

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Dias Machado

Cristiana da Conceição Ferreira Almeida da Silva

M

2015-16

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Dias Machado

Março de 2016 a Julho de 2016

Cristiana da Conceição Ferreira Almeida da Silva

Orientador : Dr.(a) Maria João Bravo

Tutor FFUP: Prof. Doutor (a) Susana Casal

Julho de 2016

Declaração de Integridade

Eu, _____, abaixo assinado, nº _____, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto 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

Terminada uma parte tão importante da minha vida pessoal e académica resta-me apenas a agradecer a todos os que de alguma forma fizeram parte deste percurso e me apoiaram sempre, sobretudo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, pelo seu apoio incondicional, paciência, carinho e dedicação estou eternamente grata, pois sei que fizeram tudo o que podiam por mim. Em alguns momentos fizeram até mais do que podiam e foram eles que contribuírem para que hoje estivesse a terminar esta longa, mas feliz, etapa da minha vida. De agora em diante é a minha vez que vos compensar!

Aos meus irmãos, elementos fundamentais da minha estrutura familiar, que durante estes cinco anos me deram apoio para continuar mesmo quando as forças faltavam.

Ao Ivo, pela sua enorme generosidade, paciência e apoio incondicional que me deram coragem e força para lutar pelos meus objetivos.

Aos meus amigos que me permitiram manter o equilíbrio, tendo sido os principais responsáveis pelos momentos de diversão académica. Nada disto teria o mesmo sabor sem o enorme contributo deles.

Um enorme agradecimento a toda a equipa da Farmácia Dias Machado que me acolheu durante quatro meses da minha vida que nunca irei esquecer. Fizeram de mim uma profissional melhor e também uma pessoa melhor.

À Dra Manuela Freire, Dr. Gilberto Pereira e Dra Rita Pereira agradeço a oportunidade de poder estagiar numa farmácia com tantas e tão boas condições. Obrigada por apostarem e acreditarem no trabalho dos estagiários. Agradeço também a oportunidade e todo o apoio para a realização dos meus projetos.

Um agradecimento especial à minha orientadora de estágio, Dra Maria João Bravo, farmacêutica excepcional e pessoa ainda melhor, que me acolheu de braços abertos, me ensinou muito e se mostrou muito paciente em todos os momentos. Pela sua dedicação, interesse e apoio estarei para sempre grata.

À Joana Dias, sempre presente durante o meu estágio, pela sua paciência, boa disposição e apoio incondicional agradeço do fundo do coração.

À Dra. Teresa Alves, que com o seu enorme sentido de humor, carinho e dedicação me marcou profundamente durante este estágio.

Ao Dr. Paulo Jesus pelo acompanhamento durante a realização dos meus projetos, ensinamentos e paciência.

À Cristela Pereira pela paciência e atenção, tendo-se mostrado sempre pronta para ajudar.

À Rosália Sousa, pelos conhecimentos partilhados e pelos bons momentos vividos.

Por último, mas não menos importante, à minha tutora, Professora Susana Casal, pelo acompanhamento e dedicação que contribuíram para a melhoria desta experiência.

RESUMO

A conclusão do mestrado integrado em ciências farmacêuticas da FFUP preconiza que no segundo semestre do quinto ano curricular seja realizado o estágio curricular em farmácia comunitária (obrigatório) e em farmácia hospitalar (opcional). O referido estágio é então o primeiro contacto com a vida profissional, conferindo ao estudante conhecimentos e competências inalcançáveis apenas através da frequência às diversas unidades curriculares que compõe o mestrado integrado em ciências farmacêuticas.

O presente relatório surge então na sequência da realização do estágio curricular na Farmácia Dias Machado, em Silves, durante quatro meses (iniciado no dia 1 de março e terminado no dia 6 de julho) e visa expor todas as atividades realizadas, bem como o funcionamento do local de estágio. Deste modo encontra-se dividido em duas partes distintas, a primeira referente a todas as atividades desempenhadas, bem como explicação do funcionamento da farmácia e conhecimentos adquiridos; enquanto a segunda documenta a realização dos projetos instaurados na farmácia, sendo também estes obrigatórios durante o período de estágio.

O primeiro projeto, e também o de maior envergadura, foi a implementação na farmácia de consultas de cuidados farmacêuticos, em particular de revisão da terapêutica e seguimento farmacoterapêutico. Este projeto surgiu para colmatar as necessidades de avaliação da terapêutica dos doentes, em termos de adesão, necessidade, eficácia e segurança. O seu principal objetivo passou por melhorar os resultados clínicos de utentes em regime de polimedicação e com problemas de saúde não controlados.

O segundo projeto consistiu na realização de um rastreio cardiovascular, com determinação de diversos parâmetros bioquímicos com vista a avaliar o risco cardiovascular dos utentes da farmácia. Este tipo de iniciativa, apesar de comum, continua a ser indispensável por forma a sensibilizar a população para este tipo de problemática, procurando adotar medidas que os possam evitar, acabando assim por ser um projeto de educação para a saúde.

O terceiro e último projeto direcionou-se para a importância do marketing na farmácia comunitária e consistiu na realização de alguns eventos, nomeadamente um concurso e a comemoração do dia da criança. Este tipo de atividades permitem dinamizar a farmácia enquanto espaço de saúde e diferenciá-la dos restantes estabelecimentos, sendo ferramentas indispensáveis na atualidade.

Todos os projetos, bem como todas as iniciativas e atividades realizadas durante o estágio, revelaram ser extremamente enriquecedoras, tendo contribuído inequivocamente para a melhoria dos meus conhecimentos, não só enquanto profissional de saúde, mas também enquanto ser humano.

LISTA DE ABREVIATURAS

CF- Cuidados farmacêuticos

CNPEM – Código nacional para prescrição electrónica

DCI – Designação comum internacional

DCV – Doenças cardiovasculares

DM – Dispositivos médicos

FDM – Farmácia Dias Machado

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

MSRM – Medicamento sujeito a receita médica

PF – Produtos farmacêuticos

PV – Prazo de validade

PVF – Preço de venda à farmácia

PVP – Preço de venda ao público

RNM – Resultado negativo da medicação

SA – Substância ativa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

Capítulo 1: Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	1
2. Organização da farmácia.....	1
2.1 Localização e Espaço Exterior	1
2.2 Espaço Interior	1
2.3 Horário de funcionamento	2
2.4 Recursos Humanos	2
2.5 Fontes de Informação	3
2.6 Sistema informático.....	3
3. Circuito geral dos Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	3
3.1 Gestão de stocks.....	4
3.2 Encomendas e aprovisionamento	4
3.3 Receção, conferência e armazenamento de encomendas	5
3.4 Controlo de prazos de validade e gestão de devoluções	6
4. Dispensa de medicamentos	7
4.1 Medicamentos sujeitos a receita médica	7
4.1.1 A prescrição médica	8
4.1.2 Regimes de Comparticipação.....	10
4.1.3 Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	11
4.1.4 Medicamentos genéricos.....	12
4.1.5 Conferência de receituário e faturação.....	13
4.2 Medicamentos não sujeitos a receita médica e indicação farmacêutica	13
4.3 Medicamentos manipulados.....	15
5. Dispensa de outros produtos farmacêuticos	15
5.1 Medicamentos e Produtos Veterinários	15
5.2 Dispositivos médicos.....	15
5.3 Produtos de cosmética e higiene corporal	16
5.4 Géneros alimentícios destinados a alimentação especial	17
5.5 Suplementos alimentares	17
5.6 Produtos e medicamentos homeopáticos	18
5.7 Produtos e medicamentos fitoterápicos.....	18

6. Serviços farmacêuticos	18
6.1 Determinação da pressão arterial.....	18
6.2 Determinação da glicemia, colesterol total e triglicérides.....	19
6.3 Serviços de nutrição e podologia.....	19
Capítulo 2: Temas Desenvolvidos no Âmbito da Atividade Farmacêutica.....	19
Tema 1: Cuidados Farmacêuticos	19
1. Introdução	19
2. O que são os cuidados farmacêuticos.....	20
3. Como implementar um serviço diferenciado na farmácia	20
4. Problemas relacionados com medicamentos	21
5. Consulta de revisão da terapêutica.....	23
6. Consulta de seguimento farmacoterapêutico	25
7. Educação para a saúde	27
8. Estudo de caso	28
9. Conclusão.....	30
Tema 2: Rastreio Cardiovascular	30
1. Introdução	30
2. Fisiopatologia das doenças cardiovasculares.....	31
3. Fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares	32
4. Diagnóstico e avaliação do risco cardiovascular	33
5. Prevenção de doenças cardiovasculares	34
6. Tratamento de doenças cardiovasculares	36
7. Organização de um rastreio cardiovascular	36
8. Conclusão.....	37
Tema 3: Marketing na Farmácia	38
1. Introdução	38
2. Marketing na farmácia: o conceito.....	38
3. Um concurso no facebook.....	39
4. Comemorações do dia da criança	39
5. Conclusão.....	39
Capítulo 3: Conclusão	40

Bibliografia	41
Anexos.....	44

CAPÍTULO 1: RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

1. INTRODUÇÃO

A farmácia comunitária pode ser caracterizada como sendo um espaço destinado à prestação de serviços de saúde especializados, vocacionados para o uso racional do medicamento, dispositivos médicos e produtos dermocosméticos. Desde sempre ocupou um lugar de destaque na sociedade, sendo na grande maioria dos casos o primeiro ponto de contacto do utente e assim uma porta de entrada no Sistema de Saúde.

Atualmente as farmácias oferecem uma panóplia de serviços de intervenção farmacêutica com diferentes graus de complexidade mas que requerem elevada diferenciação técnico-científica, tal como a dispensação de medicamentos ou produtos farmacêuticos (PF), determinação de parâmetros bioquímicos e atividades de educação para a saúde. Neste contexto destaca-se a importância da atividade profissional do farmacêutico que, sendo o especialista do medicamento, reúne todos os conhecimentos e competências necessários para a melhoria dos resultados em saúde da população. Para além dos seus conhecimentos farmacológicos e tecnológicos, que lhe permitem reconhecer reações adversas, interações medicamentosas, contra-indicações e sinais de alerta, o farmacêutico deve ainda ser capaz de sensibilizar para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e do uso racional do medicamento, por forma a contribuir para o alcance dos objetivos das políticas de saúde.

O presente relatório surge no âmbito da realização do estágio curricular na Farmácia Dias Machado (de agora em diante designada FDM) e tem como objetivo a descrição sucinta de todas as atividades realizadas durante o mesmo.

2. ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA

2.1 Localização e Espaço Exterior

A FDM situa-se em Silvaes, na Rua 25 de Abril, no interior de um centro comercial, o que contribui para a afluência ao estabelecimento de diversos tipos de utentes permitindo um atendimento muito variado e com forte componente dermocosmética. Com um aspecto moderno, profissional e respeitante de todos os requisitos legais (impostos pelo decreto-lei nº171/2012), a FDM possui no seu exterior um letreiro com a designação “Farmácia Dias Machado” e ainda o símbolo da cruz verde. Para além disso, o nome do diretor técnico encontra-se visível no espaço exterior, bem como o horário de funcionamento e a listagem das farmácias de serviço no município. Possui ainda uma montra que é renovada quinzenalmente e cujo principal objetivo é comunicação visual com o utente, funcionando como ferramenta de marketing. A montra visa a promoção de produtos de venda livre (tais como medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares, produtos dermocosméticos, entre outros) e ainda a apresentação de campanhas promocionais, tendo normalmente carácter sazonal. Para além da entrada reservada aos utentes, a farmácia possui uma porta secundária, devidamente identificada pelo nome do estabelecimento, utilizada apenas pelos fornecedores para entrega de encomendas.

2.2 Espaço Interior

O interior da farmácia, como local de prestação de cuidados de saúde, deve ser um espaço com aspeto profissional, dividido em diversas áreas por forma a agilizar a prestação dos diversos serviços e procurando garantir a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes.^{1,2} Para além disso, deve ainda reunir todas as condições necessárias para garantir a segurança, conservação e preparação de medicamentos e produtos farmacêuticos (PF).¹

A FDM possui dois pisos, cujas plantas estão esquematizadas nos anexos I e II, sendo que no primeiro existe a área de atendimento ao público, dois gabinetes do utente e os sanitários. No segundo piso localiza-se a área de aprovisionamento, a zona de receção de encomendas, o armazém, o laboratório e o escritório.

A zona de atendimento é um espaço amplo no qual estão expostos diversos lineares (que se encontram devidamente identificados, permitindo ao utente encontrar rapidamente qualquer produto) e gôndolas com produtos dermocosméticos, dispositivos médicos e ainda produtos de puericultura e obstetrícia. Os produtos expostos nos lineares são praticamente constantes ao longo do ano contrariamente aos das gôndolas cuja exposição depende da sazonalidade, quantidade existente e ainda necessidade de escoamento. Para além disso as gôndolas permitem dar destaque a campanhas promocionais, funcionando também como ferramenta de marketing. Ainda nesta área existem três postos de atendimento distanciados de modo a permitir que cada atendimento ocorra com privacidade, tal como preconizam as Boas Práticas em Farmácia Comunitária. Junto dos postos de atendimento existem lineares com MNSRM, suplementos alimentares e produtos buco-dentários, mas também gavetas que se destinam ao armazenamento de medicamentos e outros PF de grande rotatividade.

Os gabinetes são espaços com maior privacidade destinados a situações específicas: um deles contém todo o material necessário às determinações bioquímicas (tensiómetro, lancetas, tiras teste, contentores de resíduos, etc) e destina-se essencialmente à realização dos testes de glicémia, colesterol total, triglicéridos e ainda determinação do peso e pressão arterial. No caso do segundo gabinete, este é utilizado nas consultas de podologia, nutrição, cuidados farmacêuticos (projeto instaurado durante o estágio e abordado no capítulo 2) e ainda outras situações que carecem de maior privacidade, como administração de injetáveis, aconselhamento dermatológico/cosmético e de contraceção de emergência.

No laboratório encontram-se todos os materiais e matérias-primas necessárias à preparação de medicamentos e produtos manipulados, bem como alguma bibliografia (como o formulário galénico e a farmacopeia portuguesa) e ainda uma capa de registo de preparação de manipulados.

A zona de aprovisionamento constitui o local onde se encontram as encomendas por rececionar estando organizada por fornecedores de forma a facilitar todo o processo de receção, sobretudo das encomendas diárias. Junto a este local existe a zona de receção de encomendas, área na qual os medicamentos e PF são conferidos e rececionados informaticamente. É também nesta zona da farmácia que são guardados os documentos referentes aos fornecedores e encomendas tais como: notas de encomenda, notas de devolução e faturas. Do armazém propriamente dito integram dois espaços físicos: um constituído por um conjunto de prateleiras nas quais se armazenam os produtos excedentes da zona de atendimento (balcão, lineares e gôndolas) e um sistema de armazenamento automático no qual se encontram cerca de 80% dos medicamentos existentes na farmácia e ainda outros PF.

2.3 Horário de funcionamento

De segunda a sexta-feira a FDM encontra-se aberta ao público das 10h00 até as 23h00. Aos domingos o horário de funcionamento é das 10h00 às 20h00, encontrando-se fechada no dia de Natal, 1 de janeiro e Páscoa.

2.4 Recursos Humanos

A equipa da FDM é constituída por três farmacêuticos (Dr. Paulo Silva, Dra. Maria João Bravo e Dra. Teresa Alves), três técnicas de diagnóstico e terapêutica (Cristela Pereira, Joana Dias e Rosália Sousa) e um

técnico auxiliar de farmácia (Domingos Alves). A direção técnica é da responsabilidade da Dra. Manuela Freire que garante o funcionamento da farmácia de acordo com as leis e normas impostas atualmente. A FDM conta ainda com dois gestores, também eles farmacêuticos, o Dr. Gilberto Pereira e a Dra. Rita Pereira.

2.5 Fontes de Informação

A prestação dos serviços numa farmácia assenta na tomada de decisões clínicas (como dispensar um medicamento, aconselhar determinado PF, entre outras) que devem obrigatoriamente ter por base conhecimentos científicos atualizados. Neste sentido é indispensável que o farmacêutico possua ao seu dispor diversas fontes de informação, que podem ser referências como o prontuário terapêutico e formulário galénico, ou então ferramentas disponíveis na internet como o resumo das características do medicamento (RCM) ou o site do INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde, I.P).

O importante é que para cada situação o profissional de saúde seja capaz de selecionar rapidamente qual a fonte de informação mais pertinente e consultá-la de forma eficaz. Na FDM são várias as referências disponíveis que vão desde bibliografia vocacionada para o uso correto do medicamento, de produtos dermocosméticos e também veterinários. Durante o estágio foi possível a consulta das diversas fontes de informação existentes na farmácia e na *internet*, permitindo a perceção da sua importância.

2.6 Sistema informático

Atualmente nas farmácias, dada a enorme variedade de atividades e serviços prestados, torna-se indispensável a existência de um sistema informático capaz de suportar todas estas ações e ainda integrar a componente de gestão com o atendimento e acompanhamento dos utentes. Na FDM é utilizado o sistema operativo SIFARMA2000® que constitui umas das ferramentas indispensáveis ao funcionamento diário do estabelecimento. Trata-se de um programa vocacionado essencialmente para a melhoria do atendimento ao público, constituindo ele próprio uma fonte bibliográfica por apresentar informações relacionadas com indicações terapêuticas, posologias, reações adversas, interações e precauções de utilização para a grande maioria dos produtos existentes na farmácia. Permite ainda um seguimento dos utentes de forma mais eficiente devido à possibilidade de criação da “ficha de acompanhamento” na qual são registados os problemas de saúde do utente, a sua medicação, o histórico de compras e ainda determinações de parâmetros bioquímicos realizados ou não na farmácia. Esta é uma ferramenta muito utilizada na FDM e que apresenta vantagens, sobretudo aquando do atendimento que fica facilitado por permitir ao farmacêutico avaliar a segurança da terapêutica e ainda adesão por parte do utente. Para além disso, permite prestar aconselhamento em patologia minor sem riscos de interação com o perfil farmacoterapêutico, uma vez que o profissional de saúde tem acesso ao historial do doente.

Acresce às vantagens referidas o facto de o SIFARMA2000® possibilitar a gestão dos produtos (através da realização de encomendas, devoluções, controlo dos prazos de validade) e ainda a realização e controlo da faturação. O contacto com este sistema operativo e a descoberta das suas funcionalidades foi uma das etapas mais importantes do estágio por estar implicado em todas as atividades realizadas desde a receção de encomendas até ao atendimento ao público.

3. CIRCUITO GERAL DOS MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS

O principal objetivo das farmácias, enquanto espaços de saúde, é a cedência de medicamentos e PF em condições que permitam minimizar os riscos de uso e ainda maximizar os seus efeitos.² Para que esta premissa se verifique e para responder às diversas necessidades dos seus utentes existe um conjunto de

procedimentos desde a aquisição dos medicamentos, sua conservação e posterior dispensa que devem ser estabelecidos e criteriosamente cumpridos.

3.1 Gestão de stocks

A gestão de *stocks* pode ser definida como um conjunto de procedimentos que visam racionalizar e sistematizar a quantidade de produtos existentes na farmácia de forma a satisfazer as necessidades dos utentes.² A correta gestão dos *stocks* permite assegurar resposta face a situações de rutura no mercado e variação de procura por parte dos utentes. Considera-se que existe uma gestão eficiente de stocks quando não surgem problemas de rutura nem de excesso de produtos. Quando existe um excedente de determinado artigo pode ocorrer perda monetária por parte da farmácia visto que o dinheiro investido não gera lucro. Para além, disso se o problema for prolongado no tempo podem surgir situações de prazos de validade expirados que agravam ainda mais a perda financeira. No caso de existir rutura de determinado produto, o principal problema reside no comprometimento da terapêutica do utente que, em algumas situações, pode ter repercussões graves. Esta situação significa também um incómodo para o utente, sendo inclusive “má publicidade” para o estabelecimento.

O sistema informático desempenha um papel fulcral no que diz respeito à gestão dos produtos, uma vez que para cada um deles, na respetiva ficha do produto, é possível definir um valor de stock mínimo e máximo. Cada vez que um artigo atinja o valor mínimo gera-se automaticamente uma encomenda que, depois de ser aprovada pelo farmacêutico, é enviada ao fornecedor. Além desta vantagem, o SIFARMA2000® permite a análise do histórico de compras e vendas do produto auxiliando assim a definição dos valores mínimos e máximos. Contudo, apesar das vantagens apontadas ao sistema operativo, é fundamental garantir que os stocks informáticos correspondem aos stocks reais, caso contrário podem surgir problemas, nomeadamente no ato da dispensa. A correção de stocks é indispensável e foi uma das atividades realizadas durante todo o período de estágio, tal como a análise de compras e vendas de alguns produtos por forma a alterar níveis de stock sempre que se mostrou pertinente.

3.2 Encomendas e aprovisionamento

A aquisição de PF é umas das atividades principais da farmácia e deve ser realizada tendo em conta alguns critérios de forma a reduzir o investimento e maximizar o lucro. Neste sentido é fundamental que o responsável pelas compras defina um conjunto de procedimentos de avaliação e seleção dos fornecedores.² Para além, disso é indispensável que o processo de aquisição cumpra todos os requisitos necessários de modo a garantir a qualidade dos produtos.³ A seleção de determinado fornecedor prende-se com a variedade de produtos que comercializa, tipologia e quantidade de produtos que se pretende encomendar, capacidade de resposta, condições de pagamento, questões relacionados com bonificações e horário de entrega. No caso da FDM a aquisição de produtos é realizada através de armazenistas/grossistas mas também através da comunicação direta com determinados laboratórios ou distribuidores autorizados, como é o caso da Generis, Pierre Fabre, entre outros. A Alliance Healthcare e a OCP Portugal são os dois armazenistas aos quais a FDM recorre diariamente efetuando uma encomenda para cada um deles. Os grossistas apresentam como vantagens o facto de não ser exigida uma quantidade mínima para cada encomenda, grande panóplia de produtos e ainda rapidez na entrega. São adquiridos por esta via a maioria dos medicamentos, alguns dispositivos médicos e produtos urgentes. Também aos grossistas são realizadas as designadas “encomendas instantâneas”, que podem ser efetuadas através do sistema informático ou então via telefone, e que servem

para colmatar falhas de produtos que não existem na farmácia e são pedidos pelos utentes, estando normalmente associados a reservas.

