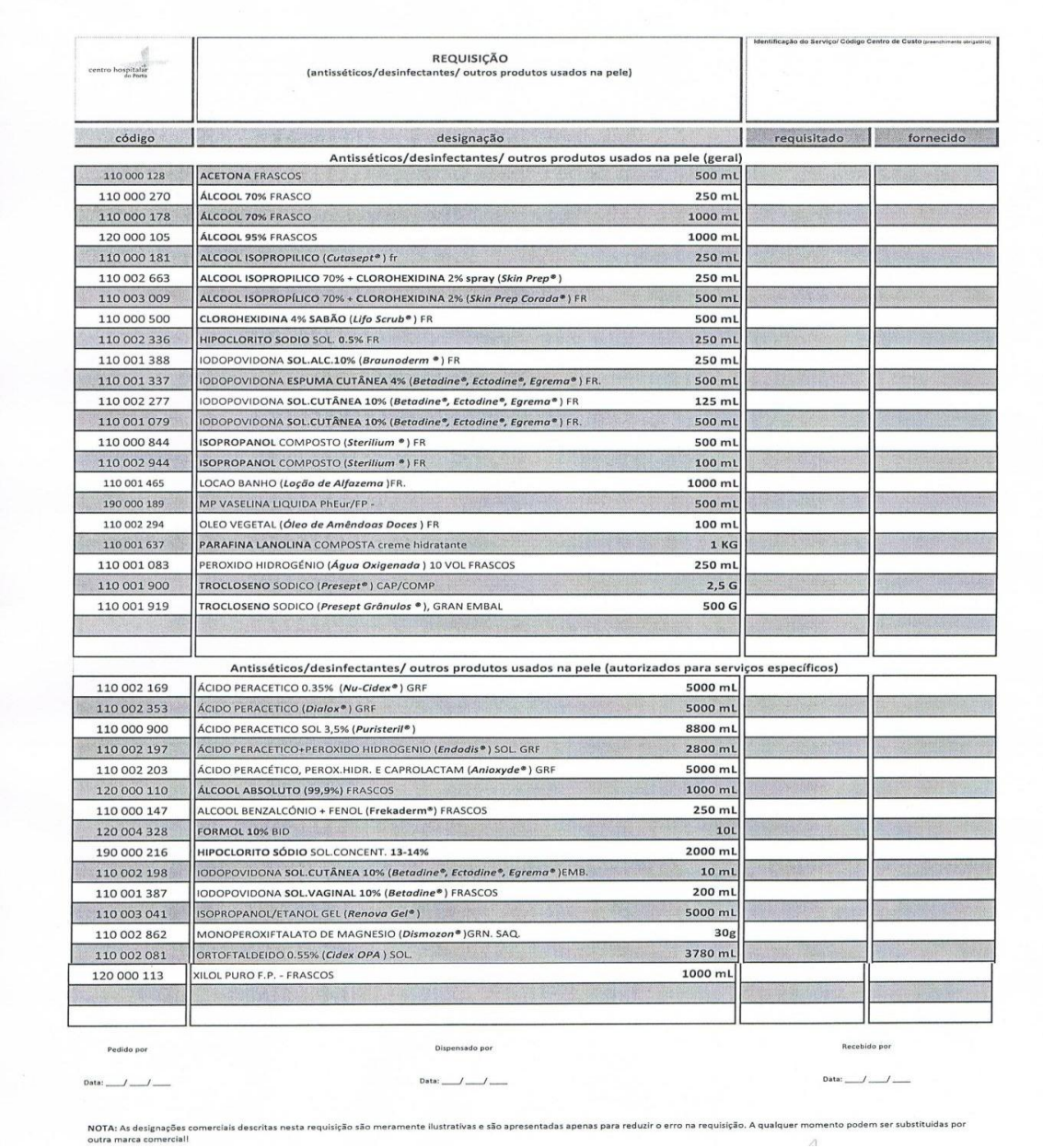
Cama: _____

Data: Hora	Prescrição	Dose	Ritmo	Via	Lista dos Antídotos
					Acetilcisteína, Ácido ascórbico, Anticorpos atidigitálicos, Atropina 0,2% e 0,5%, Biperideno, Carvão activado, Cloreto de metiltionina, Dantroleno, Deferroxamina, Dimercaprol, Edetato de cálcio e sódio, Edetato dicobáltico, Etanol, Fenoxibenzamina, Fisostigmina, Flumazenil, Folinato de cálcio, Glucagom, Hidroxocobalamina, Ipecacuanha, Isoprenalina, Mesna, Metadoxina, Naloxona, Naltrexona, Neostigmina, Nitroprussiato de sódio, Obidoxima, Oxigénio, Oximas, Penicilamina, Piridoxina, Pralidoxima, Propranolol, Protamina, Salbutamol, Silibinina, Sorbitol, Soro antibotulínico, Soro contra o veneno da víbora europeia, Terra de Fuller, Tiossulfato de sódio

Resumo da história clínica:

O Médico: _____ N.º mecanográfico | | | | | | N.º da Ordem | | | | |

Figura 23 – Requisição de Antisséticos e Desinfetantes.



centro hospitalar do Porto

REQUISIÇÃO
(antissépticos/desinfectantes/ outros produtos usados na pele)

Identificação do Serviço/ Código Centro de Custo (preenchimento obrigatório)

código	designação		requisitado	fornecido
	Antissépticos/desinfectantes/ outros produtos usados na pele (geral)			
110 000 128	**ACETONA** FRASCOS	500 mL		
110 000 270	**ÁLCOOL 70%** FRASCO	250 mL		
110 000 178	**ÁLCOOL 70%** FRASCO	1000 mL		
120 000 105	**ÁLCOOL 95%** FRASCOS	1000 mL		
110 000 181	**ALCOOL ISOPROPILICO** (*Cutasept®*) fr	250 mL		
110 002 663	**ALCOOL ISOPROPILICO** 70% + **CLOROHEXIDINA** 2% spray (*Skin Prep®*)	250 mL		
110 003 009	**ALCOOL ISOPROPÍLICO** 70% + **CLOROHEXIDINA** 2% (*Skin Prep Corada®*) FR	500 mL		
110 000 500	**CLOROHEXIDINA** 4% **SABÃO** (*Lifo Scrub®*) FR	500 mL		
110 002 336	**HIPOCLORITO SODIO** SOL. 0.5% FR	250 mL		
110 001 388	IODOPOVIDONA **SOL.ALC.10%** (*Braunoderm ®*) FR	250 mL		
110 001 337	IODOPOVIDONA **ESPUMA CUTÂNEA 4%** (*Betadine®, Ectodine®, Egrema®*) FR.	500 mL		