Os produtos adquiridos diretamente a laboratórios específicos são maioritariamente dermocosméticos, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de puericultura e obstetrícia. As encomendas deste tipo são menos frequentes uma vez que apresentam maior demora na entrega e exigência de valor mínimo de encomenda, apesar de apresentarem melhores condições de bonificação. As encomendas efetuadas aos grossistas são enviadas através do próprio sistema informático, contrariamente às efetuadas aos laboratórios que requerem uma nota de encomenda enviada via e-mail ou entregue aos respetivos delegados de informação médica.

Em qualquer um dos casos, qualquer que seja o fornecedor, é indispensável que aquando da realização de encomendas o farmacêutico responsável tenha em conta alguns requisitos tais como: consumo mensal do produto, stock existente, variação sazonal, existência ou não de campanhas favoráveis e ainda capacidade de armazenamento da farmácia. É também importante que sejam considerados aspetos como o perfil dos utentes que visitam a farmácia, os hábitos de prescrição e a existência de novos produtos.

A realização de encomendas foi uma das atividades observadas durante o estágio, sendo que foi possível compreender a importância de atender aos fatores referidos de modo a garantir capacidade de resposta por parte da farmácia com maximização dos lucros.

3.3 Receção, conferência e armazenamento de encomendas

A receção e armazenamento de encomendas são etapas fundamentais no ciclo do medicamento e de outros PF e como tal existem procedimentos e critérios para a verificação, aceitação e armazenamento dos produtos de forma a garantir a sua qualidade.² O processo de receção e conferência das encomendas (esquematizado no anexo III) realiza-se em duas etapas fundamentais: a primeira destinada a avaliar a qualidade dos produtos confirmando se existem sinais de dano ou de que as condições de conservação tenham sido violadas, e uma segunda fase na qual são conferidas as quantidades confrontando os valores com os da nota de encomenda e também com os da guia de remessa ou fatura que acompanha a encomenda. Os documentos que acompanham as encomendas possuem todas as informações necessárias para rececionar a encomenda informaticamente, nomeadamente: identificação do fornecedor, identificação da fatura/guia, descrição individualizada dos produtos (através do nome comercial e código), quantidade encomendada, quantidade enviada, taxa de IVA, preço de venda à farmácia (PVF), preço de venda ao público (PVP) (exceptuando os produtos de venda livre), descontos aplicados/bonificações e preço total da encomenda. A receção informática é efetuada através do código do produto registando-se a quantidade recebida, o PVF, o valor de desconto/bónus (se aplicável) e o prazo de validade – PV – (apenas quando não existe nenhum produto em stock ou quando o PV dos produtos já existentes é superior ao dos rececionados). No caso dos produtos armazenados no robot, e que não necessitam de marcação de preço, a receção pode ser realizada diretamente. Todos os outros são rececionados no computador existente na zona de receção de encomendas.

Os produtos de venda livre, tal como já referido, carecem de marcação de preço sendo este calculado de acordo com o PVF e a margem da farmácia previamente estabelecida.

Os estupefacientes e psicotrópicos são encomendados e rececionados da mesma forma, contudo são acompanhados de um documento de requisição específico (de acordo com o decreto-lei nº 15/93 de 22 de

janeiro) registando-se o número de embalagens e mantendo-se assim um controlo mais rigoroso deste tipo de medicação.

Após receção, todos os produtos são devidamente armazenados nos locais apropriados respeitando as condições de temperatura, humidade e luminosidade, garantindo a manutenção das características físicas e químicas dos medicamentos e PF. A disposição dos produtos no armazém é realizada de acordo com a metodologia FEFO (*First Expired First Out*) e de modo a que todos os produtos sejam rápida e facilmente identificados pelo rótulo. Os produtos que requerem refrigeração são os primeiros a ser armazenados enquanto os restantes são organizados no armazém, robot, gavetas da zona de atendimento ou lineares. Em qualquer um destes locais existem equipamentos destinados a avaliar a temperatura e humidade, sendo o seu registo e análise uma tarefa semanal que tem como objetivo garantir que os medicamentos e PF se encontram nas devidas condições mantendo a sua qualidade, segurança e eficácia.

Durante o meu estágio tive oportunidade de intervir na receção de encomendas, tendo sido uma atividade mais frequentemente realizada no mês inicial de estágio. Contribuiu sobretudo para a familiarização com os diversos produtos existentes no mercado, o que acabou por auxiliar posteriormente a fase de atendimento ao público.

3.4 Controlo de prazos de validade e gestão de devoluções

O PV de um medicamento ou de um PF é aquele durante o qual as características físicas, químicas, microbiológicas, galénicas, terapêuticas e toxicológicas não se alteram ou sofrem eventuais modificações dentro de limites aceitáveis e bem definidos.⁴ Para o sucesso terapêutico uma das premissas indispensáveis é a dispensa dos produtos dentro do seu PV, pois só assim é possível garantir que possuem todas as suas características inalteradas. Caso este período não seja cumprido podem surgir alterações no produto que inviabilizem a sua administração, que o tornem suscetível de contaminação bacteriana ou então que causem perda de eficácia devido a degradação da SA (substância ativa).

O controlo dos PV é uma tarefa efetuada mensalmente na FDM, através da emissão de uma lista de todos os produtos cuja validade expira nos seis meses seguintes. Posteriormente, os dados constantes da lista (nome, código do produto, stock e PV) são conferidos e corrigidos se necessário. Caso algum dos produtos constantes da lista esteja próximo de expirar, mas ainda seja possível fazer a sua dispensa em condições seguras para o utente, é sinalizado como venda prioritária. Nas situações em que este desfecho não seja possível o produto é retirado do seu local de armazenamento e colocado noutra destinado a devoluções. A devolução ao fornecedor é acompanhada de um documento (nota de devolução) que tem como informações o nome, código e quantidade do produto devolvido, estando identificado o fornecedor, a farmácia e ainda o motivo da devolução. O fornecedor pode regularizar a situação através da emissão de uma nota de crédito ou do envio de novos exemplares do produto devolvido com PV superior. Nestas situações não há perda do capital investido, contrariamente ao que acontece quando fornecedor não aceita a devolução e o produto é enviado para quebras (baixas no stock). Para além do término do prazo de validade, existem outras situações nas quais é necessário efetuar devoluções aos fornecedores, tais como: embalagens danificadas, produtos alterados, não conformidades entre a nota de encomenda e a fatura e retirada de lotes do mercado por ordem do INFARMED ou do próprio fabricante. Na FDM, devido à existência do robot, o controlo dos PV é um processo rápido e bastante eficiente. As validades de todos os produtos armazenados no robot são registadas aquando da sua entrada, o que permite que seja sempre dispensado o produto com menor PV. Deste modo

são evitados erros na dispensa, garantindo-se que o produto fornecido é sempre aquele com menor PV, o que pode não acontecer com os produtos armazenados noutros locais caso não seja respeitado o método FEFO. A verificação dos PV dos produtos armazenados no robot acaba também por ser mais fácil visto que existem menos situações de erros de stock, contrariamente ao que acontece nos restantes locais de armazenamento.

Durante o estágio foi também possível intervir no controlo dos PV, tendo verificado a importância deste processo sobretudo por permitir detetar erros de stock e ainda evitar perdas financeiras, visto que muitas vezes a sinalização dos produtos como “vendas prioritárias” permite a sua dispensação em tempo útil.

4. DISPENSA DE MEDICAMENTOS

A cedência de medicamentos é umas das atividades fulcrais do farmacêutico, sendo também a que mais impacto tem junto do utente, e pode ser definida como o ato profissional no qual, após avaliação da situação, são cedidos medicamentos (mediante apresentação de prescrição médica ou então em regime de indicação farmacêutica) juntamente com toda a informação necessária para o sucesso da terapêutica.² Aquando da dispensa dos fármacos é indispensável que seja fornecida ao utente toda a informação necessária para o correto uso da medicação, desde a posologia, forma de administração, contra-indicações, precauções de utilização, interações e possíveis reações adversas às quais o utente deve manter-se atento.² Para além destes aspetos é também indispensável explicar quais os benefícios do medicamento de modo a fomentar a adesão à terapêutica, uma vez que um utente que compreende os impactos positivos da medicação cumpre melhor o regime terapêutico obtendo resultados positivos. De modo a passar a informação correta ao utente e garantir o sucesso terapêutico torna-se fundamental que exista uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente. Neste sentido o farmacêutico deve adequar a linguagem verbal e não-verbal a cada situação, procurando ser paciente e empático.

O medicamento pode ser definido como uma ou mais substâncias com propriedades curativas ou preventivas de doenças e/ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada/administrada com vista a exercer um diagnóstico médico ou exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica ou a corrigir, restaurar ou modificar funções biológicas.⁵ De acordo com a dispensa ao público, os medicamentos podem dividir-se em medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e MNSRM.

4.1 Medicamentos sujeitos a receita médica

Os MSRM são assim classificados sempre que sejam substâncias que possam constituir um risco direto ou indireto para a saúde do utente, mesmo usados sob vigilância médica; representem um risco direto ou indireto para a saúde do utente se forem utilizados frequentemente em quantidades consideráveis para fins diferentes dos que se destinam; contenham substâncias ou derivados cuja atividade e/ou reações adversas sejam indispensáveis aprofundar ou se destinem a administração parentérica.⁵

Este tipo de medicamentos apenas pode ser dispensado mediante apresentação de prescrição médica ou, em algumas situações, na ausência desta pode ser feita a venda suspensa. As vendas suspensas são efetuadas a utentes que recorram a determinada medicação cronicamente e que, por algum motivo, não consigam ter acesso a receita médica em tempo útil. Nestas situações e avaliando a necessidade do medicamento, o farmacêutico poderá optar por fazer a venda suspensa do produto, na qual o utente paga o medicamento na totalidade sendo-lhe restabelecido o valor da comparticipação aquando da regularização da venda suspensa (entrega da respectiva prescrição médica).

4.1.1 A prescrição médica

Nos últimos anos a legislação que suporta a prescrição foi alterada para promover a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e através de sistemas eletrónicos, contudo as regras de prescrição e as informações a veicular são muito semelhantes ao que já se praticava. A prescrição de medicamentos (incluindo manipulados, psicotrópicos e estupefacientes) tem de ser efetuada por meios electrónicos, (de acordo com a Portaria nº 224/2015 de 27 de julho), sendo aplicável a produtos com e sem comparticipação tais como dispositivos médicos, géneros alimentícios, entre outros. ⁶ Atualmente, e até que seja possível a desmaterialização do receituário, existem 3 tipos de prescrições: a receita electrónica desmaterializada (ou receita sem papel), receita electrónica materializada e receita manual. No caso das receitas eletrónicas estas são prescritas, acessíveis e interpretáveis através do sistema informático, sendo que no momento de prescrição os *softwares* têm de validar e registar a receita no sistema central de prescrições. No caso da receita materializada o prescriptor imprime a receita, que tem duas partes, uma destinada a ficar na farmácia e outra para o utente (a designada guia de tratamento). A receita desmaterializada consiste numa guia de tratamento e que após validação é devolvida ao utente. Alternativamente, o médico prescriptor pode enviar para o contacto do utente uma mensagem com os dados referentes à prescrição: número da receita, código de acesso e código direito de opção. Em qualquer dos casos, as receitas eletrónicas podem ser acedidas nas farmácias através da leitura (em equipamento apropriado) do cartão de cidadão do utente a quem foi prescrita a medicação. Relativamente às receitas manuais, para a sua utilização, o médico prescriptor deve assinalar na própria receita o motivo pelo qual não prescreve eletronicamente e que pode ser um dos seguintes: falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição ao domicílio ou outras situações até um máximo de 40 receitas mensais. ⁷

A prescrição de medicamentos deve ser efectuada através da DCI da SA devendo também ser especificada a forma farmacêutica, dosagem, apresentação (tamanho da embalagem), posologia, número de embalagens e Código Nacional para Prescrição Electrónica de Medicamentos (CNPEM). O referido código agrupa todos os medicamentos com a mesma SA, dose, forma farmacêutica e apresentação, constituindo uma vantagem no ato da dispensa por limitar erros associados a trocas de fármacos. A prescrição através da designação comercial do medicamento, marca ou indicação do nome do titular de autorização de introdução no mercado apenas é possível para um medicamento para o qual não exista genérico similar, medicamentos que por propriedade industrial apenas possam ser prescritos para determinadas indicações terapêuticas ou então mediante justificação técnica do prescriptor. ⁷ Nestas situações em vez do CNPEM, o código veiculado na receita é específico da especialidade prescrita e deve constar, se aplicável, a justificação técnica do prescriptor. As exceções a veicular na prescrição médica podem ser de 3 naturezas diferentes: exceção da alínea a) do nº 3 do art. 6º (relativo a um medicamento com índice ou margem terapêutica estreita); exceção da alínea b) do nº 3 do art. 6º (relacionada com suspeita de reação adversa prévia devidamente reportada ao INFARMED) e exceção da alínea c) do nº 3 do art. 6º (referente a tratamentos de duração superior a 28 dias).^{6,7} Note-se que a exceção a) apenas pode ser aplicada para a lista de fármacos constantes na Deliberação nº 70/CD/2012 (ciclosporina, levotiroxina sódica e tacrolimus) e obriga a que o medicamento dispensado seja o prescrito. Caso seja invocada esta exceção para fármacos não constantes da lista a dispensa deve ocorrer como se de uma DCI se tratasse. Quando as prescrições possuem a exceção b) o medicamento dispensado tem, obrigatoriamente, de ser o prescrito. Para além disso cabe ao farmacêutico contactar o prescriptor de

forma a averiguar se a reação adversa foi notificada ao INFARMED. No caso de se tratar de uma exceção c) o utente pode escolher um medicamento similar desde que o preço seja igual ou inferior ao prescrito.⁶

A cedência de medicamentos mediante apresentação de prescrição médica pode ser dividida em 4 fases principais: validação da receita, interpretação da prescrição por parte do farmacêutico, cedência dos medicamentos mais adequados (respeitando a prescrição médica) e fornecimento de toda a informação necessária para o sucesso terapêutico. A validação de uma prescrição médica, seja eletrónica ou manual, tem alguns parâmetros em comum, nomeadamente identificação de: numeração da receita; médico prescriptor (nome, nº da cédula profissional, especialidade clínica e contacto); local de prescrição; utente (nome, nº do SNS, nº de beneficiário da entidade financeira responsável, e regime especial de comparticipação de medicamentos se aplicável); medicamento prescrito (por DCI ou por marca); posologia e duração do tratamento; comparticipações especiais (através da designação do despacho/diploma aplicável em cada linha de prescrição); número de embalagens; data da prescrição, validade da prescrição e assinatura do prescriptor.⁶ Relativamente aos aspetos referidos importa realçar que na identificação de utentes com regime especial de comparticipação de medicamentos devem constar, na prescrição electrónica, as letras “R” (no caso dos pensionistas) ou “O” e os respetivos diplomas legais implicados (no caso de determinadas patologias e grupos de doentes) para que possa ser efetuada a comparticipação especial. Caso se trate de uma receita manual, a identificação do regime especial de comparticipação é feita através de vinheta de cor verde.

Outra questão relevante é a data da prescrição que é usada na determinação da validade da receita (no caso das receitas manuais e informáticas materializadas) e da linha de prescrição (no caso das receitas sem papel). Assim sendo, existem dois tipos de receitas ou linhas de prescrição: a receita/ linha de prescrição normal (que apresenta uma validade de 30 dias após a data de emissão) e a receita/linha de prescrição renovável (cujas validades das vias/linhas de prescrição é de 6 meses).⁶ Naturalmente existem diferenças pontuais entre a validação de receitas informatizadas e manuais que se encontram sumariamente descritas no anexo IV.

Após validação da prescrição médica, segue-se a etapa de avaliação do regime farmacoterapêutico do utente, verificando, para cada medicamento, se este é necessário, adequado ao doente (tendo em conta as contra-indicações, interações, alergias, intolerâncias e outros fatores relevantes), se a dose, posologia e duração do tratamento são apropriados e ainda procurando verificar se são cumpridas as condições económicas, sociais e legais aplicáveis.⁶ No decorrer deste processo, caso seja detetado algum PRM, o farmacêutico deve intervir no sentido de o resolver, sendo que em alguns casos a solução passa por contactar o médico prescriptor. Terminada esta fase cabe também ao profissional de saúde escolher quais os medicamentos mais apropriados a dispensar ao utente, devendo adotar posturas diferentes caso se trate de uma prescrição por DCI (anexo V) ou por marca/designação comercial (anexo VI).

A última etapa consiste na “educação” do utente, e tal como já foi referido anteriormente tem como objetivo elucidar o doente acerca da importância da medicação, explicando a posologia, forma de administração, duração do tratamento e outros aspetos que possam ser relevantes (precauções especiais, interações, reações adversas). Para além destas informações é indispensável o aconselhamento de medidas não farmacológicas pertinentes, e que tal como a informação anterior devem ser veiculadas oralmente e por escrito.^{2,6}

No caso das receitas manuais ou informáticas materializadas, no ato de dispensa é impresso no verso da receita a seguinte informação: identificação da farmácia, número de registo dos medicamentos em caracteres e código de barras, quantidade fornecida, preço total de cada medicamento, valor total da receita, encargo do utente em valor por medicamento e respetivo total, comparticipação do Estado em valor por medicamento e respetivo total e data da dispensa. Para além disso é impressa a declaração do utente confirmando a dispensa dos medicamentos e conselhos de utilização que pode ser acompanhada pela declaração relacionada com o direito de opção caso aplicável e que consta no anexo VII. O verso da receita deve ser assinado pelo utente e também pelo farmacêutico que deve carimbar o documento e data-lo. No caso das receitas desmaterializadas não é efetuado qualquer registo físico, sendo a dispensa validada apenas informaticamente.

A dispensa de MSRM foi uma das atividades desenvolvidas diariamente durante o atendimento ao público (iniciado em meados de março), tendo surgido exemplares de todas as situações referidas apresentando clara vantagem pedagógica. Pude verificar que as farmácias atravessam períodos de fortes mudanças, estando a prescrição médica a sofrer alterações drásticas que visam melhorar o acesso dos utentes aos medicamentos, evitando problemas de fraude e agilizando o processo devido à sua informatização. As receitas informatizadas acabam por ter um impacto positivo na farmácia por diminuírem os encargos relacionados com a conferência do receituário e sua faturação mensal. Apresentam ainda como vantagem o facto de serem mais facilmente perceptíveis pelo farmacêutico, contrariamente às manuais que muitas vezes são elegíveis. Contudo, são atualmente fonte de dúvida para muitos utentes ainda pouco familiarizados com os novos modelos de prescrição. Durante o estágio foi possível intervir positivamente esclarecendo muitos dos utentes e ainda agilizar a dispensa perante uma prescrição médica. Foi ainda possível verificar que a informatização e consequente uso do CNPEM tornam o processo de seleção da especialidade farmacêutica muito mais fácil, acabando por reduzir os erros de dispensa. Note-se que também o robot é indispensável na cedência de medicamentos, visto que reconhece todas as especialidades pelo respetivo código agilizando o atendimento e diminuindo os erros de dispensa.

4.1.2 Regimes de Comparticipação

Com vista a que todos os utentes tenham acesso aos medicamentos de que precisam existe o regime de comparticipação de medicamentos que apenas é aplicável aos MSRM. O decreto-lei nº 48-A/2010 de 13 de maio estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e aos beneficiários da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE). A atual legislação prevê a comparticipação dos medicamentos através do regime geral e ainda do regime especial, sendo este último aplicado a medicamentos que se destinam ao tratamento de determinadas patologias ou então a grupos especiais de doentes (como por exemplo os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional) ⁶ No caso do regime geral de comparticipações o Estado paga uma percentagem do PVP dos medicamentos de acordo com os seguintes escalões: Escalão A – 90%, Escalão B – 69%, Escalão C – 37%, Escalão D – 15%, consoante a sua classificação farmacoterapêutica. ^{6, 8} Os pensionistas que usufruam do regime especial de comparticipação têm comparticipações de 95% no escalão A, 84% no escalão B, 52% no escalão C e 30% no escalão D. A comparticipação do Estado de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias é definida por despacho do membro do governo responsável pela área da saúde, sendo que as

doenças abrangidas por este regime, a percentagem de comparticipação e os despachos relacionados se encontram esquematizados no anexo VIII.⁸

Adicionalmente o governo comparticipa 30% dos medicamentos manipulados constantes no despacho nº 18694/2010 de 18 de Novembro. As tiras-teste para determinação da glicemia, cetonemia e cetonúria, assim como as agulhas, seringas e lancetas destinadas ao controlo dos diabetes são também comparticipadas pelo Estado, sendo que as tiras têm uma comparticipação de 85% enquanto as agulhas, lancetas e seringas são totalmente comparticipadas.