110 002 277	IODOPOVIDONA **SOL.CUTÂNEA 10%** (*Betadine®, Ectodine®, Egrema®*) FR	125 mL		
110 001 079	IODOPOVIDONA **SOL.CUTÂNEA 10%** (*Betadine®, Ectodine®, Egrema®*) FR.	500 mL		
110 000 844	**ISOPROPANOL** COMPOSTO (*Sterilium ®*) FR	500 mL		
110 002 944	**ISOPROPANOL** COMPOSTO (*Sterilium ®*) FR	100 mL		
110 001 465	LOCAO BANHO (*Loção de Alfazema*)FR.	1000 mL		
190 000 189	MP VASELINA LIQUIDA PhEur/FP -	500 mL		
110 002 294	OLEO VEGETAL (*Óleo de Amêndoas Doces*) FR	100 mL		
110 001 637	**PARAFINA LANOLINA** COMPOSTA creme hidratante	1 KG		
110 001 083	PEROXIDO HIDROGÉNIO (*Água Oxigenada*) 10 VOL FRASCOS	250 mL		
110 001 900	**TROCLOSENO** SODICO (*Presept®*) CAP/COMP	2,5 G		
110 001 919	**TROCLOSENO** SODICO (*Presept Grânulos ®*), GRAN EMBAL	500 G		
	Antissépticos/desinfectantes/ outros produtos usados na pele (autorizados para serviços específicos)			
110 002 169	ÁCIDO PERACETICO 0.35% (*Nu-Cidex®*) GRF	5000 mL		
110 002 353	ÁCIDO PERACETICO (*Dialox®*) GRF	5000 mL		
110 000 900	ÁCIDO PERACETICO SOL 3,5% (*Puristeril®*)	8800 mL		
110 002 197	ÁCIDO PERACETICO+PEROXIDO HIDROGENIO (*Endodis®*) SOL. GRF	2800 mL		
110 002 203	ÁCIDO PERACÉTICO, PEROX.HIDR. E CAPROLACTAM (*Anioxyde®*) GRF	5000 mL		
120 000 110	**ÁLCOOL ABSOLUTO (99,9%)** FRASCOS	1000 mL		
110 000 147	ALCOOL BENZALCÓNIO + FENOL (**Frekaderm®**) FRASCOS	250 mL		
120 004 328	**FORMOL 10%** BID	10L		
190 000 216	**HIPOCLORITO SÓDIO** SOL.CONCENT. **13-14%**	2000 mL		
110 002 198	IODOPOVIDONA **SOL.CUTÂNEA 10%** (*Betadine®, Ectodine®, Egrema®*)EMB.	10 mL		
110 001 387	IODOPOVIDONA **SOL.VAGINAL 10%** (*Betadine®*) FRASCOS	200 mL		
110 003 041	ISOPROPANOL/ETANOL GEL (*Renova Gel®*)	5000 mL		
110 002 862	MONOPEROXIFTALATO DE MAGNESIO (*Dismozon®*)GRN. SAQ.	30g		
110 002 081	ORTOFTALDEIDO 0.55% (*Cidex OPA*) SOL.	3780 mL		
120 000 113	XILOL PURO F.P. - FRASCOS	1000 mL		