Apesar de a grande maioria dos utentes usufruir das comparticipações asseguradas pelo Estado, existem outros subsistemas de saúde complementares ao SNS, sendo a percentagem de comparticipação diferente para cada entidade. Os utentes com este tipo de comparticipação devem identificar-se pelo cartão com o nome, número de beneficiário e validade. Este deve ser fotocopiado juntamente com a prescrição, para enviar para a respetiva entidade de modo a que farmácia possa obter o valor da comparticipação. No caso das receitas informáticas desmaterializadas, após identificação do utente selecciona-se o organismo complementar, e o próprio sistema informático emite um talão que deve ser enviado à respetiva entidade e que substitui (em termos de faturação) a fotocópia da prescrição juntamente com o cartão de beneficiário. Neste tipo de situações as prescrições têm obrigatoriamente de ficar registadas nos dois organismos, ou seja, no SNS e no complementar, visto que o reembolso para a farmácia será processado separadamente. Na FDM, a maioria dos utentes usufrui apenas das comparticipações providenciadas pelo Estado, contudo existe ainda um volume considerável de prescrições de beneficiários do Sindicato dos Bancários do Norte (SAMS). Outros subsistemas, tais como seguros de saúde, surgem de forma menos frequente, contudo devido ao sistema informático é fácil para o farmacêutico seleccionar o organismo complementar, desde que o utente se identifique através do cartão de beneficiário.

4.1.3 Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são sempre sujeitos a prescrição médica por apresentarem na sua constituição substâncias capazes de atuar ao nível do Sistema Nervoso Central causando alterações psíquicas, físicas e emocionais. Dependendo da sua natureza podem exercer efeitos estimulantes ou depressores que são benéficos para o tratamento de várias patologias não só psíquicas (como as doenças psiquiátricas) mas também oncológicas, sendo importantes em toda e qualquer doença na qual a dor seja um factor importante a controlar. Quando usados corretamente demonstram resultados positivos melhorando significativamente a qualidade de vida dos utentes que deles dependem. Contudo, apresentam alguns riscos, nomeadamente o facto de induzirem habituação e dependência física e psíquica, razão pela qual devem ser usados sob vigilância médica.

Devido ao uso ilícito deste tipo de substâncias e também à crescente contrafação de medicamentos, todos os psicotrópicos e estupefacientes têm obrigatoriamente de ser controlados nas farmácias, tal como previsto no Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro e no Decreto Regulamentar 61/94 de 12 de Outubro.

O circuito dos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes acaba por ser ligeiramente diferente dos restantes devido à sua ação farmacológica, sendo inclusive armazenados em local de acesso reservado (que no caso da farmácia é o robot). Para além destas medidas, este tipo de medicamentos têm um registo de entradas e saídas que é fiscalizado pelo INFARMED. O registo de entradas é enviado trimestralmente ao INFARMED, enquanto o registo das dispensas deverá ser enviado mensalmente até ao dia 8 do mseguinte.

Esta classe de fármacos deve ser prescrita isoladamente, sendo que a validação das receitas segue as mesmas regras dos restantes medicamentos anteriormente referidas. No momento da dispensa o farmacêutico deve verificar a identidade do adquirente registando os seus dados (nome, data de nascimento, idade, nº do bilhete de identidade/cartão de cidadão e morada). Note-se que a pessoa que levanta este tipo de fármacos deve ser o utente a quem estes se destinam. Quando esta situação não seja possível (por exemplo por se tratar de um menor ou de um utente acamado) o adquirente deverá ser um representante legal, sendo que os seus dados pessoais devem também ser registados.

O registo deste tipo de dispensa implica também o preenchimento dos dados referentes ao médico prescriptor, nomeadamente o nome, nº da cédula profissional e especialidade clínica. Todos os dados registados, bem como o medicamento e quantidade dispensada são posteriormente impressos num talão que, no caso das receitas manuais ou materializadas, é anexado à fotocópia da prescrição.

4.1.4 Medicamentos genéricos

De entre os muitos medicamentos existentes na FDM, uma grande percentagem integra o grupo dos medicamentos genéricos. Este tipo de medicamentos foi ocupando um lugar de destaque nas farmácias portuguesas, existindo atualmente uma grande diversidade de laboratórios que se dedicam à sua produção. Entende-se por medicamento genérico aquele que possui a mesma SA, com a mesma dose e apresentando-se na mesma forma farmacêutica que um dado medicamento de referência (aquele que foi introduzido inicialmente no mercado após apresentação de documentação completa: ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos). Para além disso, para que seja considerado um medicamento genérico tem de sofrer uma cuidadosa avaliação, através de ensaios de biodisponibilidade apropriados, que visa concluir acerca da sua bioequivalência com o medicamento de referência. Todas as avaliações efetuadas permitem garantir que os medicamentos genéricos apresentam os mesmos efeitos terapêuticos, com a mesma segurança e eficácia quando comparados com os “medicamentos de marca”.

Nos últimos anos, e de forma a responder às necessidades da população, foram surgindo vários laboratórios de medicamentos genéricos, situação que acabou por ter um forte impacto no momento da dispensa devido às variações de preços existentes entre os diversos produtos. Neste sentido, e para salvaguardar os interesses do utente, o Estatuto do Medicamento, delega ao farmacêutico a responsabilidade de informar o utente acerca dos medicamentos existentes na farmácia com a mesma SA, dosagem e forma farmacêutica, bem como aqueles que são comparticipados pelo SNS e que possuem o preço mais acessível.⁵

Contudo, este tipo de medicamentos é ainda fonte de dúvida para muitos utentes que continuam céticos face às suas propriedades terapêuticas. No sentido de contornar esta situação, durante o estágio e sempre que pertinente, expliquei as premissas de introdução no mercado dos genéricos procurando que, no momento de escolher qual o medicamento a dispensar, o utente tomasse a sua decisão tendo por base informação fidedigna.

Os genéricos apresentam algumas vantagens, nomeadamente o facto de serem mais económicos para o utente, sendo também medicamentos comparticipados pelo Estado. No entanto, estão na génese de muitos erros de posologia e ainda duplicação de medicação, essencialmente devido a trocas de embalagens. Os erros de duplicação surgem frequentemente quando o utente possui o mesmo fármaco comercializado por laboratórios diferentes e os erros de posologia acontecem quando os utentes adquirem diferentes fármacos do mesmo laboratório com embalagens muito semelhantes. Atendendo a estes aspetos existem já muitos

laboratórios cujas embalagens são diferentes de acordo com a classe farmacoterapêutica por forma a minimizar os erros posológicos

4.1.5 Conferência de receituário e faturação

A dispensa de MSRM com comparticipação por parte do Estado ou de qualquer outra entidade implica para a farmácia um investimento de capital que apenas é reembolsado no mês seguinte à dispensa mediante o cumprimento de uma série de procedimentos burocráticos. As receitas dispensadas são sequenciadas em lotes e organizadas numericamente de acordo com o organismo responsável pela comparticipação. No caso das prescrições manuais e informáticas materializadas são impressas no verso as informações necessárias para a faturação e após término da venda estas são organizadas em locais próprios de acordo com o organismo envolvido. No caso das receitas sem papel, estas são também agrupadas por lotes, contudo não há nenhum registo físico arquivado na farmácia. Cada lote é constituído por 30 prescrições organizadas numericamente, à exceção do último lote de cada mês que pode não possuir a totalidade das receitas. No caso das receitas em papel, após fecho de cada lote, as mesmas são conferidas por dois colaboradores da farmácia (de modo a diminuir a ocorrência de erros) procurando avaliar se todas as premissas necessárias para validar a receita foram cumpridas, verificando ainda se os medicamentos dispensados correspondem aos prescritos e se está presente a data da dispensa, carimbo da farmácia e assinatura do colaborador.

No final de cada mês, para cada organismo envolvido na comparticipação de medicamentos, é emitido o verbete de identificação do lote, a relação resumo de lotes e Factura Mensal de Medicamentos. Estes documentos, juntamente com as devidas prescrições médicas são enviados à Administração Regional de Saúde do Norte (ARS) (no caso dos medicamentos cuja comparticipação é assegurada pelo Estado) e à ANF (no caso de especialidades comparticipadas por outras entidades), que é responsável pela sua redistribuição. Após avaliação da documentação e caso as prescrições cumpram todas as normas legalmente impostas, o valor da comparticipação é reembolsado à farmácia. Caso isto não se verifique as prescrições são devolvidas acompanhadas de um documento justificativo da devolução.

Com a mudança de paradigma nas prescrições médicas, o processo de faturação acaba por ficar facilitado por ser dispensada a fase de conferência das receitas médicas, que acaba por ser bastante morosa. Para além disso, o facto de existirem cada vez menos prescrições em papel, faz com que sejam devolvidas menos receitas, dado que a validação das receitas informatizadas acaba por ser menos falível.

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica e indicação farmacêutica

Todos os medicamentos que não cumpram os requisitos definidos para incluírem o grupo dos MSRM são classificados como tal, podendo ser dispensados aos utentes sem apresentação de uma prescrição médica. Os MNSRM não são comparticipados, à exceção dos casos previstos na legislação, e o seu PVP encontra-se sujeito ao regime de preços livres, o que significa que depende dos canais de distribuição e comercialização, contrariamente ao dos MSRM, nos quais o PVP é fixado e igual em todas as farmácias.

A introdução deste tipo de medicamentos no mercado inclui um processo de avaliação que permite inferir acerca da sua qualidade, segurança e eficácia salvaguardando a saúde dos utentes. Os MNSRM destinam-se ao tratamento de transtornos menores de saúde apresentando vantagens para o utente por permitirem a resolução deste tipo de problemas de forma cómoda, segura e eficaz, sem necessidade de consulta médica. Para além disto, o tratamento deste tipo problema na farmácia, através do conselho especializado do farmacêutico, permite libertar os recursos do SNS que ficam disponíveis para o tratamento de situações de

maior gravidade. São vários os transtornos menores de saúde passíveis de serem tratados eficazmente através de indicação farmacêutica, tais como herpes labial, eczema, dermatite, dores musculares, dores pós-traumáticas, diarreia, hemorróidas, azia, prisão de ventre, tosse, entre outros. A indicação farmacêutica consiste na seleção de um MNSRM e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor (que é uma situação autolimitada, de curta duração e que não apresenta relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente). A indicação farmacêutica pode ser dividida em três fases (esquematizadas no anexo IX): a entrevista ao utente, a intervenção farmacêutica e a avaliação dos resultados obtidos. A entrevista ao utente serve essencialmente para recolher toda a informação pertinente para poder aconselhar o MNSRM/medida não farmacológica mais adequado (sintomas, medicação habitual, etc.) e é indispensável para o sucesso terapêutico e sobretudo para não agravar eventuais patologias que possam existir. Após seleção do MNSRM, deve ser fornecida ao utente toda a informação indispensável ao sucesso terapêutico, nomeadamente posologia, via de administração, duração do tratamento, interações e precauções de utilização. Numa posterior visita do utente à farmácia é importante avaliar o seu estado de saúde, em particular a evolução do problema que levou à indicação farmacêutica.^{2,9}

O período de estágio foi muito importante no que diz respeito à indicação farmacêutica, por me ter permitido contactar com situações reais, tendo sido possível a intervenção e tratamento de diversos transtornos menores de saúde, tais como: diarreia, obstipação, enjoo do movimento, síndromes gripais, alergias, azia e indigestão, infestação por piolhos, contração de emergência, entre outras.

Uma questão importante associada aos MNSRM é o facto de poderem ser sujeitos a publicidade a variados níveis influenciado a tomada de decisões por parte dos utentes. Neste sentido, muitas vezes surgem na farmácia situações de utentes que solicitam um determinado MNSRM para alívio de algum problema de saúde. Torna-se indispensável a atuação do farmacêutico que deve avaliar o estado clínico do utente e a pertinência do produto solicitado, instruindo o doente e solucionando o problema da melhor forma, seja através da dispensa do produto pedido, de um outro ou encaminhamento para avaliação médica. Sem dúvida que a publicidade tem um forte impacto junto do consumidor, mais ainda quando este se encontra num estado de saúde debilitado e prova disso são as diversas solicitações de MNSRM fortemente publicitados.

Durante o estágio pude intervir em situações de duplicação de medicamentos, tais como solicitações, para o mesmo utente, de Brufen® e Trifene 400®, Antigripe® e Ben®-U-Ron, entre outras. Neste tipo de situações procurei explicar ao utente que os medicamentos solicitados possuem na sua composição substâncias iguais, não devendo ser tomados concomitantemente. Para além disso, foi possível o aconselhamento e intervenção mediante pedidos de medicamentos com interações, tais como o Nasex® e Telfast 120®, explicando que possuem ações que se antagonizam, destinando-se ao tratamento de situações distintas, não devendo por isso ser usados em conjunto. A intervenção em situações de contra-indicação de fármacos foi também possível, nomeadamente em populações de asmáticos que frequentemente solicitam AINEs, tais como o Spidifen 400® e Neurofen express®.

Os MNSRM, apesar de seguros, devem ser usados mediante aconselhamento de um profissional de saúde visto que tal como qualquer fármaco apresentam contra-indicações, interações e efeitos adversos, não percebidos pela população, e que podem levar ao agravamento do seu estado de saúde.

4.3. Medicamentos manipulados

Os medicamentos manipulados incluem os preparados officinais (produzidos de acordo com indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário) e as fórmulas magistrais (produzidas de acordo com prescrição médica para um doente específico) que são preparados e dispensados sob a responsabilidade do farmacêutico.¹⁰ Torna-se necessário recorrer a este tipo de medicamento sempre que haja a necessidade de adaptar a terapêutica medicamentosa a determinado doente e não haja uma alternativa viável disponível no mercado (situações de adaptação de doses a alterações metabólicas do utente, associação de SA que não exista no mercado, intolerância a algum componente da fórmula industrial ou adaptação da forma farmacêutica).¹¹ A segurança e eficácia dos medicamentos manipulados são da responsabilidade partilhada do farmacêutico e do médico prescriptor, que devem avaliar a dose da SA em uso e a possibilidade de existência de interações na formulação que coloquem em causa a ação do medicamento ou a segurança do doente. A qualidade dos manipulados depende essencialmente do farmacêutico.¹¹ O PVP dos manipulados, é calculado com base no valor dos honorários da preparação, das matérias-primas e dos materiais de embalagem, conforme critérios estabelecidos na Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho. No caso da FDM, uma vez que a expressão deste tipo de produtos é muito baixa, sempre que há necessidade de preparação de um manipulado este é encomendado à farmácia Guarani, por ser economicamente mais rentável para a farmácia.

5. DISPENSA DE OUTROS PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Para além dos medicamentos, existem na farmácia outros PF que podem ser aconselhados e dispensados nas mais diversas situações funcionando como adjuvantes terapêuticos ou então eles próprios como tratamento. O atendimento ao público, quer seja para dispensar medicamentos ou outro tipo de PF, acaba por ser semelhante (anexo X) e implica, por parte do farmacêutico, o conhecimento profundo das propriedades dos produtos, por forma a escolher o mais indicado e ceder toda a informação necessária para a sua correta utilização.

5.1 Medicamentos e Produtos Veterinários

Toda a substância ou associação de substâncias que se destine a curar ou a prevenir doenças nos animais, ou que possa ser usada ou administrada com vista a estabelecer um diagnóstico ou com vista à obtenção de uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica corrigindo, modificando ou restaurando funções biológicas é considerado um medicamento veterinário. No caso dos medicamentos veterinários estes podem ser divididos em três classes: os que são sujeitos a receita médico-veterinária, os não sujeitos a receita e os de uso exclusivo por médicos veterinários.¹² Atualmente os medicamentos veterinários são da responsabilidade do Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural e das Pescas que procede à sua avaliação, autorização, controlo e inspeção. Para além dos medicamentos veterinários existem ainda outros produtos de uso veterinário que também podem ser dispensados nas farmácias, tais como os produtos de higiene.

A FDM possui alguns produtos destinados ao uso animal, tais como desparasitantes internos e externos, pílulas, antibióticos e produtos de higienização. A sua dispensa, tal como de qualquer outro produto deve ser acompanhada de toda a informação pertinente, nomeadamente a dose, via de administração, duração do tratamento e principais advertências.

5.2 Dispositivos médicos

Atualmente existem vários produtos para tratar os diversos problemas de saúde entre os quais uma classe relativamente recente designada de dispositivos médicos (DM). A classe dos DM inclui um conjunto de

instrumentos, aparelhos, equipamentos, materiais e artigos que se destinam a exercer um determinado efeito sobre o organismo humano, sendo que este efeito não é alcançado por meio de um processo farmacológico, imunológico ou metabólico, sendo esta a principal característica que os diferencia dos medicamentos. Podem ser usados como meio de diagnóstico, tratamento, prevenção, controlo ou atenuação de uma doença, lesão ou deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e ainda no controlo da concepção (como é o caso dos preservativos).¹³ São vários os DM existentes na FDM, tais como material ortopédico, artigos de penso e sutura, material para utentes ostomizados, meias de compressão, termómetros, tensiómetros, colectores de urina, aparelhos de determinação da glicémia, entre outros. Estes produtos são dispensados diariamente, sendo alguns deles prescritos/aconselhados por médicos (como é o caso das meias de compressão) e outros mediante indicação farmacêutica (como o material de penso).

5.3 Produtos de cosmética e higiene corporal

Os cosméticos e produtos de higiene corporal ocupam atualmente um lugar de destaque nas farmácias, visto serem cada vez mais procurados pelos utentes, quer por motivos de saúde, quer por motivos estéticos. A preocupação com a imagem é cada vez mais notória, e regra geral, os utentes preferem produtos de qualidade, controlados e dispensados por um profissional instruído. Os produtos cosméticos destinam-se a ser aplicados nas partes externas do corpo humano (epiderme, sistema piloso e capilar, lábios e órgãos genitais) ou então nos dentes e mucosas bucais, com o objetivo de limpar, perfumar, modificar o aspeto, proteger, manter em bom estado ou modificar odores corporais.¹⁴ São incluídos nesta classe diversos produtos que podem ser usados não só como cosméticos mas também como produtos de saúde e adjuvantes no tratamento de certas patologias, sendo em alguns casos dispensados mediante indicação médica. Note-se o exemplo da dermatite atópica, problema dermatológico cada vez mais frequente e que pode ser controlado através do uso de produtos adequados, tais como: gel ou óleo de banho não deslipidante e hidratante, seguido de um bálsamo adequado a peles atópicas. Caso o utente utilize este tipo de produto acaba por ter “crises” muito menos frequentemente evitando assim o uso de corticóides tópicos que são normalmente a resposta terapêutica. Outra situação muito comum é o tratamento da acne através da seleção de cuidados de higiene e hidratação adequados e capazes de diminuir produção de sebo e consequentes lesões. Estes são apenas alguns dos exemplos, mas são vários os problemas, sobretudo dermatológicos, que podem ser solucionados mediante a seleção do cosmético e produto de higiene adequado. A FDM possui uma enorme oferta deste tipo de produtos das mais diversas marcas, tais como Vichy®, La Roche Posay®, Lierac®, Galenic®, Phyto®, Klorane®, Caudalie®, Avene®, Ducray®, A-derma®, Isdin®, Bioderma®, entre muitas outras.

Durante o estágio, tive oportunidade de aconselhar por diversas vezes este tipo de produtos, tendo sido dispensados para situações de rosácea, acne, desidratação, envelhecimento, queda capilar, oleosidade capilar, dermatite seborreica, eczema, fotoproteção, entre outros. Sempre que o utente procura algum produto cosmético ou de higiene corporal é importante avaliar as suas características dermatológicas/capilares, bem como possíveis alergias a determinados produtos ou substâncias, de forma a direcionar a escolha para a gama de produtos mais indicada. Por exemplo, no caso de um utente que solicita um protetor solar facial é importante averiguar se se trata de uma pele mista/oleosa ou seca, reativa ou com algum problema dermatológico. Neste tipo de aconselhamento é indispensável que o profissional de saúde se mantenha atualizado, conhecendo as diversas referências de cada marca, bem como a sua composição, para poder aconselhar o produto mais adequando a cada utente. A dispensa deve ser sempre acompanhada dos conselhos

de utilização, bem como de outras medidas não farmacológicas que possam ajudar o utente, como por exemplo no caso da dermatite atópica recomendar ao utente que não faça banhos demorados nem com água demasiado quente.

5.4 Géneros alimentícios destinados a alimentação especial

Existem determinados grupos da população que pelos mais diversos motivos, têm carências nutricionais diferentes dos restantes indivíduos. É o caso dos lactentes e crianças entre o primeiro e o terceiro ano de vida, de indivíduos cujo processo de assimilação ou metabolismo esteja perturbado ou então que se encontram em condições fisiológicas especiais que alterem as suas carências nutricionais. Os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial são produtos com composição ou processo de fabrico específico de modo a responder a necessidades nutricionais particulares, sendo comercializados com essa indicação.¹⁵ Incluem-se nesta classe de alimentos os preparados para lactentes, leites de transição e outros alimentos de complemento; géneros alimentícios com valor energético reduzido (destinados ao controlo de peso); alimentos dietéticos com fins medicinais específicos; pobres em sódio; sem glúten; adaptados a esforços musculares intensos e destinados a pessoas que sofrem de perturbações do metabolismo dos glícidos.¹⁵

Na FDM os géneros alimentícios existentes são essencialmente produtos para lactentes, leites de transição, papas e boiões de frutas e vegetais. As fórmulas infantis disponíveis são adaptadas às mais diversas necessidades, podendo ser hipoalergénicas, anti-obstipantes, anti-cólicas e anti-regurgitantes.

5.5 Suplementos alimentares

Atualmente, a maioria das pessoas tem um ritmo de vida alucinante, muitas vezes associado a escolhas alimentares erradas que resultam em défice de vitaminas, sais minerais e outros nutrientes. Conscientes desta situação, as pessoas recorrem cada vez mais à suplementação com o objetivo de repor as carências que surgem devido a erros alimentares. Os suplementos alimentares, tal como o próprio nome indica, são géneros alimentícios que têm como objetivo complementar ou suplementar o regime alimentar normal, sendo fontes concentradas de nutrientes (vitaminas, minerais, aminoácidos, fibras, extractos de plantas, ácidos gordos) ou outras substâncias com efeito fisiológico ou nutricional. Podem ser constituídos por uma ou várias substâncias que são comercializadas de forma doseada e que se destinam a ser administradas em quantidades de medida reduzidas.¹⁶ Existem variados suplementos alimentares no mercado com as mais diversas finalidades, como por exemplo, melhorar a saúde dos ossos e articulações, providenciar reforço muscular, melhorar a saúde sexual, aumentar a capacidade de concentração e raciocínio, melhorar a saúde cardiovascular e ainda multivitamínicos gerais. Aquando da dispensa deste tipo de produtos é importante inquirir o utente acerca de medicamentos que possa estar a tomar, bem como outro tipo de suplementos por forma a avaliar possíveis interações e duplicações.

Durante o atendimento ao público foi possível intervir positivamente explicando que este tipo de produto não deve ser usado como substituto de uma alimentação saudável e ainda detetar situações de duplicação de toma, nomeadamente devido ao uso concomitante de suplementes alimentares com composição muito semelhante. É muito importante intervir neste tipo de situações, uma vez que a administração de determinados nutrientes em excesso pode colocar em risco a saúde do utente, sendo este um dos motivos pelos quais no rótulo dos suplementos alimentares tem a quantidade de cada componente, bem como a sua dose diária recomendada. Apesar destas situações, os suplementos alimentares podem ser muito benéficos

quando usados corretamente e acompanhados de um regime alimentar adequado, combatendo situações de cansaço, desgaste físico e psicológico, entre outros problemas comumente referidos pela população.

5.6 Produtos e medicamentos homeopáticos

A medicina homeopática, e portanto, os produtos homeopáticos têm por base três princípios: a similitude (são usadas substâncias que causem no indivíduo saudável os sintomas que se pretendem tratar no indivíduo doente), o uso de doses infinitesimais (implica que as substâncias usadas sejam administradas em diluições infinitesimais, sendo que quanto maior a diluição maior será a potência do produto) e de um remédio único (revoga que o quadro sintomático de um indivíduo doente é causado apenas por um problema, devendo por isso ser tratado com um único remédio). Os produtos homeopáticos são aqueles que contêm uma ou mais substâncias que são obtidas por diluições sucessivas de matérias-primas homeopáticas, de acordo com o processo homeopático referido na Farmacopeia Europeia ou quando dela não conste, nas farmacopeias de qualquer Estado membro da União Europeia. Existem 2 tipos de produtos homeopáticos: os medicamentos homeopáticos que são os que possuem propriedades curativas ou preventivas de doenças e seus sintomas, ou que sejam usados para estabelecer um diagnóstico, restaurar, corrigir ou modificar funções orgânicas; e os produtos farmacêuticos homeopáticos nos quais o grau de diluição tem de garantir a inocuidade do produto, sendo ainda isentos de indicações terapêuticas e usados apenas via oral ou tópica.¹⁷

A FDM possui alguns exemplares deste tipo de produtos, nomeadamente para o tratamento da ansiedade ou de estados gripais, sendo aconselhados por solicitação do utente ou mediante indicação farmacêutica, uma vez que são claramente mais seguros do que os MNSRM.

5.7 Produtos e medicamentos fitoterápicos

O uso de plantas para tratar as maleitas do corpo remonta de tempos passados e continua a ser uma prática atual. Os medicamentos à base de plantas (constituídos exclusivamente por substâncias derivadas de plantas, preparações à base de plantas ou uma combinação dos dois) são ainda muito requisitados na FDM sobretudo para a resolução de transtornos menores de saúde.⁵ Na grande maioria dos casos os utentes preferem este tipo de produtos por acharem que são mais seguros. Neste sentido é indispensável que aquando da sua dispensa o farmacêutico alerte para os perigos do seu uso, reforçando que podem interagir com a medicação e ainda provocar reações adversas, uma vez que não são inócuos. Os produtos fitoterápicos mais frequentemente solicitados destinam-se ao tratamento da ansiedade, insónia, problemas de obstipação e cólicas, para controlo dos níveis de colesterol e ainda da pressão arterial.

6. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A dispensa de medicamentos e outros PF é, sem dúvida, uma das atividades mais reconhecidas do farmacêutico, contudo, atualmente as farmácias prestam outros serviços com vista a melhorar o estado de saúde dos utentes. Na FDM os utentes podem usufruir dos seguintes serviços: especializados de nutrição e podologia, medição da pressão arterial, determinação de parâmetros bioquímicos, realização de testes de gravidez e ainda administração de injetáveis.

6.1 Determinação da pressão arterial

A determinação da pressão arterial é um dos serviços mais requisitados na FDM, sendo realizada com recurso a um tensiómetro automático. Sempre que este serviço é solicitado o utente é convidado a descansar no gabinete durante cerca de 3 minutos com o objetivo de evitar erros de medição devido a esforço físico, por exemplo. Após a medição (cujo procedimento se encontra esquematizado no anexo XI), de acordo com os

valores obtidos e os valores de referência (anexo XII) é prestado aconselhamento ao utente no sentido de normalizar a pressão arterial. Na maioria dos casos, o serviço é solicitado por hipertensos medicados, mas com os valores não controlados, sendo que nestas situações é prestado aconselhamento sobre a alimentação saudável e pobre em sal, a prática de exercício físico, a cessação tabágica e ainda a importância do cumprimento da terapêutica. Quando o utente cumpre todos os itens referidos e ainda assim não se verifica normalização da pressão arterial torna-se indispensável referenciá-lo ao médico para ajuste da terapêutica.

6.2 Determinação da glicémia, colesterol total e triglicérides

Os valores de glicémia, colesterol total e triglicérides podem ser determinados na farmácia, utilizando aparelhos e tiras-teste específicos. O procedimento a adotar em cada uma das determinações é muito semelhante, sendo que se encontra esquematizado no anexo XIII a determinação da glicémia capilar, enquanto os valores de referência dos parâmetros em estudo se encontram descritos no anexo XIV. O controlo deste tipo de parâmetros é indispensável não só em indivíduos doentes (com Diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, doença cardíaca) mas também em indivíduos saudáveis com intuito de rastreio. Esta é uma questão muito importante e para a qual a população deve ser sensibilizada, uma vez que valores elevados de glicémia, colesterol e triglicérides estão associados a um aumento do risco cardiovascular. No caso dos indivíduos já com terapêutica instaurada, sempre que os valores determinados se afastem dos pretendidos é indispensável prestar aconselhamento sobre as medidas não farmacológicas e tentar perceber se os valores anormalmente elevados se devem a erros alimentares, ausência de prática de exercício e outros fatores de risco ou então se de facto a terapêutica não se encontra adequada necessitando de ajuste médico.

6.3 Serviços de nutrição e podologia

Os serviços especializados, nomeadamente de nutrição e podologia, são prestados não por farmacêuticos mas por técnicos com formação específica na área com vista a responder melhor às necessidades dos utentes. A nutricionista e a podologista visitam a FDM quinzenalmente, sendo que todas as consultas são canalizadas para o dia das visitas. Estes serviços são oferecidos aos utentes em situações de atendimento ao público que se revelem pertinentes, por exemplo, os serviços de nutrição são frequentemente aconselhados a indivíduos que solicitam produtos adelgaçantes, inibidores do apetite, e outros produtos de emagrecimento, enquanto os serviços de podologia são indicados quando os utentes referem problemas relacionados com cicatrização de feridas na zona do pé (muito frequente nos diabéticos), verrugas ou outras situações pertinentes.

CAPÍTULO 2: TEMAS DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO DA ATIVIDADE FARMACÊUTICA

TEMA 1: CUIDADOS FARMACÊUTICOS

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais as farmácias são o primeiro ponto de contacto com os utentes sendo procuradas para a prestação de diversos serviços e resolução de diferentes problemas de saúde. A FDM não é exceção e neste sentido foi evoluindo e aumentando a oferta de serviços aos seus utentes, como a determinação da pressão arterial, parâmetros bioquímicos, consultas de podologia e nutrição. Contudo, a farmácia é frequentada por indivíduos de diversas faixas etárias, com regimes terapêuticos complexos e com patologias não controladas que carecem de outro tipo de serviço que possa providenciar a gestão da terapêutica e que permita o controlo das doenças. Para colmatar estas necessidades, durante o estágio curricular, surgiu a oportunidade de implementar consultas de cuidados farmacêuticos (CF) com o intuito de colocar ao serviço da população os

conhecimentos do farmacêutico por forma a auxiliar os utentes na gestão da sua terapêutica, melhorando os seus resultados clínicos e minimizando efeitos adversos.

A oferta de um leque diversificado de serviços de valor acrescentado, em particular de serviços diferenciados que contribuam para a melhoria dos resultados clínicos dos utentes (como é o caso dos CF), é a base da expansão das funções reservadas à farmácia e aos farmacêuticos. Para além disso, acaba por ser um importante fator de destaque, numa altura de crise para as farmácias portuguesas, podendo contribuir para a distinção da farmácia, aumento da procura por parte de novos utentes e impacto económico positivo. Além destas questões, a implementação de um serviço de CF permite evidenciar a importância do farmacêutico enquanto profissional de saúde.

2. O QUE SÃO OS CUIDADOS FARMACÊUTICOS

O conceito de CF surgiu pela primeira vez em 1980 com a necessidade de prestar serviços de saúde mais focados no doente e na melhoria da sua qualidade de vida e procurava garantir o uso seguro e racional do medicamento.¹⁸ Em 1990, os designados pais dos cuidados farmacêuticos (Hepler e Strand), publicam um artigo no qual demonstram a importância da intervenção do farmacêutico na avaliação dos resultados obtidos decorrentes da utilização de medicamentos, tendo assim um importante papel na redução da morbimortalidade associada ao uso de fármacos. O conceito foi-se clarificando e tornando mais abrangente, sendo que atualmente entende-se por CF a prática profissional orientada para o doente, na qual o farmacêutico intervém em colaboração com outros profissionais de saúde e o próprio doente, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença, avaliar, monitorizar, ajustar a terapêutica farmacológica e melhorar os resultados clínicos. O farmacêutico, para além da formação específica na área do medicamento, é também o profissional de saúde mais acessível ao utente, o que o torna o sujeito indicado para a prestação deste tipo de serviço.¹⁹ Atualmente, os CF são considerados serviços diferenciados, isto é, centrados na terapêutica dos doentes não estando necessariamente associados ao ato da dispensa e sendo realizados durante uma visita programada do utente à farmácia, como é o caso das consultas de revisão da terapêutica (RT) e seguimento farmacoterapêutico (SF).

Em Portugal são ainda poucas as farmácias que prestam este tipo de serviço, apesar de em 1999 ter sido criado o Departamento de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional de Farmácias (ANF) com o objetivo de criar, divulgar e monitorizar os CF prestados em território nacional. É importante mudar esta realidade, e aumentar a oferta deste tipo de serviço de modo a garantir o seguimento dos doentes, uma vez que este tipo de prática apresenta claros benefícios para o utente, contribuindo sobretudo para o alcance das metas terapêuticas e melhoria da qualidade de vida.

Na FDM, no início do mês de maio, foram implementadas as consultas de RT e ainda SF, tendo sido decisivo para este projeto o apoio da ANF, que prestou aconselhamento aos membros da equipa envolvidos, forneceu todo o material necessário para as consultas e ainda um manual de orientação.

3. COMO IMPLEMENTAR UM SERVIÇO DIFERENCIADO NA FARMÁCIA

Antes de iniciar a prática de consultas de CF, atualmente ainda em vigor na FDM, é indispensável preparar alguns aspetos logísticos relacionados com a equipa, as instalações e o equipamento/materiais. O primeiro passo consiste na preparação da equipa e na seleção dos farmacêuticos adequados para a prestação deste serviço, uma vez que as avaliações e intervenções necessárias devem ser efetuadas apenas por profissionais certificados, com frequência de formações nesta área. Contudo, é indispensável envolver todos

os colaboradores da equipa que podem assumir um papel ativo, nomeadamente na triagem dos utentes que possam beneficiar do serviço e ainda na recolha de alguns dados (como a determinação de parâmetros).²⁰

As consultas de CF são serviços geralmente mais demorados do que uma situação normal de atendimento e, como tal, devem decorrer numa área reservada e confortável na qual constem todos os equipamentos e materiais necessários para a determinação da pressão arterial e dos parâmetros bioquímicos (visto que em algumas consultas é necessário efetuar estas determinações). Idealmente, no local das consultas deve ainda existir um computador com *software* SiFarma® (para poder facilmente aceder à ficha de acompanhamento do utente) e acesso à internet.²⁰ No caso da FDM o local que reúne todas estas condições é o gabinete do utente tendo sido este o escolhido para a realização das referidas consultas.

Uma outra questão muito importante é a criação e organização de um *dossier* com os processos de todos os doentes intervencionados e que deve incluir: a declaração de consentimento informado do utente (anexo XV), cópias de cartas enviadas ao médico (anexo XVI), as folhas de registo de seguimento SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano) (anexo XVII), registos da terapêutica (anexo XVIII), registos de parâmetros (anexo XIX) e ainda outros documentos que possam ser pertinentes para a prática clínica. Para facilitar a consulta deste *dossier*, os doentes são identificados por um código alfa-numérico constituído por um número e as iniciais do nome do utente.²⁰

Após preparação de todos os aspetos referidos segue-se a fase de divulgação do serviço. Os CF são ainda serviços inovadores em Portugal e por isso desconhecidos para grande maioria dos doentes. Neste sentido é importante promover as consultas de CF junto dos doentes, explicando em que é que consistem e quais os seus benefícios. Assim que foram reunidas todas as condições para a prestação de CF na FDM, o serviço foi oportunamente divulgado durante o atendimento ao público, por todos os colaboradores, tendo sido ainda distribuído um folheto informativo aos utentes (anexo XX). Decidi elaborar os folhetos, referentes à divulgação do serviço de CF, com a explicação do que é uma consulta de revisão da terapêutica, quais os seus objetivos, em que consiste a avaliação da terapêutica, qual o custo associado e o que fazer para usufruir do serviço, uma vez que a veiculação de informação por escrito acaba por permitir uma comunicação mais eficaz com o utente. A disposição dos folhetos informativos na zona de atendimento teve um forte impacto, uma vez que os utentes mostravam interesse pelo serviço perguntando aos colaboradores da farmácia do que se tratava ainda antes de sugerir a oportunidade de o mencionar. Apesar de na FDM terem sido instituídas consultas de RT e SF, os folhetos contemplam apenas as primeiras, uma vez que a oferta do serviço se iniciou sempre por uma consulta de RT, sendo que o seguimento do utente apenas foi feito em situações específicas. As consultas de RT são uma boa forma de iniciar o serviço por permitirem avaliar quais os doentes mais indicados para fazer um acompanhamento por apresentarem determinados critérios que carecem de intervenções sucessivas, tal como veremos adiante. Além da divulgação no momento de atendimento, durante o qual o doente era abordado acerca deste novo serviço existente na farmácia, as consultas de CF foram também publicitadas na página de facebook da farmácia com o intuito de chegar ao maior número possível de utentes.

4. PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS

De uma forma geral pode afirmar-se que os medicamentos são essenciais para a melhoria da qualidade de vida de um doente, desde que prescritos e dispensados corretamente. Caso contrário não se verifica sucesso terapêutico podendo até desenvolver-se problemas de saúde. Para maximizar a probabilidade de sucesso

recorrendo ao uso de fármacos estes devem: ser necessários, estar disponíveis, apresentar qualidade, ser corretamente prescritos, dispensados e utilizados. Normalmente as falhas na farmacoterapia surgem devido a problemas de necessidade, efetividade ou segurança. Um medicamento é considerado necessário sempre que é prescrito ou indicado com o objetivo de tratar ou prevenir um determinado problema de saúde. Por exemplo, um utente que apresente repetidamente valores de pressão arterial elevados sofre de hipertensão arterial e como tal necessita de um fármaco anti-hipertensor. A efetividade de um fármaco pode ser considerada como uma medida do êxito em atingir os efeitos pretendidos num dado doente, quando utilizado de acordo com as indicações terapêuticas para as quais está aprovado. Retomando o exemplo do anti-hipertensor, este é considerado efetivo se normalizar os valores elevados de pressão arterial quando administrado corretamente. A segurança refere-se à administração de uma dada substância sem que se verifiquem efeitos indesejáveis, como o agravamento de um problema de saúde pré-existente ou surgimento de um novo. Na situação anterior, caso o fármaco selecionado provocasse cefaleias, fadiga e diarreia (ou outros quaisquer efeitos adversos) o medicamento deveria ser considerado não seguro.¹⁹

Os problemas relacionados com a medicação (PRM) dependem essencialmente de questões de necessidade, efetividade e segurança e podem ser definidos como sendo problemas de saúde ou resultados clínicos negativos devidos à farmacoterapia que, por diversas causas, conduzem ao não alcance dos objetivos terapêuticos ou aparecimento de efeitos não desejados.²¹ Os PRMs podem classificar-se em 6 categorias de acordo com a necessidade, efetividade e segurança, que se encontram esquematizadas na tabela 1.

Tabela 1 Classificação de PRMs de acordo com o Segundo Consenso de Granada, 2002.

NECESSIDADE	
PRM 1	O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita.
PRM 2	O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita .
EFETIVIDADE	
PRM 3	O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação.
PRM 4	O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação.
SEGURANÇA	
PRM 5	O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa .
PRM 6	O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa .

Na referida classificação, o PRM é considerado quantitativo sempre que a magnitude dos efeitos é dependente da dose do fármaco e não quantitativo quando não depende da quantidade administrada. Para avaliar este tipo de PRMs é importante considerar a dose mínima efetiva e a dose máxima segura, ou seja, a margem terapêutica.²² Neste sentido considera-se que um excesso do medicamento pode causar problemas de segurança quantitativos e que a insuficiência de dose pode provocar uma inefetividade quantitativa. Contudo, existem efeitos que não dependem da quantidade, como é o caso das alergias a determinadas substâncias que se manifestam independentemente da dose à qual o doente é exposto, sendo que nesta

situação estamos perante um problema de segurança não quantitativo. Quando um dado fármaco é administrado na dose máxima segura e ainda assim não se verificam os efeitos terapêuticos desejados estamos perante um problema de efetividade não quantitativo e, provavelmente, a melhor opção passa pela troca da SA.²²

A identificação de PRMs pode reportar-se a duas situações distintas: a primeira relacionada com problemas de saúde com manifestações clínicas e que exigem a intervenção do farmacêutico, e a segunda em situações ainda sem manifestação clínica mas cuja probabilidade de ocorrência e gravidade são elevadas, exigindo também a intervenção do farmacêutico para as prevenir. Existem alguns autores que distinguem estas duas situações, definindo como PRM toda e qualquer situação que constitua um risco para o utente e coloque em causa o sucesso terapêutico ou desenvolvimento de problemas de saúde; e como RNM (resultado negativo da medicação) todas as manifestações clínicas que se afastem do objetivo terapêutico e constituam problemas de saúde para o utente.²² No fundo, nesta nomenclatura, os PRMs constituem os riscos associados à utilização incorreta dos medicamentos e os RNMs devem-se a PRMs não corrigidos.²² Contudo, qualquer que seja a designação utilizada o principal objetivo passa por identificar os resultados negativos decorrentes da terapêutica ou o risco do seu desenvolvimento atuando o mais precocemente possível.

5. CONSULTA DE REVISÃO DA TERAPÊUTICA

Na FDM, a implementação das consultas de CF começou com a oferta aos utentes de uma consulta gratuita de RT. A oferta deste serviço foi dirigida a todos os utentes, em particular aqueles com patologias não controladas e/ou em regime de polimedicação. O arranque com um serviço mais generalista permitiu, não só dar a conhecer as potencialidades e benefícios dos CF, mas também fazer uma triagem dos doentes mais indicados para outro tipo de intervenção, nomeadamente o SF.

A consulta de RT consiste na avaliação sistemática do processo de uso de todos os medicamentos utilizados por um determinado doente, com o objetivo de otimizar os resultados terapêuticos, através da identificação e resolução de PRM's e promoção do conhecimento acerca dos medicamentos. Este é um serviço focado no processo de uso dos medicamentos e não nos efeitos do seu uso, e como tal visa identificar situações de utilização incorreta dos medicamentos que condicionam o alcance dos objetivos terapêuticos.²³

Atualmente os medicamentos são a base da terapêutica de praticamente todos os doentes sendo, na grande maioria dos casos, os responsáveis pelo controlo dos sinais e sintomas das patologias que acometem a população. Os medicamentos são um dos nossos maiores aliados e com a crescente investigação e desenvolvimento da indústria farmacêutica são cada vez mais os fármacos que temos à nossa disposição, o que acaba por ser uma vantagem mas que pode traduzir-se num aumento de dúvidas e erros por parte dos utentes. Numa população cada vez mais envelhecida, em regime de polimedicação, com menor disponibilidade de médicos e menor acessibilidade aos serviços de saúde é indispensável a intervenção do farmacêutico que deve contribuir para a melhoria da literacia em saúde dos utentes e promover a correta utilização dos medicamentos. Com este tipo de intervenção é possível diminuir os níveis de morbimortalidade associada ao uso de fármacos e ainda reduzir os custos desnecessários em saúde (que muitas vezes se devem a erros de medicação que resultam em doenças não controladas e em idas ao SNS que poderiam ser evitadas).²³

As consultas de RT pretendem dar resposta aos problemas supracitados e, como se tratam de um serviço diferenciado, carecem de marcação da data da consulta para a qual o utente deverá fazer-se acompanhar do

designado “saco dos medicamentos”, no qual deverá colocar todos os medicamentos em uso, bem como suplementos alimentares, infusões, vitaminas, entre outros produtos que possam ser relevantes para o sucesso terapêutico. Este tipo de consulta divide-se em três etapas principais: a identificação do utente e das suas patologias, a análise do “saco dos medicamentos” e por fim o aconselhamento e intervenção farmacêutica. Inicialmente é importante identificar os problemas de saúde do doente, tentando perceber quais os sinais e sintomas que o incomodam, se o problema em questão está ou não controlado e ainda a sua evolução ao longo do tempo. Posteriormente, para cada um dos medicamentos e outros produtos presentes no saco dos medicamentos devem ser realizadas algumas questões com vista a avaliar o processo de uso dos medicamentos registando as informações obtidas na folha de Registo da Terapêutica (anexo XX). Nesta fase da consulta os aspetos mais importantes a avaliar são:

- Indicação terapêutica para a qual o medicamento é usado, procurando avaliar se o utente sabe a que se destina cada um dos fármacos;
- Qual a dose, frequência e via de administração usadas pelo doente;
- Como e quando é que o doente toma o medicamento (antes ou depois das refeições, com água/sumo, etc.);
- Quais as precauções que o doente tem com a toma do medicamento;
- Quais as condições de conservação do medicamento;
- Se existem dificuldades ou até dúvidas;
- Qual o grau de adesão à terapêutica.