Pedido por
Data: ___/___/___

Dispensado por
Data: ___/___/___

Recebido por
Data: ___/___/___

NOTA: As designações comerciais descritas nesta requisição são meramente ilustrativas e são apresentadas apenas para reduzir o erro na requisição. A qualquer momento podem ser substituídas por outra marca comercial!

Figura 24 – Requisição de Material de Penso.

HOSPITAL GERAL de SANTO ANTÓNIO

REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE PENSO

ÚLCERAS DE PRESSÃO - PQIP IM.GG.PQIP.023/9

autocolante do doente

IM.SFAR.GER.030

serviço

cama

data de admissão no serviço / /

diagnóstico

tipo de ferida (ver verso)

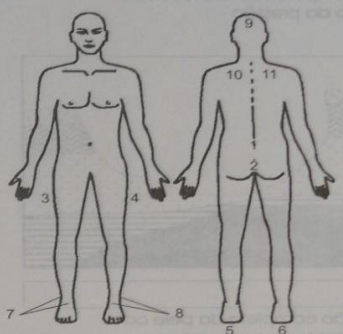
Ulcera de Pressão: sim não

Continuação mesma úlcera pressão

Origem das Úlceras	N.º
Dentro do Hospital	
Noutra Instituição Hospitalar	
Noutra Instituição (não Hospitalar)	
Domicílio	

n.º total de úlceras

Localização	N.º	Data	Turno m/t/n
1 - Sacrum			
2 - Cóccix			
3,4 - Trocanter			
5,6 - Calcâneo			
9 - Occipital			
7,8 - Maleolo			
10,11 - Escapular			
Outras Zonas			



Caracterização de úlceras de pressão / feridas (referindo só a mais grave)

classificação / quantidade | Grau I N.º | Grau II N.º | Grau III N.º | Grau IV N.º

dimensões | eixo maior | eixo menor

1	sinais clínicos de infecção	sim	não	
2	odor (o)	sim	não	
3	necrose (n)	sim	não	
4	exsudado (e)	♦	♦♦♦	
5	granulação (g)	sim	não	
6	epitelização (e.p.)	sim	não	

Requisição (n.º de unidades / dia) **válido para 8 dias** (n.º de pensos por dia)

produto / medida (nome genérico)								

data / /

médico / enfermeiro

assinatura legível

NOTA: autocopiável

U.PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO
RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
www.ff.up.pt