Posteriormente, e caso sejam detetados PRM relacionados com o uso dos medicamentos (erros de posologia, na forma de administração, falta de adesão à terapêutica ou outros), o farmacêutico deverá intervir no sentido de prestar aconselhamento verbal e escrito sobre a terapêutica, explicando a sua correta utilização. Na fase de intervenção é também indispensável que o utente compreenda a importância do cumprimento do regime terapêutico, procurando que se responsabilize, juntamente com o farmacêutico, pelos seus resultados clínicos. Além disto, pode ser necessário prestar aconselhamento sobre medidas não farmacológicas e ainda utilização dos dispositivos de autovigilância. Neste tipo de consultas pode também ser importante avaliar o impacto económico da terapêutica na vida do doente. Em algumas situações o não cumprimento do regime terapêutico está associado aos elevados custos que os medicamentos apresentam e que para muitos utentes não são comportáveis. A intervenção do farmacêutico pode ser fundamental e passa essencialmente por apresentar ao utente opções mais baratas (no caso de existirem genéricos da medicação habitual) diminuindo o encargo mensal e reunindo condições para o cumprimento da terapêutica. Dado que existem utentes que se recusam à toma de genéricos, antes de apresentar a sugestão de alteração é importante explicar detalhadamente ao utente que a eficácia, segurança e qualidade deste tipo de medicamentos é igual à dos de marca.

Nas consultas de RT que realizei, pude verificar que a grande maioria dos doentes idosos não sabe a que se destina cada um dos medicamentos que compõem o seu regime terapêutico, motivo pelo qual muitas vezes falham algumas tomas. O não cumprimento da posologia foi uma das situações com a qual mais frequentemente me deparei, sobretudo no que diz respeito a medicamentos de uso crónico. Um caso muito flagrante é a cessação, por parte dos doentes, da toma de fármacos hipocolesterolemiantes quando verificam, através de análises sanguíneas, que o valor de colesterol total já atingiu o objetivo terapêutico. Existem

também utentes que “saltam” algumas tomas dos referidos fármacos nos dias em que fazem uma alimentação mais ligeira. Nestas situações procurei explicar ao doente a importância da terapêutica ser contínua e independente do regime alimentar (contudo, incentivando uma dieta equilibrada) por forma a impedir que os valores de colesterol subam novamente, reforçando que situações de hipercolesterolemia são importantes fatores de risco cardiovascular. Outra situação também muito frequente e na qual tive oportunidade de intervir refere-se à forma como os doentes administram a medicação comprometendo a sua eficácia. Os bifosfonatos são uma das classes de fármacos mais frequentemente associada a erros de toma, uma vez que os doentes desconhecem que estes devem ser administrados em jejum (espaçados meia hora da ingestão de alimentos ou outros medicamentos) e numa posição vertical que deve manter-se durante cerca de 30 minutos com vista a diminuir o risco de esofagite.

6. CONSULTA DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

A FDM é frequentada por utentes com as mais variadas características, estando alguns deles com regimes posológicos perfeitamente adequados e outros com sérios problemas de saúde decorrentes, entre muitos motivos, de erros relacionados com a medicação. O serviço de SF pretende dar resposta a este tipo de situações e ainda melhorar os resultados clínicos dos doentes. A identificação dos doentes-alvo para este tipo de consulta pode ocorrer durante a dispensa de medicamentos ou então na prestação de outro serviço farmacêutico como a determinação de parâmetros bioquímicos. Os utentes que mais podem beneficiar das consultas de SF são os que cumprem, pelo menos, um dos seguintes critérios: problemas de saúde não controlados, terapia com 4 ou mais fármacos, terapia de longa duração e/ou para doenças crónicas, mais de 65 anos de idade ou alta hospitalar nas últimas 4 semanas.²⁰ As consultas de SF baseiam-se na obtenção da história farmacoterapêutica do doente (problemas de saúde que apresenta, medicamentos que utiliza e evolução do estado de saúde) e na avaliação do estado de situação numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis PRM/RNM através das intervenções farmacêuticas necessárias. Este é um serviço claramente mais completo do que a consulta de RT uma vez que após a primeira avaliação se agendam outras marcações com o objetivo de reavaliar os resultados obtidos e acompanhar o utente. Para além disso, o SF distingue-se da RT, por ser um serviço mais focado nos resultados da utilização da medicação e não tanto no processo de uso, apesar de este último ponto também ser avaliado durante a entrevista.^{19, 22}

Na FDM o método SOAP foi a ferramenta escolhida para a documentação e organização das consultas de SF, contudo importa realçar que existem outras opções como é o caso do método de Dáder comumente utilizado neste tipo de prática. A opção pelo método SOAP deveu-se essencialmente ao facto de alguns dos profissionais da equipa da farmácia já possuírem formação acerca deste tipo de metodologia. A abordagem SOAP consiste na recolha de dados subjetivos (S) do doente e dados objetivos (O) confirmados pelo profissional de saúde com vista a efetuar a avaliação (A) do estado de situação e instituir um plano (P) de cuidados farmacêuticos adequado.²⁰

O serviço de SF desenrola-se em 8 etapas principais (que se encontram esquematizadas no anexo XXI): entrevista inicial, estado de situação, fase de estudo, fase de avaliação, plano de cuidados farmacêuticos, intervenção farmacêutica, monitorização dos resultados da intervenção e acompanhamento do doente. Na primeira entrevista ao utente é indispensável recolher toda a história clínica e farmacoterapêutica, bem como preocupações relacionadas com a terapêutica, eventuais queixas e ainda alguns hábitos relacionados com o

estilo vida (regime alimentar, consumo de tabaco, prática de exercício físico, entre outras questões). Por este motivo é indispensável que o doente se faça acompanhar do saco dos medicamentos, do último boletim de análises clínicas e outros exames de interesse, de dispositivos de autovigilância e ainda do guia do diabético (se aplicável).²⁰

A entrevista deve iniciar-se com uma pergunta aberta com o intuito de perceber quais os problemas de saúde que mais preocupam o doente e ainda se sente algum desconforto e/ou reação adversa que considere pertinente. Em seguida, deve proceder-se à recolha de informação acerca da medicação, que deve ocorrer tal como na consulta de RT. Para cada medicamento devem ser colocadas ao utente questões fechadas com o intuito de perceber quem prescreveu o fármaco, qual a indicação terapêutica, há quanto tempo toma, qual a dose, posologia, via de administração, se sentiu melhorias ou algum desconforto desde o início da terapêutica e ainda quais as precauções com a administração (em jejum, após refeição, etc.). Tendo em conta as respostas do doente, o farmacêutico deve avaliar o seu conhecimento em relação a cada medicamento e ainda o grau de cumprimento da terapêutica.²² A entrevista deve terminar com um breve resumo por parte do farmacêutico que deve procurar perceber se o utente referiu todos os medicamentos que toma, bem como todos os problemas de saúde ou outro tipo de informação pertinente. Note-se que durante a entrevista pode ser pertinente proceder à determinação de alguns parâmetros biológicos como a pressão arterial, glicemia ocasional/em jejum, colesterol total, peso, altura e IMC (índice de massa corporal).

O estado de situação consiste na organização e registo de todos os dados obtidos nas folhas SOAP, registo de parâmetros e registo da terapêutica. O principal objectivo desta fase é sintetizar a informação fornecida pelo utente e torná-la mais fácil de estudar e avaliar.²² A avaliação do utente carece da existência de uma fase de estudo com vista a reunir toda a informação necessária junto de fontes bibliográficas adequadas e referidas no capítulo 1. Sobre o medicamento é indispensável conhecer o seu mecanismo de ação, as indicações terapêuticas, a dose máxima e regime posológico, as interações medicamentosas e alimentares, as contra-indicações e ainda as reações adversas mais comuns. Acerca dos problemas de saúde o farmacêutico deve conhecer os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, quais os objetivos terapêuticos a atingir naquele doente e quais os parâmetros que devem ser monitorizados para avaliar a evolução da doença.

Terminada esta etapa segue-se a fase de avaliação que consiste em analisar criticamente os dados objetivos e subjetivos do doente, a terapêutica utilizada (com vista à identificação de PRMs de acordo com o esquema presente no anexo XXII) e ainda outros problemas de saúde identificados durante a consulta. Posteriormente, com base na avaliação efetuada é necessário definir qual o plano de cuidados farmacêuticos mais adequado ao doente e que integra a definição dos objetivos terapêuticos a atingir, a intervenção farmacêutica necessária para resolução dos PRMs/RNMs detetados e ainda a marcação da próxima visita.²⁰ A intervenção farmacêutica pode ser de dois tipos: farmacêutico-doente (sempre que o PRM/RNM tem na base causas que resultam do uso incorreto do medicamento por parte do doente) ou farmacêutico-doente-médico (quando a estratégia idealizada pelo médico não permite o alcance dos objetivos terapêuticos ou há necessidade de nova avaliação).²² No caso da primeira situação, a intervenção farmacêutica deverá ser oral e escrita e poderá consistir no aconselhamento sobre a terapêutica e/ou medidas não farmacológicas, no ensino do uso correto dos dispositivos de autovigilância, na notificação de reações adversas ao Serviço Nacional de Farmacovigilância (caso se trate de um PRM 5), na prestação de um serviço de indicação farmacêutica para resolução de eventuais problemas de saúde, na referência a uma consulta médica (de rotina ou urgente) ou

outras medidas que possam ser pertinentes. Caso seja necessária uma intervenção farmacêutico-doente-médico deverá ser enviada uma carta ao médico com a identificação do doente, motivos de referência à consulta médica, intervenção farmacêutica efetuada, terapêutica atual do utente e determinações efetuadas na farmácia.²⁰ Independentemente do tipo de intervenção farmacêutica efetuada é indispensável monitorizar e registar os resultados obtidos, procurando averiguar se os PRMs/RNMs detetados foram corrigidos e se o estado de saúde do utente evoluiu positivamente. Esta monitorização pode ocorrer numa visita programada do utente à farmácia mas também em situações de dispensa de rotina ou determinação de parâmetros bioquímicos. Numa situação ideal, ou seja, em que todos os PRMs/RNMs detetados foram corrigidos, o acompanhamento do doente deverá continuar, contudo poderá ser menos frequente. No entanto, sempre que surja uma situação de alerta devem ser recolhidos novos dados e idealizado um novo plano de cuidados farmacêuticos. Nos casos em que os PRMs/RNMs detetados não são corrigidos o farmacêutico deverá manter um controlo mais minucioso do utente, reavaliando-o mais frequentemente e, se necessário, deverá ser instaurando um novo plano de cuidados farmacêuticos.²⁰

As consultas de SF são mais demoradas do que as consultas de RT, que demoram cerca de 20 a 30 minutos, uma vez que para além de informação sobre os medicamentos é necessário recolher informação sobre o estado de saúde do utente, dos problemas que o preocupam e da evolução da doença. Por este motivo a primeira consulta de SF pode ter uma duração de 40 minutos, contudo as consultas de reavaliação são menos demoradas tendo uma duração de cerca de 20 minutos.

Durante as consultas de SF foi possível intervir em diversas situações, algumas delas simples mas com forte impacto nos resultados clínicos dos doentes, como por exemplo o incentivo da monitorização de parâmetros biológicos como forma de avaliação do estado da doença (como o controlo da pressão arterial em indivíduos hipertensos e controlo da glicemia em diabéticos) e ainda o reconhecimento de determinados sinais e sintomas que possam sugerir períodos de agravamento de determinadas patologias (como é o caso das situações de hipotensão e hipoglicemia).

7. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O farmacêutico é, tal como já foi sendo referido, o profissional de saúde de mais fácil acesso e com o qual o doente pode facilmente entrar em contacto. Normalmente estabelece-se uma relação de confiança e descontração entre o utente e o farmacêutico que permite que se criem as condições necessárias para a maioria das intervenções farmacêuticas integradas nos CF. Uma dessas mesmas intervenções é a educação para a saúde, um processo ativo que pretende fornecer à população, conhecimentos, aptidões e atitudes que visam prevenir e lidar com a doença.² Ao aumentar os conhecimentos do utente em saúde estamos a oferecer-lhe a possibilidade de participar ativa e conscientemente na tomada de decisões acerca da sua saúde. Neste sentido, pretende-se que o doente assuma maior responsabilidade no que diz respeito à sua própria saúde contribuindo ele próprio para o alcance dos resultados terapêuticos.

A educação para a saúde tem como objetivo mudar os comportamentos individuais de risco e assim, melhorar a saúde das pessoas através da prevenção da doença, da promoção da saúde e ainda do aumento da autonomia dos doentes. Importa referir que as estratégias de educação para a saúde não têm como alvo apenas os indivíduos doentes, mas também indivíduos perfeitamente saudáveis, fornecendo-lhes informações úteis e pertinentes para manter a saúde e prevenir doenças.

No ambiente de uma farmácia comunitária, pelos mais variados motivos, surgem situações que podem propiciar ao farmacêutico intervir no sentido de aumentar a literacia em saúde do doente. Todos os contactos na farmácia comunitária são um bom momento, desde a dispensa de medicamentos, passando pela indicação farmacêutica, SF, RT e determinação de parâmetros biológicos, para que o farmacêutico forneça ao doente um conjunto de informações pertinentes e personalizadas. Na maioria destas intervenções o farmacêutico recolhe dados que lhe permite selecionar qual o tipo de informação mais pertinente a fornecer ao doente. Posteriormente, o farmacêutico deve recorrer ao diálogo e às mais diversas estratégias de comunicação para sugerir alterações comportamentais e motivar o utente para a necessidade de se informar cada vez mais e melhor sobre questões relacionadas com a saúde. Para que de facto o farmacêutico se consiga “fazer ouvir” deve trabalhar a informação de modo a que esta seja personalizada, de acordo com os padrões culturais e comportamentais e em conformidade com o estado fisiológico ou patológico do utente. A fim de garantir que o doente compreende todas as informações que lhe estão a ser fornecidas, o profissional de saúde pode ainda oferecer-lhe informação escrita que poderá ser consultada sempre que surjam dúvidas.²

Ainda no âmbito destas atividades o farmacêutico pode desenvolver programas de prevenção da doença que devem estar focados na diminuição dos fatores de risco e no atraso da progressão da doença, podendo inclusive instaurar campanhas de promoção de rastreio de determinadas doenças (situação discutida adiante).²

8. ESTUDO DE CASO

HM é um homem com 76 anos que se dirige à FDM para a dispensa habitual dos medicamentos. Mediante a apresentação da prescrição médica (receita informatizada) pude verificar que o utente recorre diariamente a 12 fármacos para o tratamento de diversas patologias. Ao inquirir o utente acerca do seu estado de saúde percebi que sofre de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP), Hipertensão arterial (HTA), Hipercolesterolemia, Insuficiência Cardíaca, tendo inclusive sofrido um Enfarte Agudo do Miocárdio no início de 2015. Adicionalmente, ao questionar o utente acerca do controlo dos problemas de saúde, foi possível verificar que não efetua controlo dos níveis de açúcar, acabando por afirmar “às vezes faço a picada do dedo, mas quando faço dá-me sempre valores de 160 logo de manhã”. Por todos estes motivos, convidei o utente a realizar uma consulta de SF com vista a solucionar alguns problemas evidentes (ausência de controlo glicémico) e ainda avaliar a terapêutica instituída.

Primariamente analisei a ficha do utente, consultando o histórico de compras e de determinações efetuadas na farmácia. Verifiquei que este realiza frequentemente determinações de pressão arterial e como tal os valores presentes na ficha de acompanhamento foram impressos e anexados ao processo do utente.

No dia marcado o utente apresentou-se na farmácia, fazendo-se acompanhar do saco dos medicamentos, do último boletim de análises e do resultado do último exame à próstata. Iniciada a consulta o utente queixou-se de dores frequentes no pé direito que ocasionaram duas visitas ao hospital num período de 15 dias e que acrescentaram à sua terapêutica atual naproxeno 500 mg, Ficalm S® e Profenid® 100 mg/2mL (sendo que as injeções foram administradas apenas durante 4 dias). Para além disso, referiu o aparecimento de lesões na pele (sobretudo nos braços) que relacionou com o contacto com coelhos portadores de uma infeção fúngica. Na sequência deste problema solicitei ao utente que mostrasse as lesões para observação, e pude concluir, pelo aspeto das mesmas (erupções arredondadas de tons rosados e avermelhados com aparência mais clara no centro), que se tratava de uma tinha corporal.

A análise das determinações de pressão arterial realizadas na farmácia mostrou que o problema de HTA se encontra controlado uma vez que todos os valores obtidos se situavam abaixo de 140/90 mm Hg (valor de pressão arterial recomendado). A análise do boletim analítico não apresentava irregularidades, apesar de os valores de colesterol-HLD serem inferiores a 50 mg/mL (valor mínimo recomendado para o homem). Relativamente ao problema da próstata, tendo por base os exames fornecidos pelo utente e também as suas respostas relativas aos sintomas deste problema (incontinência urinária, sensação de micção incompleta, entre outros) foi possível concluir que se encontrava controlado. Nesta fase da consulta os principais problemas residiam na infeção fúngica dermatológica, no facto de não haver controlo glicémico e ainda nos valores esporádicos em jejum rondarem os 160 mg/mL.

Após recolhidas estas informações, a consulta seguiu no sentido de avaliar o saco dos medicamentos, tendo sido possível preencher o registo da terapêutica (anexo XXIII). Durante a consulta foi possível verificar que conhecimento em relação a alguns dos medicamentos habituais é bastante débil, uma vez que o utente mostrou muitas dúvidas relativamente à posologia de alguns dos fármacos, sendo inclusive detetadas algumas discrepâncias entre a posologia prescrita e a praticada pelo utente.

Após a fase de estudo (pesquisa de *guidelines* terapêuticas, resumos das características dos medicamentos (RCM), entre outras fontes) foi possível detetar alguns problemas associados aos medicamentos em uso. Segundo informação veiculada no RCM da espirolactona 25 mg, a toma concomitante deste fármaco e de um IECA (inibidor da enzima conversora da angiotensina), como o ramipril 2,5 mg, não se encontra recomendada por serem ambos poupadores de potássio o que pode resultar numa elevação dos níveis sanguíneos deste elemento com implicações a nível cardíaco, tratando-se de um PRM do tipo 5. Tendo em conta o historial clínico do utente HM esta situação foi um dos motivos de referência a uma consulta de rotina ao médico, tendo sido escrita uma carta ao médico com vista a informá-lo deste problema. Para além desta situação, também as discrepâncias posológicas de alguns fármacos foram reportadas ao médico, com vista a que este analisa-se o regime terapêutico do utente. Estas informações foram veiculadas ao médico via carta (anexo XXIV), informando-o das irregularidades encontradas e ainda das medidas adotadas na consulta de SF.

Para além disto, pude efetuar uma intervenção farmacêutico-doente que consistiu no tratamento da tina corporal do utente, através da dispensa de um creme de terbinafina 10mg/g (da labesfal®) e ainda de uma solução desinfetante para limpeza das lesões (cyteal®). Foram fornecidas ao utente todas as indicações de utilização dos produtos e solicitei-lhe que cada vez que se deslocasse à farmácia mostrasse as suas lesões para avaliação da recuperação. Para além disto, pedi-lhe que iniciasse o registo dos valores de glicemia e posteriormente os mostrasse na farmácia com vista a avaliar se a terapêutica antidiabética instaurada estava ou não a ser efetiva. Em relação às queixas acerca das dores no pé direito foi-lhe aconselhada a utilização de um pé elástico até à próxima avaliação pelo médico, tendo-lhe sido recomendado que recorresse aos AINE's (anti-inflamatórios não esteróides) apenas em situações de S.O.S. com vista a evitar problemas gástricos e ainda elevações da pressão arterial (uma vez que este tipo de fármaco pode elevar os referidos valores, o que é especialmente importante num doente com HTA e história de EAM). Além desta questão, tendo em conta o facto de associações entre os AINE's e o clopidogrel ou o ácido acetilsalicílico aumentarem o risco de hemorragias (situação descrita no RCM dos referidos fármacos) aconselhei ao utente que estivesse atento a perdas de sangue e contactasse o médico caso tal se verificasse. Para além disso, prestei ao utente

aconselhamento sobre medidas não farmacológicas importantes a adotar e ainda sobre o regime terapêutico. Relativamente às medidas não farmacológicas aconselhei ao utente um regime alimentar mais adequado, a prática de exercício físico (também ela adequada à idade, condição física e problemas de saúde do doente) tendo-lhe explicado também quais os sinais e sintomas aos quais deveria prestar atenção (situações de hipo e hiperglicémia) e ainda como proceder caso surgissem. Dada a falta de adesão à terapêutica foi também explicado ao doente, para cada medicamento, a indicação terapêutica, o regime posológico e eventuais precauções com a toma numa tentativa de o consciencializar para o cumprimento do regime terapêutico. Toda a informação recolhida, bem como as intervenções efectuadas foram registadas na folha SOAP do utente (anexo XXV).

O utente HM já visitou a FDM desde o dia da consulta de SFT e foi possível verificar que as lesões dermatológicas se encontram bastantes melhores, avançando no caminho da cura. Contudo ainda não foi possível avaliar o registo dos níveis de glicemia (uma vez que o doente ainda não os forneceu), nem foi obtida uma resposta ou alteração ao regime terapêutico por parte do médico uma vez que ainda não foi possível ao utente agendar consulta médica.

9. CONCLUSÃO

Os CF são, sem dúvida, um tema que merece a atenção de toda a comunidade de farmacêuticos uma vez que são imensas as intervenções que podem melhorar significativamente a qualidade de vida e saúde dos utentes. Após implementação deste projeto foi possível constatar que implica um forte compromisso por parte do farmacêutico com um acréscimo da carga trabalho, dado que este tipo de serviços requer tempo para a sua preparação, prestação e documentação, mas que acaba por trazer benefícios ao doente, ao farmacêutico (que passa a ser mais valorizado enquanto profissional de saúde) e ainda à própria farmácia por prestar um serviço diferenciado.

Como se tratou de um projeto relativamente inovador na FDM, a sua implementação demorou algum tempo, o que acabou por ser uma desvantagem por limitar o número de intervenções realizadas (tendo sido realizadas 4 consultas de SF e 9 de RT). Contudo, após arranque do serviço foram alcançados bons resultados e de uma maneira geral os utentes ficaram satisfeitos e reconheceram vantagem em ser acompanhados na farmácia. Na maioria dos casos analisados a intervenção farmacêutica fez a diferença e contribuiu para a melhoria dos resultados clínicos dos utentes, o principal objetivo do projeto. A tendência é aumentar o número de intervenções realizadas, uma vez que o serviço será mantido na FDM apesar do término do estágio, por ser uma mais-valia para os doentes.

Tendo em conta os diversos casos presenciados na FDM e ainda o aumento dos problemas associados ao uso dos medicamentos, a prestação deste tipo de serviços é uma necessidade iminente e pode ser uma boa forma de redefinir o papel e impacto das farmácias na sociedade.

A realização deste projeto a nível pessoal foi uma excelente forma de aprofundar conhecimentos nas mais diversas patologias e medicamentos, e também de perceber qual o impacto real que o farmacêutico pode ter na saúde dos doentes.

TEMA 2: RASTREIO CARDIOVASCULAR

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte em Portugal e também noutros países europeus. Segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS), no ano de 2013 este tipo de patologia foi

responsável por cerca de 29,5% das mortes ocorridas em território nacional. Apesar de as DCV se apresentarem como a principal causa de morte há já alguns anos, têm-se constatado uma tendência decrescente neste fenómeno comprovada pelo facto de desde de 1988 (ano no qual a taxa de mortalidade por DCV foi de 44.4%) se verificar uma diminuição da taxa de morte por DCV até ao mínimo registado em 2013.²⁴ Este resultado positivo deve-se sobretudo ao aumento do conhecimento sobre este tipo de doença e seus fatores de risco e à instauração de terapêuticas mais apropriadas, o que permitiu um controlo mais efetivo da patologia. Contudo, existe ainda um grande caminho a percorrer pelo que é necessário continuar a diminuir as referidas taxas de mortalidade, intervindo não só no tratamento de indivíduos doentes mas também na prevenção de indivíduos saudáveis.

Na FDM são várias as oportunidades de intervenção neste sentido e que podem passar por prestar aconselhamento a indivíduos com terapêutica instaurada, sensibilizar a população para adoção de estilos de vida saudáveis, promover rastreios de modo a identificar indivíduos em risco, aconselhar produtos que possam contribuir para a melhoria dos fatores de risco (suplementos alimentares, MNSRM), entre outras ações que podem contribuir positivamente para a diminuição deste problema. O principal objetivo em desenvolver um projeto relacionado com as DCV (nomeadamente um rastreio cardiovascular) consiste em valorizar a farmácia enquanto espaço de saúde e o farmacêutico enquanto profissional de saúde, melhorar a saúde da população, contribuir positivamente para resolução de problemas de saúde pública e promover ações de educação para a saúde. Pretende-se com este rastreio identificar indivíduos em risco de desenvolver DCV e atuar atempadamente no sentido de as evitar.

2. FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O termo doença cardiovascular é bastante abrangente e refere-se a patologias que acometem o coração, os vasos sanguíneos e também o cérebro. Incluem-se nesta categoria o EAM, o AVC (acidente vascular cerebral), entre outras patologias que possam resultar de alterações dos vasos ou do músculo cardíaco. Numa situação de EAM há uma diminuição ou interrupção brusca do fluxo sanguíneo que chega ao coração resultando na morte de células do músculo cardíaco por défice de oxigénio. O AVC é também uma emergência médica com manifestações neurológicas e que resulta de danos ao nível dos vasos sanguíneos cerebrais, como o rompimento de um trombo ou obstrução.²⁵

A maioria das lesões referidas resulta do desenvolvimento de aterosclerose, uma alteração vascular silenciosa, que quando origina sinais e sintomas já se encontra instalada. A aterosclerose é uma doença multifatorial que se desenvolve lenta e progressivamente de acordo com alterações celulares e moleculares específicas relacionadas com a acumulação de lípidos, células inflamatórias e elementos fibrosos. O resultado final é a formação de placas de ateroma na parede das artérias que limitam o fluxo sanguíneo podendo mesmo causar a sua obstrução.²⁶ Uma vez que se trata de um processo inflamatório que se inicia com a elevação dos níveis plasmáticos de colesterol são vários os fatores e marcadores envolvidos (esquematisados na tabela do anexo XXVI).

O início do processo aterosclerótico acontece em resposta a uma lesão endotelial que pode ser despoletada por interação de vários fatores como: anormalidades metabólicas e nutricionais, hiperlipidemias, forças mecânicas associadas à hipertensão arterial, toxinas exógenas (presentes no tabaco por exemplo) proteínas anormalmente glicosiladas associadas à diabetes mellitus, lípidos ou proteínas oxidadas e, possivelmente, infecções virais e bacterianas.²⁶ Estes fatores causam alterações no endotélio vascular e na

sua permeabilidade permitindo a penetração das partículas lipídicas (nomeadamente as LDL (low-density-lipoproteins) que se ligam à matriz extracelular levando à formação de agregados. Consequentemente, os monócitos circulantes aderem às células endoteliais que expressam moléculas de adesão (como a VCAM-1-vascular adhesion molecule-1, E-seletina, entre outras) e, via diapedese, infiltram-se na camada íntima das artérias. Em consequência do ambiente inflamatório instalado estes monócitos diferenciam-se em macrófagos que expressam recetores Scavenger capazes de se ligar a uma grande variedade de ligandos (como as lipoproteínas modificadas, lipoproteínas nativas e fosfolípidos aniónicos) facilitando a acumulação de partículas LDL modificadas e a conversão para macrófagos espuma. Estes últimos são ricos em colesterol e ácidos gordos livres e contribuem para o aumento do stress oxidativo. Verifica-se também adesão plaquetária e ativação de mais células imunitárias (tais como as células T) capazes de exacerbar a libertação de mediadores inflamatórios (como as interleucinas 1 e 2 e o interferão- γ) e fatores de crescimento que contribuem para a proliferação das células do músculo liso com formação de matriz extracelular (acumulação de colagénio, elastina e proteoglicanos). Este processo origina a formação da camada fibrótica que envolve a lesão e estabiliza o ateroma. O amadurecimento da lesão com consequente morte por apoptose das células espuma resulta na formação de um núcleo necrótico recoberto por uma fina camada, o que contribui para a instabilidade da placa que pode romper e libertar o conteúdo lipídico causando um evento agudo.²⁷

3. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O desenvolvimento de DCV encontra-se profundamente relacionado com o estilo de vida e a existência de fatores de risco que podem ser genéticos, biológicos, ambientais, dietéticos e hemodinâmicos. Estes podem ser não modificáveis (como é o caso da idade, sexo, menopausa, genética e história familiar) ou modificáveis (como a HTA, dislipidemia, excesso de peso, síndrome metabólico, diabetes mellitus, sedentarismo, stress, hábito tabágico e consumo de álcool).

Atualmente sabe-se que os homens apresentam maior risco de desenvolver DCV, risco este que aumenta também com a idade. No caso das mulheres, apesar de em fases iniciais da vida apresentarem menor probabilidade de desenvolver este tipo de patologia, sabe-se que este valor aumenta com a menopausa, evidenciando o papel protetor dos estrogénios. Relativamente à história familiar a sua importância resume-se ao facto de alguns fatores de risco apresentarem caráter hereditário.²⁸

Tendo em conta o papel que o colesterol desempenha na formação do ateroma, facilmente se compreende que valores elevados contribuam para um aumento do risco de desenvolver DCV, sobretudo se o indivíduo apresentar valores elevados de colesterol LDL e baixos de colesterol HDL (high density lipoproteins) que é responsável pela remoção de colesterol das artérias para o fígado para posterior eliminação. Também os triglicéridos em valores elevados são prejudiciais por contribuírem para a formação de placas aterogénicas.

A HTA é também um importante fator de risco, constituindo um problema muito frequente no seio da população. Quando os valores de pressão arterial são superiores ao normal a pressão exercida sobre as artérias é maior o que pode traduzir-se em lesões endoteliais que podem funcionar como ponto de partida para a formação de ateroma. O mesmo acontece em doentes diabéticos não controlados, uma vez que os elevados níveis de açúcar causam igualmente lesões na parede das artérias.

O excesso de peso, por estar diretamente relacionado com o síndrome metabólico, tem também implicações a nível cardíaco pelos motivos supracitados e também devido ao facto promover elevação dos níveis LDL no sangue. Frequentemente o excesso de peso conduz a situações de HTA aumentando assim o

número de fatores de risco envolvidos. As situações de sedentarismo acabam por piorar o problema anterior e prejudicar a saúde cardiovascular, uma vez que a prática de exercício físico regular melhora o perfil lípido, baixa os valores de pressão arterial e reduz fenômenos inflamatórios e de resistência à insulina.²⁴

Relativamente ao consumo de tabaco, este implica o aporte de numerosos compostos prejudiciais entre eles alguns agentes causadores de stress oxidativo. Para além disso, causa dano endotelial direto, aumento dos níveis de LDL e triglicéridos e diminuição do HDL. Também o álcool provoca efeitos nefastos uma vez que quando consumido em quantidades elevadas pode causar HTA e hipertrigliceridémia. Fatores emocionais como o stress podem também contribuir para o risco de DCV devido à estimulação adrenérgica envolvida, com consequente vasoconstrição e aumento das necessidades de oxigénio do coração.^{28,29}

Ultimamente, com os desenvolvimentos na área da saúde, foram descobertos novos biomarcadores/fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCV, designados “fatores não tradicionais”:

- Proteína C Reativa: proteína sérica cujos valores aumentam em situações de inflamação em resposta a lesões ou infecções. Uma vez que o processo inflamatório caracteriza todo o processo aterosclerótico, elevações desta proteína podem estar associadas à formação de placas de ateroma e, consequentemente, risco de DCV.
- Lipoproteína (a): trata-se de uma lipoproteína de baixa densidade à qual está ligada a apolipoproteína (a). Existe forte correlação entre a elevação dos valores desta lipoproteína e o desenvolvimento de DCV
- Homocisteína: é um produto natural da degradação da metionina com efeito na destabilização das placas de ateroma por causar stress oxidativo, implicando aumento do risco cardiovascular.
- Ativador do plasminogénio tecidual: desequilíbrios nas enzimas responsáveis pela dissolução de coágulos e sua inibição podem alterar o processo de coagulação contribuindo para o desenvolvimento de lesões ateroscleróticas.
- Fibrinogénio: proteína envolvida na agregação plaquetária, regulação da viscosidade do sangue e formação de coágulos, estando por isso implicada na formação da placa aterosclerótica.²⁸

4. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

O diagnóstico de DCV decorre em duas etapas principais: inicialmente deve recolher-se toda a história clínica e familiar do utente e proceder-se a um exame físico, procurando identificar sinais e sintomas pertinentes e eventuais fatores de risco. As DCV não apresentam sinais ou sintomas específicos, podendo causar dor torácica, insuficiência respiratória, edema dos pés e tornozelos, palpitações, febre, fadiga, perda de apetite e mal-estar geral. Para além da análise dos sinais e sintomas, é necessário procurar conhecer hábitos de vida do utente e ainda a história familiar no que toca a este tipo de patologias. Posteriormente, pode recorrer-se à realização de exames laboratoriais com o intuito de avaliar alguns dos fatores de risco associados a doenças de foro cardíaco, tais como: glicémia em jejum, triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL, lipoproteína (a) (apenas em situação de história familiar de doença cardiovascular prematura) e proteína C reativa.³⁰ A realização de exames complementares como o electrocardiograma, ecocardiograma, prova de esforço, estudo eletrofisiológico, ressonância magnética, cateterismo cardíaco e angiografia coronária é também parte importante no processo de diagnóstico, permitindo muitas vezes a sua confirmação.²⁵

Tão importante como estabelecer um diagnóstico é avaliar o risco de desenvolvimento de uma DCV que pode ser calculado em relação a um indivíduo saudável ou com história prévia de eventos cardíacos. Para o

cálculo do risco cardiovascular existem diversas ferramentas, entre elas a SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) baseada nos resultados de estudos epidemiológicos europeus que relacionaram a presença de fatores de risco com a incidência de eventos cardiovasculares. Esta ferramenta permite o cálculo do risco cardiovascular tendo por base as seguintes variáveis: sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica, colesterol total e HDL para indivíduos entre os 40 e 65 anos de idade. O risco é classificado em sete categorias diferentes (desde 1 a 15%) com base no risco absoluto a 10 anos de eventos cardiovasculares fatais e entra em linha de conta, para além dos fatores referidos, a existência de evento cardiovascular prévio, doença renal crónica e ainda diabetes mellitus. O algoritmo clínico de apoio à decisão, bem como um exemplar de uma tabela para cálculo do risco cardiovascular encontram-se nos anexos XXVII e XXVIII.³¹

Importa contudo realçar que existem situações nas quais o risco é superior ao indicado na tabela, nomeadamente quando existem sinais de sedentarismo, obesidade, história familiar de DCV prematura ou quando o indivíduo se aproxima da faixa etária seguinte.³¹

O cálculo do risco global de desenvolver uma DCV permite não só identificar utentes com alto risco mas também modelar ou implementar estratégias que permitam o controlo efetivo dos fatores de risco, tais como alteração do estilo de vida e implementação de terapêutica farmacológica. Para além disso, é uma excelente forma de quantificar a evolução de um doente já com terapêutica instaurada, permitindo verificar se de facto as medidas estabelecidas levaram a uma diminuição do risco cardiovascular.³¹

5. PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Tendo em conta o impacto das DCV na mortalidade nacional, é indispensável adotar medidas que permitam prevenir o desenvolvimento e instalação deste tipo de patologias. A prevenção do desenvolvimento de um evento cardiovascular aplica-se a populações de indivíduos saudáveis, mas também de indivíduos com história prévia de AVC, EAM ou outro tipo de patologia cardiovascular. Apesar de os objetivos serem os mesmos para os dois tipos de população, no caso dos indivíduos doentes normalmente há necessidade de intervenção farmacológica como veremos adiante.

As medidas preventivas destinam-se a evitar ou diminuir as consequências de determinada patologia e, no caso específico das DCV, visam diminuir o desenvolvimento de aterosclerose através do controlo dos múltiplos fatores de risco envolvidos no processo. Deste modo, no caso de um indivíduo saudável, sem registo de DCV prévia, as principais medidas preventivas relacionam-se com modificações do estilo de vida, tais como: regime alimentar variado e equilibrado (alimentação rica em legumes, fibras, frutas, carnes magras, peixe evitando carnes vermelhas e gorduras), prática de exercício físico regular, perda de peso, cessação tabágica, diminuição do consumo de álcool e restrição do consumo de sal.³⁰ Vários estudos têm demonstrado a importância da dieta na prevenção cardiovascular, existindo determinados compostos bioativos presentes nos designados “alimentos funcionais” com importantes propriedades protetoras. Integram esta classe de compostos os flavonóides (como as catequinas procianidinas, antocianidinas e isoflavonas), estilbenos (como o resveratrol), péptidos bioativos, fitoesteróis e ácidos gordos polinsaturados ómega 3.³² As catequinas e as proantocianidinas são compostos presentes em diversas frutas (como a uva), chás e alguns vegetais com importantes propriedades antioxidantes. Estes compostos mostraram ser capazes de inibir a oxidação de LDL, a agregação plaquetária, modular a função endotelial e diminuir os valores de pressão arterial.³²

Os frutos vermelhos, cereais e alguns vegetais, como o repolho, apresentam na sua constituição antocianinas com importantes propriedades protetoras, uma vez que são responsáveis pela redução dos valores lipídicos, da pressão arterial e ainda de processos inflamatórios (por atuarem diretamente em células envolvidas no processo aterosclerótico).³²

As isoflavonas são compostos amplamente estudados, que apresentam propriedades anti-inflamatórias responsáveis pela restauração da função endotelial. Para além disso, este grupo de moléculas reduz os níveis de colesterol, a oxidação das partículas LDL e apresenta um efeito semelhante ao dos digitálicos no que toca ao relaxamento das artérias coronárias por um mecanismo que envolve o antagonismo dos canais de cálcio.³²

Em alimentos como a uva, os amendoins e o chocolate preto está presente o resveratrol, outro dos fitonutrientes frequentemente associado a benefício cardiovascular, devido à sua capacidade de inibir a agregação plaquetária, modular a resposta inflamatória, causar vasodilatação e regular o metabolismo lipídico. O mecanismo de ação pelo qual o resveratrol causa inibição da agregação plaquetária ainda não se encontra totalmente esclarecido, mas pensa-se que possa estar relacionado com a inibição da COX-1 com consequente interferência na produção de prostaglandinas responsáveis pela homeostase vascular. Os efeitos vasodilatadores deste composto foram atribuídos à sua capacidade de estimular canais de cálcio e potássio, e ainda ao facto de promover um aumento da produção de óxido nítrico com consequente diminuição de radicais livres. A inibição da síntese e libertação de citoquinas, de ativação de células inflamatórias e ainda da expressão de moléculas de adesão, são alguns dos mecanismos envolvidos na capacidade anti-inflamatória atribuída ao resveratrol.³²

Os péptidos bioativos resultam do processamento industrial dos alimentos ou do processo digestivo e apresentam efeitos anti-trombóticos (relacionados com a ligação a recetores plaquetários e inibição da formação de trombos) e anti-hipertensivos (devido à inibição da enzima conversora da angiotensina).

Os fitoesteróis apresentam um marcado efeito hipocolesterolémico, por serem capazes de inibir a absorção intestinal de colesterol. Esta inibição resulta num aumento do número de recetores LDL responsáveis pela sua eliminação da corrente sanguínea. Os conhecidos ácidos gordos polinsaturados, nomeadamente os ómega-3, têm propriedades anti-inflamatórias e anti-trombóticas, uma vez que estão na base da síntese de compostos anticoagulantes, antiagregantes e vasodilatadores.³²

Tendo por base estas propriedades de alguns nutrientes existem atualmente no mercado suplementos alimentares com vista a regular os níveis de colesterol (como é o caso do produto BioAtivo® Arroz Vermelho) e fornecer ácidos gordos polinsaturados com o intuito de proteger o aparelho cardiovascular (como é o caso do Megared®) e que podem ser uma boa alternativa para indivíduos que apresentem risco cardiovascular.

No caso dos indivíduos com risco cardiovascular elevado ou com história prévia de evento cardíaco é igualmente importante adotar medidas profiláticas que incluem as alterações do estilo de vida referidas anteriormente e ainda intervenção farmacológica com recurso a terapia antiagregante (clopidogrel ou ácido acetilsalicílico). O fármaco de eleição é o ácido acetilsalicílico (75-100 mg/dia), responsável pela inibição não seletiva da COX (com consequente inibição plaquetária) e pela estabilização das placas de ateroma. O recurso a antiagregantes como agentes preventivos de desenvolvimento de doença cardiovascular aplica-se a indivíduos em prevenção secundária (ou seja que já vivenciaram um evento agudo), em prevenção primária em doentes com risco cardiovascular muito alto e doentes com diabetes mellitus (com mais de 50 anos no

caso dos homens e mais de 50 anos no das mulheres) que possuam pelo menos mais um fator major de risco cardiovascular.³⁰

6. TRATAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Tal como já foi sendo referido o tratamento das DCV incide na eliminação ou controlo dos fatores de risco, envolvendo a implementação das medidas não farmacológicas abordadas anteriormente e o controlo da pressão arterial, dos níveis de açúcar e da dislipidemia.

O tratamento da HTA é estabelecido de acordo com o grau da patologia (risco baixo, moderado, alto ou muito alto) e os fármacos usados integram a classe dos diuréticos, modificadores do eixo renina-angiotensina (inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou, em alternativa, antagonista do recetor da angiotensina (ARA)), bloqueadores dos canais de cálcio, antagonistas dos recetores de mineralocorticóides e bloqueadores adrenérgicos beta com efeitos vasodilatadores (como o carvedilol). De acordo com a gravidade da situação podem ser utilizadas associações de duas classes de fármacos ou, em casos muito extremos, de três SA diferentes. O tratamento da HTA em doentes com outras co-morbilidades condiciona a escolha do fármaco anti-hipertensor, estando as diversas situações e os fármacos mais adequados a cada uma delas esquematizados no anexo XXIX.²⁸

As dislipidemias carecem também de intervenção farmacológica que deve ter em conta os efeitos e objetivos vasculares, a expressão das alterações lipídicas, o perfil de efeitos adversos e interações e a relação custo-efetividade. A implementação de terapêutica antidislipidémica em indivíduos com risco cardiovascular depende do risco cardiovascular global tal como esquematiza o anexo XXX. São objetivos terapêuticos na pessoa com risco cardiovascular muito alto obter um valor do colesterol total inferior a 155 mg/dL e um Colesterol-LDL inferior a 70 mg/dL.²⁸ As estatinas são os fármacos mais utilizados no tratamento da dislipidemia uma vez que são capazes de normalizar os valores de colesterol e conferir proteção cardiovascular. Os fibratos destinam-se ao tratamento das dislipidemias mistas e das hipertriglicidemias isoladas que não respondem a modificações efetivas do estilo de vida e do plano alimentar. O ácido nicotínico está indicado no tratamento da dislipidemia mista combinada e da hipercolesterolemia primária. A sua associação com as estatinas pode ser uma estratégia terapêutica quando o efeito hipocolesteremiante destas é considerado insuficiente, ou em monoterapia, se as estatinas são contra-indicadas ou não são toleradas.³³

A manutenção dos níveis de açúcar normais é também um importante fator a controlar, pelo que no caso dos doentes com diabetes mellitus deve ser instituída uma terapêutica eficaz baseada na administração de insulina ou antidiabéticos orais ou uma combinação de ambos. A escolha pela terapêutica mais apropriada depende não só do tipo de diabetes, mas também do nível de controlo dos valores de açúcar. Relativamente aos antidiabéticos orais, estes podem ser: sulfonilureias, biguanidas, inibidores da dipeptidil-peptidase 4, tiazolidinedionas, derivados da fenilalanina e inibidores da alfa-glicosidade intestinal. Quanto às insulinas estas podem ser de ação curta, intermédia ou prolongada e usam-se combinadamente com vista e mimetizar o perfil normal de libertação de insulina.³⁴

7. ORGANIZAÇÃO DE UM RASTREIO CARDIOVASCULAR

Tal como já foi sendo referido, entre as funções e obrigações do farmacêutico enquanto profissional de saúde, encontra-se a educação para a saúde. Neste âmbito é desejável que o farmacêutico contribua para o aumento da literacia em saúde dos doentes através das mais diversas formas, entre elas a realização de

atividades na farmácia. Com vista a cumprir este propósito e avaliar o risco cardiovascular dos utentes que frequentam a FDM, foi realizado no dia 28 do mês de maio (mês do coração) um rastreio cardiovascular nas instalações da farmácia, patrocinado pelos laboratórios Alter®. A parceria com a Alter® surgiu após várias tentativas de contacto (da minha parte em conjunto com a gestora Dra. Rita Pereira) com vários laboratórios e que acabou por se proporcionar diretamente com o delegado de ação médica do laboratório em questão. Na realidade de uma farmácia comunitária a questão do patrocínio reveste-se da maior importância, uma vez que é graças a este apoio económico que é possível oferecer as determinações bioquímicas que apresentam um custo associado. Para além de permitir a oferta dos testes bioquímicos, o referido laboratório dispôs uma técnica para efetuar as determinações e ofereceu folhetos informativos, acerca dos fatores de risco cardiovascular e medidas de controlo não farmacológicas, que foram distribuídos aos utentes que participaram no rastreio como forma de enfatizar a importância da prevenção de DCV.

Para reunir o máximo de utentes no dia do rastreio e com vista a rentabilizá-lo ao máximo, o evento foi publicitado recorrendo à página de facebook da farmácia e também a alguns suportes para o efeito existentes no shopping Espaço Guimarães (local onde se situa a farmácia).

No âmbito do rastreio foram determinados diversos parâmetros bioquímicos considerados fatores de risco tais como: colesterol total, LDL, HDL, glicémia, peso e altura, tendo sido também analisados os hábitos relacionados com o estilo de vida como é o caso do tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e regime alimentar. O principal objetivo no momento de contacto com o utente passou por sensibilizá-lo para a crescente incidência das DCV, promover a prática de um estilo de vida saudável e intervir, através da dispensa de suplementos alimentares adequados, sempre que se mostrou oportuno, no sentido de controlar alguns fatores bioquímicos (colesterol elevado, baixos valores de HDL e alterações nos valores glicémicos). Além disso, a cada utente rastreado foi oferecido um cartão com o registo dos parâmetros determinados e cujo objetivo passou por motivá-los a introduzir as alterações aconselhadas e continuar a avaliar periodicamente os referidos parâmetros bioquímicos.

8. CONCLUSÃO

A realização de um rastreio apresenta como principal vantagem a identificação de indivíduos em risco no seio de uma população aparentemente saudável. Este tipo de iniciativa contribui para a deteção precoce das patologias em estudo, ou então da existência de fatores de risco até então desconhecidos. No caso das DCV este é um aspeto particularmente importante porque a deteção precoce de indivíduos em risco permite a implementação de medidas que diminuem a probabilidade de desenvolvimento de um evento agudo. O rastreio realizado na FDM foi bem recebido pela população que acabou por participar. Alguns dos indivíduos aos quais foram efetuados os testes bioquímicos tinham já terapêutica instaurada para a dislipidemia, diabetes mellitus ou HTA. Apesar disso, as medições efetuadas no rastreio permitiram, em alguns casos, verificar que a terapêutica instituída se encontrava adequada, sendo que noutros foi necessário aconselhar o utente a realizar uma consulta médica uma vez que mesmo com terapêutica instaurada e adesão à mesma não se verificou normalização dos valores-alvo. No caso dos indivíduos sem terapêutica estabelecida, surgiram alguns casos de valores elevados de glicémia, colesterol total, LDL e baixos valores de HDL associados a excesso de peso, consumo tabágico e sedentarismo. Nestas situações foram propostas ao utente algumas alterações relacionadas com o estilo de vida e terapêutica com determinados suplementos alimentares. Nas situações em que os indivíduos apresentavam valores ligeiramente elevados de colesterol foram aconselhados

suplementos como o Bioativo Arroz Vermelho®, com vista a manter normais os referidos valores. Indivíduos com alterações glicémicas foram aconselhados a recorrer ao Bioativo Crómio®, uma vez este que tem um importante papel na manutenção dos níveis sanguíneos de açúcar. Para além destas situações, alguns dos utentes com risco cardiovascular relevante adquiriam suplementos como o Bioativo Alho®, Bioativo Cardio®, Megared® e ainda My Ómega 3® que, por apresentarem na sua constituição ácidos gordos polinsaturados, conferem proteção cardiovascular. Uma vez que o excesso de peso é também um importante fator de risco, alguns dos utentes acometidos por este problema foram aconselhados a realizar uma consulta de nutrição e/ou adquirir suplementos com vista a auxiliar a perda de peso, tal como o Tira Gorduras®, Bioativo Slim Duo® e Drenaslim®. O consumo de alimentos funcionais, tal como referido anteriormente, tem também um importante papel protetor a nível cardiovascular, pelo que foram também indicados aos utentes quais os alimentos mais benéficos.

Apesar de a população ter respondido positivamente à realização do rastreio, foi possível concluir que caso este tivesse sido realizado num fim-de-semana teriam sido rastreados mais indivíduos, pertencentes a mais variadas faixas etárias e sem terapêutica medicamentosa instituída. Ainda assim, as intervenções realizadas foram benéficas para os indivíduos, tendo-se traduzido em melhorias nos seus resultados de saúde. A implementação do rastreio permitiu-me melhorar conhecimentos acerca dos diversos suplementes alimentares existentes no mercado (com resultados na melhoria do perfil lipídico, glicémico e da pressão arterial); bem como relacionados com as DCV, tendo sido também uma excelente forma de compreender todos os procedimentos burocráticos necessários para organizar um evento desta envergadura.

TEMA 3: MARKETING NA FARMÁCIA

1. INTRODUÇÃO

As farmácias são espaços dinâmicos que se destinam à prestação de cuidados de saúde, e que tal como qualquer outro estabelecimento necessitam de estratégias de diferenciação. O posicionamento de determinada farmácia no mercado depende de um conjunto de fatores e iniciativas que se enquadram naquilo que atualmente designamos de marketing. Na realidade atual são várias as estratégias passíveis de implementar na farmácia com vista a aumentar a sua rentabilidade e que acabam por estar diretamente relacionadas com o farmacêutico.

Durante o estágio na FDM foram implementadas algumas iniciativas relacionadas com esta temática, nomeadamente a realização de um concurso na página de facebook da farmácia e a comemoração do dia da criança, com vista a aumentar a visibilidade da farmácia.

2. MARKETING NA FARMÁCIA: O CONCEITO

Marketing pode ser definido como um processo de gestão que visa identificar, antecipar e satisfazer as necessidades do cliente com obtenção de resultados lucrativos. O principal objetivo das estratégias de marketing não é apenas a promoção de vendas, mas também a fidelização do cliente e diferenciação da farmácia perante a concorrência.³⁵ O posicionamento e valorização da farmácia podem ser feitos recorrendo a variadas estratégias relacionadas com a comunicação, o atendimento, os produtos, os serviços, as atividades realizadas e o próprio espaço. Um aspeto indispensável é garantir um stock de produtos que permita responder às necessidades dos utentes evitando situações de rutura. Igualmente importante é prestar um atendimento de qualidade baseado nas necessidades do utente. Para melhorar o atendimento e realizar aquilo que se designa marketing direto é importante conhecer as necessidades, patologias, gostos pessoais e perfil de

compra dos utentes de modo a sugerir artigos que possam ser pertinentes. A comunicação, conseguida através da montra, do posicionamento dos produtos na farmácia, da realização de campanhas publicitárias e promocionais é também indispensável e serve muitas vezes para atrair novos utentes à farmácia. Contudo, este tipo de estratégia, sobretudo a baixa de preços em MNSRM, deve ser realizado com cautela uma vez que não se pretende que os utentes adquiram produtos de que não necessitam, tendo por base apenas o seu preço, e com conseqüente desenvolvimento de problemas.³⁶

O espaço onde se localiza a farmácia e a sua organização interna são também pontos que devem ser trabalhados. A farmácia deve ser um espaço com boas condições de acessibilidade e apelativo para os utentes. A sua organização deve ser harmoniosa e procurar dar realce aos produtos de venda livre cuja disposição pode variar em função de campanhas promocionais e sazonalidade associada. Os serviços e as atividades realizadas devem ser pertinentes e adequados ao ambiente de prestação de cuidados de saúde, contudo atividades dinâmicas e diferentes acabam por torná-los memoráveis para o utente.³⁶

3. UM CONCURSO NO FACEBOOK

As redes sociais são uma ferramenta poderosa que temos ao nosso dispor atualmente e que nos permitem chegar a diferentes tipos de público-alvo com um custo muito reduzido. O facebook desempenha um importante papel na divulgação do espaço, dos produtos e campanhas disponíveis, podendo ainda ser utilizado para divulgar variadas informações que possam ser pertinentes para os seus utilizadores.

Com o objetivo de aumentar o número de seguidores da página de facebook da FDM, foi criado um concurso no dia da mãe que consistiu em colocar um gosto na página da FDM, partilhar uma fotografia alusiva ao dia da mãe, sendo que a publicação mais votada foi presenteada com um cabaz contendo produtos de cuidado de rosto. Com este tipo de atividade, para além de aumentar o impacto da página de facebook da FDM foi também possível promover uma variada gama de produtos de cuidado de rosto.

4. COMEMORAÇÕES DO DIA DA CRIANÇA

Tal como já foi sendo referido a realização de atividades pode ser uma boa forma de chegar a novos consumidores e marcar a diferença face à concorrência. Para celebrar o dia da criança a FDM preparou um conjunto de kits, contendo um vale de 20% na compra de produtos da marca Klorane® e um conjunto de amostras de produtos de cuidado de rosto e corpo para crianças. As referidas ofertas foram entregues a crianças que frequentaram a FDM no dia 1 de junho, mas também numa festa comemorativa realizada num infantário da zona. A oferta de amostras acaba por ser boa estratégia para dar a conhecer uma determinada gama de produtos, sendo que a inclusão de um vale de desconto pode incrementar a probabilidade de o cliente efetivar a compra. Além deste aspeto, a realização de atividades externas à farmácia permite dar a conhecer o espaço a futuros clientes.

5. CONCLUSÃO

As farmácias atravessam atualmente um período de crise devido à forte concorrência por parte de outros espaços de saúde como as parafarmácias. Para contornar este problema é importante adotar diferentes estratégias de marketing direcionadas para a crescente satisfação do utente. Além desta questão, a valorização da farmácia enquanto espaço de saúde pode contribuir para um aumento do afluxo de utentes que até então adquiriam produtos de venda livre em espaços como as parafarmácias e perfumarias. Todas as estratégias de marketing são indispensáveis e contribuem para a imagem que o público-alvo detém da farmácia, contudo o aspeto principal passa pela diferenciação devido à prestação de cuidados de saúde por profissionais

especializados, como os farmacêuticos. Este tipo de atividade revelou ter um impacto positivo no consumidor, tendo sido também uma boa forma de compreender e executar as diferentes técnicas de marketing passíveis de funcionar num espaço como a farmácia comunitária.

CAPÍTULO 3: CONCLUSÃO

A realização do estágio curricular na FDM incluiu a realização de várias tarefas (esquematizadas na Tabela 2) que contribuíram significativamente para a minha formação profissional. Dado que se tratou do primeiro contacto com a atividade profissional, foi possível compreender o funcionamento de uma farmácia, as atividades profissionais diárias de um farmacêutico e ainda o seu impacto enquanto profissional de saúde. Foi uma excelente oportunidade de consolidar conhecimentos antigos e de adquirir novos, sobretudo através do contacto com profissionais experientes, mas também devido à oportunidade de participar nas mais diversas sessões de formação (esquematizadas no anexo XXXI). As formações, sobretudo na área da dermocosmética e de outros produtos de venda livre, foram indispensáveis para o meu desempenho, sobretudo a nível do atendimento ao público tendo-me fornecido importantes ferramentas acerca de como e quando dispensar este tipo de produtos.

A implementação na FDM de projetos vocacionados para a saúde do utente foi também uma excelente forma de aprofundar conhecimentos e ganhar novas competências relacionadas, não só com o ato farmacêutico, mas também com a gestão e marketing de uma farmácia. Estes últimos aspetos são indispensáveis uma vez que, para além de prestar um serviço de saúde de qualidade, o farmacêutico deve ser capaz de desenvolver estratégias que aumentem a visibilidade da farmácia enquanto espaço de saúde. Neste sentido, julgo que o desenvolvimento de atividades tão distintas como a implementação de CF, a realização de um rastreio e intervenções vocacionadas para o marketing em conjunto com as restantes executadas no âmbito do estágio curricular me permitiram adquirir competências muito variadas e indispensáveis para o meu futuro enquanto farmacêutica.

De uma forma geral a realização deste estágio foi uma etapa indispensável de preparação para o mundo profissional e que, com certeza, será decisiva para o meu desempenho no futuro.

Tabela 2 Organização cronológica (mês e semana) das atividades realizadas durante o estágio curricular.

Março					Abril					Maio					Junho					Julho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Determinação da pressão arterial e parâmetros bioquímicos																								
Recepção, conferência e armazenamento de encomendas																								
					Organização e conferência de receituário																			
Controlo de prazos de validade																								
					Atendimento ao público																			

BIBLIOGRAFIA

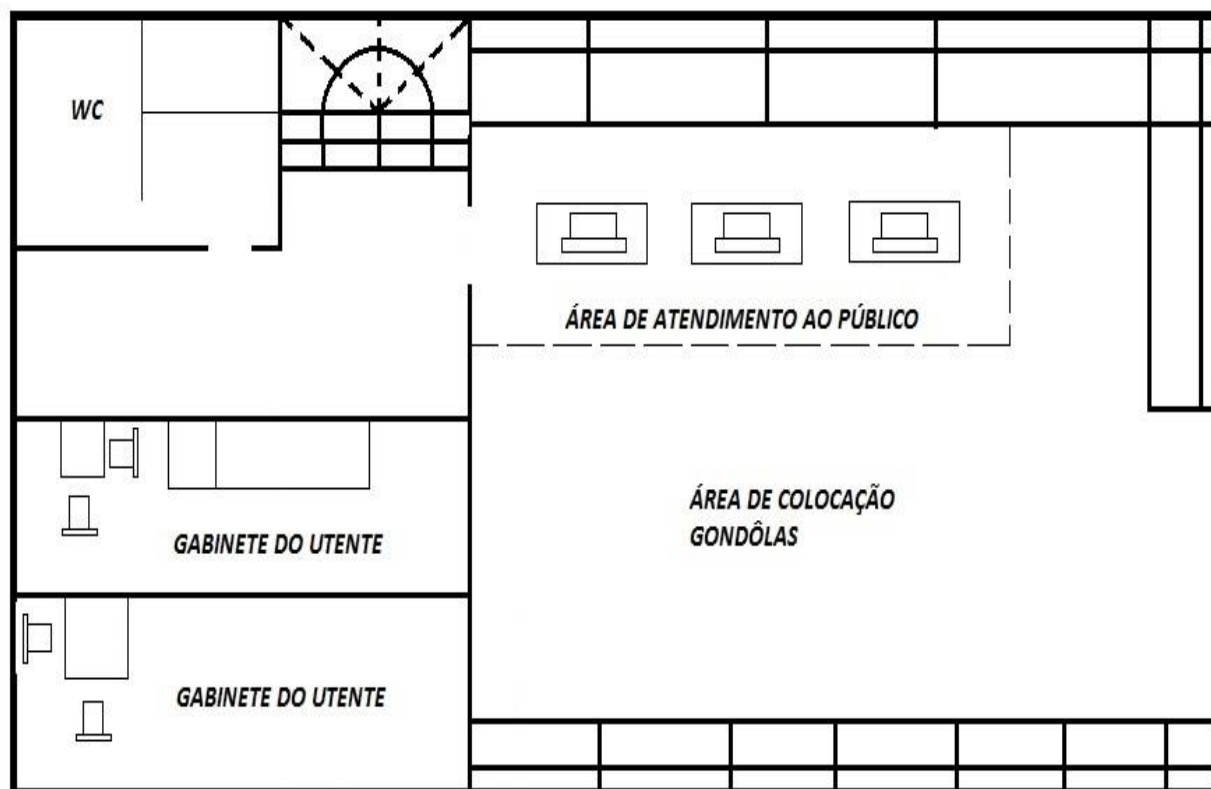
1. Decreto-Lei nº171/2012, de 1 de Agosto. Diário da República nº 148 - I Série : Ministério da Saúde.
2. Santos HJ. (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*. Ordem dos Farmacêuticos.
3. Normas conjuntas FIP/OMS para as Boas Práticas de Farmácia: Diretrizes para a Qualidade dos Serviços Farmacêuticos. Lisboa : Organização Mundial de Saúde, 2010.
4. INFARMED - Estabilidade de Medicamentos. Acessível em:
https://www.infarmed.pt/pt/noticias_eventos/eventos/2005/impacto_qualidade/ESTABILIDADEINFARME D.pdf. [acedido em 12 de abril de 2016]
5. Decreto-Lei nº176/2006 de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento. Diário da República nº 167 - I Série : Ministério da Saúde.
6. INFARMED (2015). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Lisboa : Ministério da Saúde.
7. Portaria nº137-A/2012 de 11 de Maio. Diário da República nº 92 - I Série : Ministério da Saúde.
8. Decreto-Lei nº 48-A/2010 de 13 de maio. Diário da República nº 93 - I Série : Ministério da Saúde.
9. Grupo de Boas Práticas de Farmácia. Grupo do Guincho. (2006). Linhas de Orientação: Indicação Farmacêutica.
10. INFARMED, 2005. Medicamentos Manipulados.
11. Norma específica sobre manipulação de medicamentos. Boas Práticas em Farmácia Comunitária. Ordem dos Farmacêuticos.
12. Decreto-Lei nº 148/2008 de 29 de julho. Diário da República nº 145 - I Série : Ministério da Saúde.
13. Decreto-Lei nº 145/2009 de 17 de junho. Diário da República nº 115- I Série : Ministério da Saúde.
14. Decreto-Lei nº 189/2008 de 24 de setembro. Diário da República nº 185 - I Série : Ministério da Saúde .
15. Decreto-Lei nº 227/99 de 22 de junho. Diário da República nº 143 : Ministério da Saúde.
16. Decreto-Lei nº 136/2003 de 28 de Junho. Diário da República nº 147 - I Série : Ministério da Saúde.
17. Decreto-Lei nº 94/95 de 9 de Maio. Diário da República nº 107 - I Série : Ministério da Saúde.
18. Martins S. Costa FA. Caramona M. (2013). Implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal, seis anos depois. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*. 5: 255-263.
19. Santos H. Iglésias P. (2008). Seguimento Farmacoterapêutico. *Boletim do Centro de Informação do Medicamento, Ordem dos Farmacêuticos*. 84.

20. Costa S. Madeira A. Horta MR. Santos R. (2006). *Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia?* Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos. Lisboa .
21. Santos H. Iglésias P. Fernandez-Llimos F. Faus MJ. Rodrigues LM. (2004). Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. *Acta Médica Portuguesa*. 17: 59-66.
22. Santos HM. Ferreira PI. Ribeiro PL. Cunha I. (2007). Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico. *Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona* .
23. Ferreira, PI. (2013). Consulta Farmacêutica de Revisão da Medicação . *Boletim do Centro de Informação do Medicamento*. 106.
24. Programa Nacional para doenças cerebro-cardiovasculares, direção dos serviços de informação e análise. (2016). *Portugal: Doenças cerebro-cardiovasculares em números - 2015*. Direção Geral de Saúde.
25. Manual MSD: doenças cardiovasculares - exames de diagnóstico. Acessível em: <http://www.manuaismsd.pt/?id=41&cn=610&ss=>. [acedido em 10 de junho de 2016]
26. Gottlieb MG. Bonardi G. Moriguchi EH. (2005) Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*. 15: 203-207.
27. Sakakura K. Nakano M. Otsuka F. Ladich E. Kolodgie FD. Virmani R. (2013). Pathophysiology of Atherosclerosis Plaque Progression. *Heart, Lung and Circulation*. 22: 399-411.
28. Medscape: Risk Factors for Coronary Artery Disease. Acessível em: <http://emedicine.medscape.com/article/164163-overview#showall>. [acedido em 25 de maio de 2016]
29. World Heart Federation: Cardiovascular Disease Risk Factors. Acessível em: <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/stress/>. [acedido a 25 de maio de 2016]
30. Norma nº 009/2014: Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto, 2014.
31. Norma nº 005/2013: Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), 2015.
32. Mulero J. Abellán J. Zafrilla P. Amores D. Sánchez PH. (2015). Bioactive substances with preventive effect in cardiovascular diseases. *Nutricion Hospitalaria*. 32: 1462-1467.
33. Norma nº 019/2011: Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Direção Geral de Saúde, 2011.
34. INFARMED - Prontuário Terapêutico. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/prontuario/frameprimeiracapitulos.html>. [acedido a 20 de junho]
35. Birchall G. (2016). Marketing . *Chemist & Druggist*.

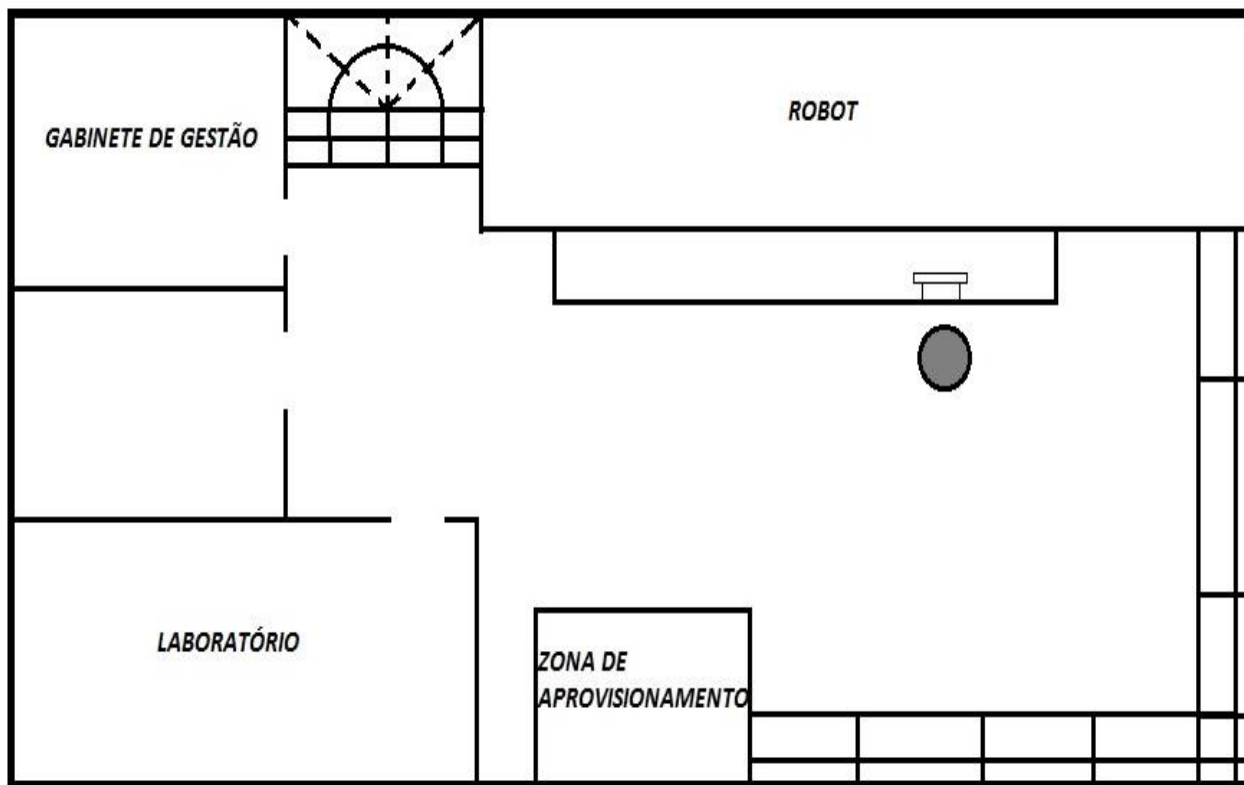
36. Heemann ACW. Gárippe GM. (2002). Marketing aplicado à Farmácia. *Visão Académia*. 3: 119-122.

ANEXOS

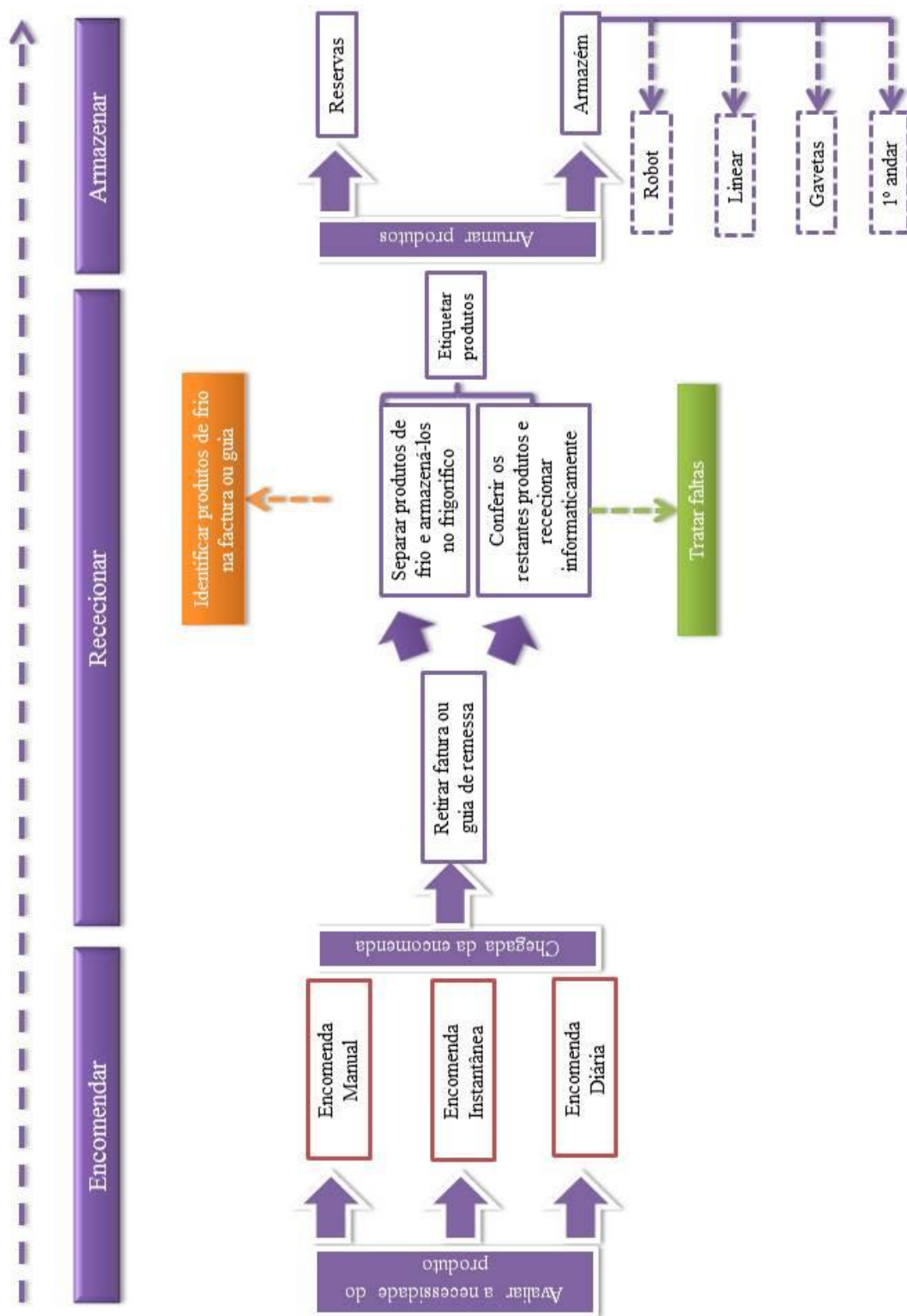
Anexo I – Planta do piso 1 da Farmácia Dias Machado



Anexo II – Planta do piso 2 da Farmácia Dias Machado



Anexo III – Script de receção de encomendas

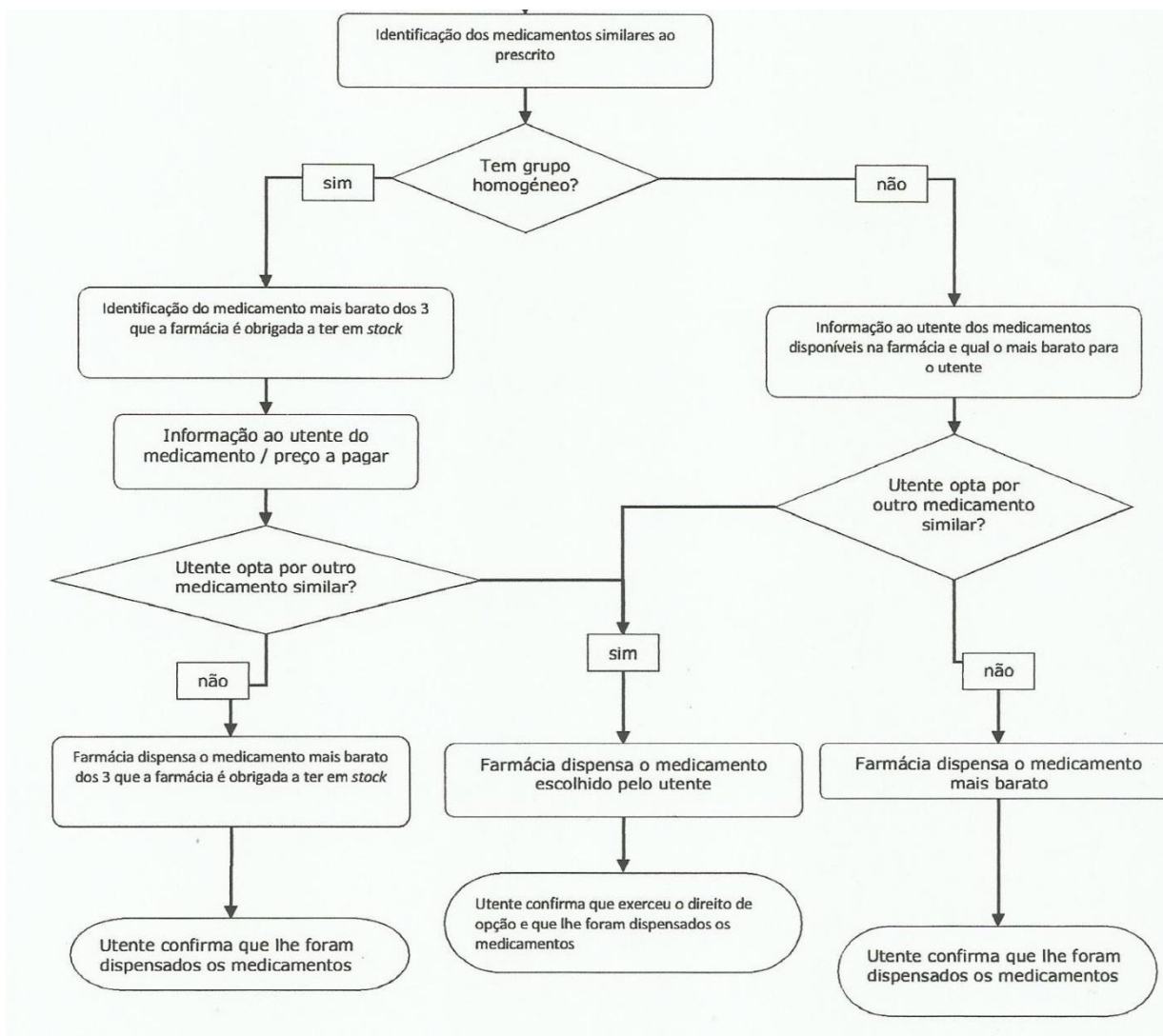


Adaptado de: Manual de Eficiência Operacional: Glint.

Anexo IV – Tabela resumo com as diferenças dos parâmetros a validar na prescrição eletrónica e na prescrição manual

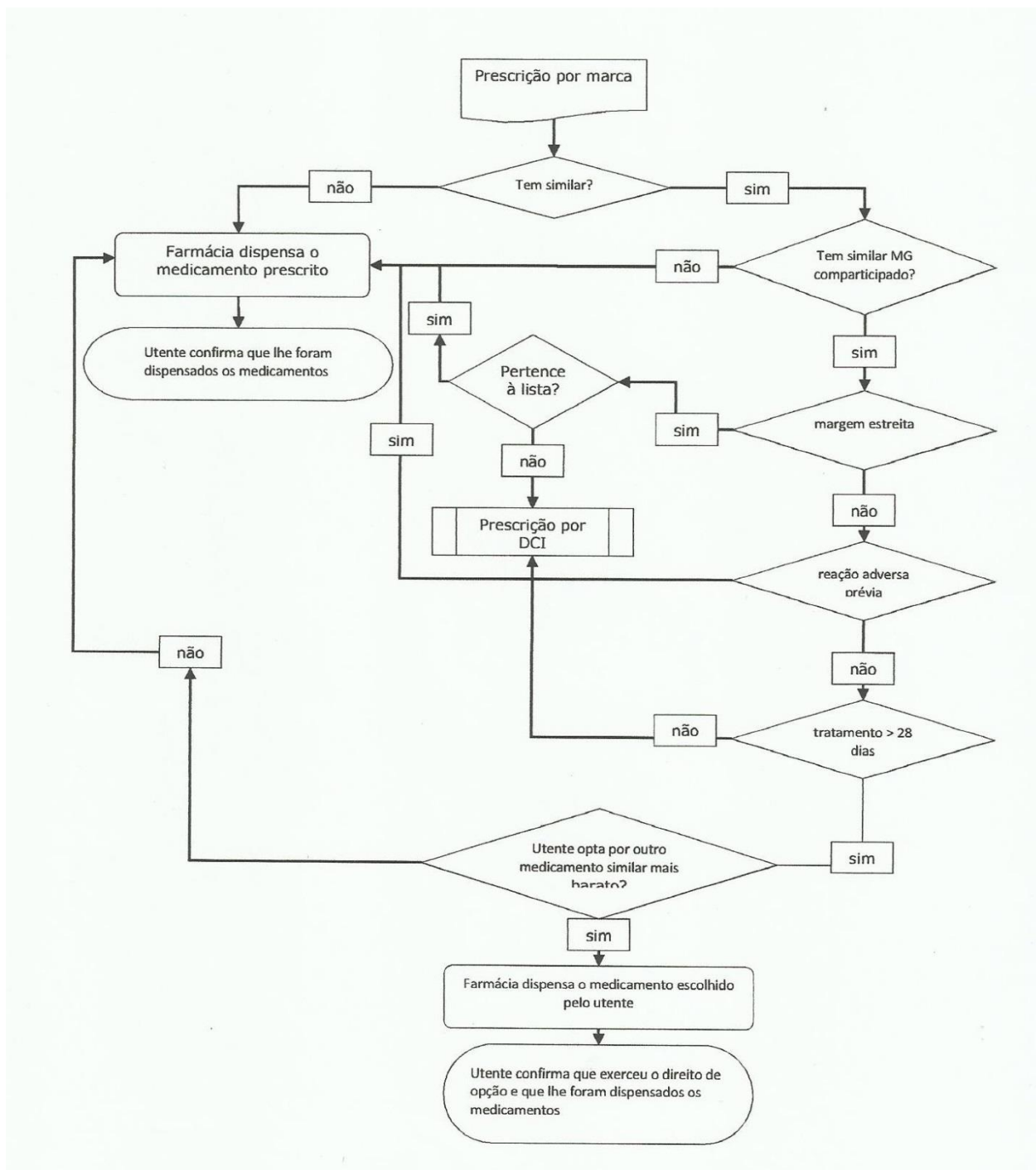
Prescrição manual	Prescrição eletrónica
Numeração da receita	Numeração da receita
Vinheta do médico prescriptor	Nome do médico prescriptor, especialidade, contacto telefónico e número da cédula profissional
Vinheta do local de prescrição (que assume a cor verde no caso de se tratar de um pensionista)	Local de prescrição e respectivo código
Nome do utente e número de beneficiário	Nome do utente, número de beneficiário e regime de comparticipação
Excepção assinalada explicando o motivo de receita manual	DCI ou nome da SA, forma farmacêutica, dose, apresentação, posologia, número de embalagens e Código nacional para prescrição electrónica
DCI ou nome da SA, forma farmacêutica, dose, apresentação, posologia, número de embalagens e Código nacional para prescrição electrónica	Data da prescrição
Data da prescrição	Assinatura do prescriptor informatizada
Assinatura do médico prescriptor	
Ausência de rasuras, caligrafias e canetas diferentes	

Anexo V – Procedimento a adotar perante uma prescrição por DCI



Fonte: INFARMED (2015). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Lisboa : Ministério da Saúde.

Anexo VI – Procedimento a adoptar perante uma prescrição por marca



Fonte: INFARMED (2015). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Lisboa : Ministério da Saúde.

Anexo VII – Declaração impressa no verso das prescrições manuais e materializadas

Declaro que:

me foram dispensadas as N embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.

Direito de opção*:

não exerci direito de opção

exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato**

exerci direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias***

Assinatura do Utente: _____

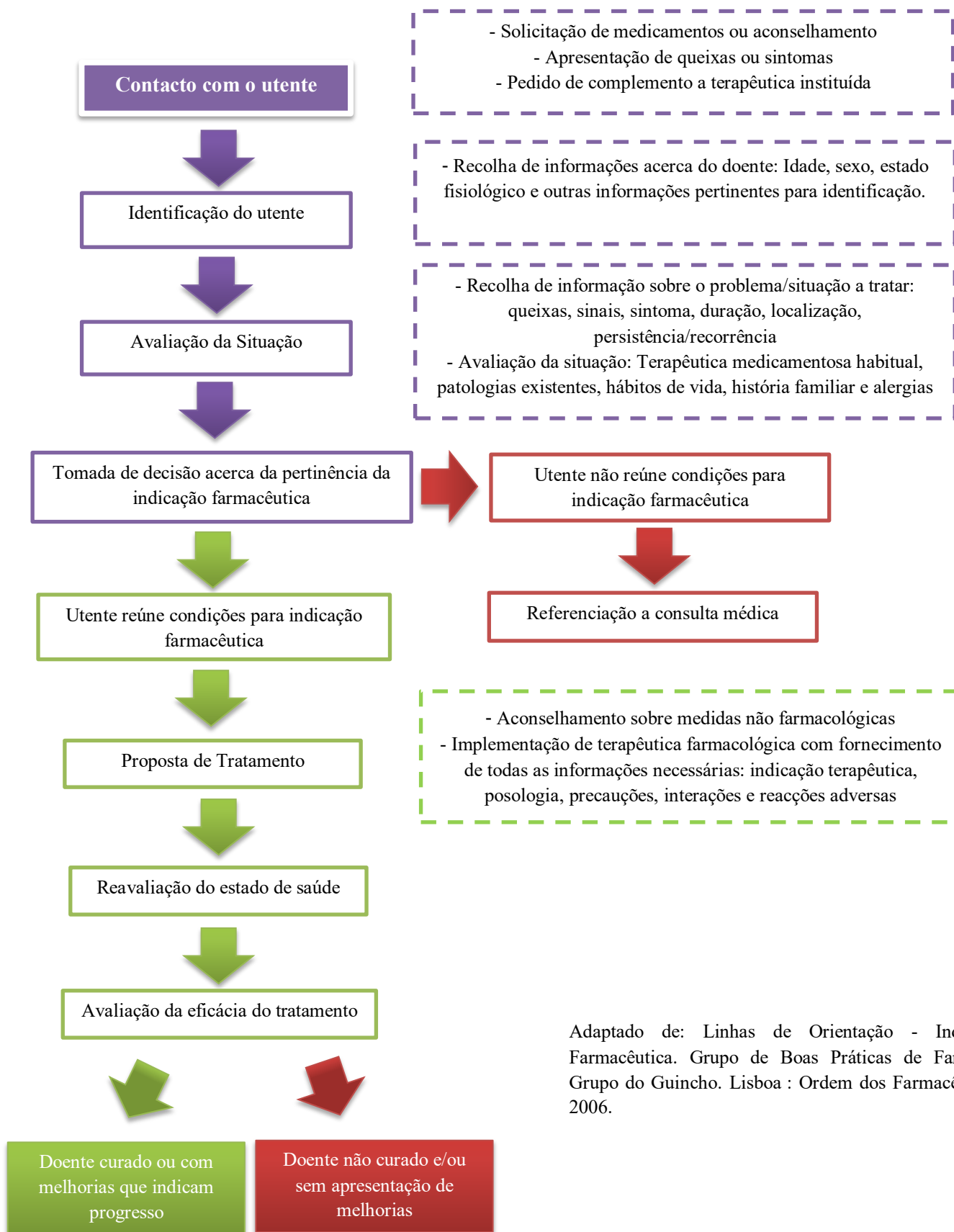
Fonte: INFARMED (2015). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Lisboa : Ministério da Saúde.

Anexo VIII – Tabela resumo das patologias sujeitas a regime especial de comparticipação

Patologia Especial	Âmbito	Comp.
Paramiloidose	Todos os medicamentos	100%
Lúpus	Medic. comparticipados	100%
Hemofilia	Medic. comparticipados	100%
Hemoglobinopatias	Medic. comparticipados	100%
Doença de alzheimer	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)
Psicose manico-depressiva	Priadel (carbonato de lítio)	100%
Doença inflamatória intestinal	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)
Artrite reumatóide e espondilite anquilosante	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho	69%
Dor oncológica moderada a forte	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%
Dor Crónica não oncológica moderada forte	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%
Procriação medicamente assistida	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%
Psoríase	Medic. psoríase	90%
Ictiose	Medicamentos referidos nos números 13.3.1, 13.3.2 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos - e 13.4.2.2 - Medicamentos usados em afeções cutâneas - do Grupo 13 do Escalão C da tabela anexa à Portaria n.º 78/2014, de 3 de abril	90 %

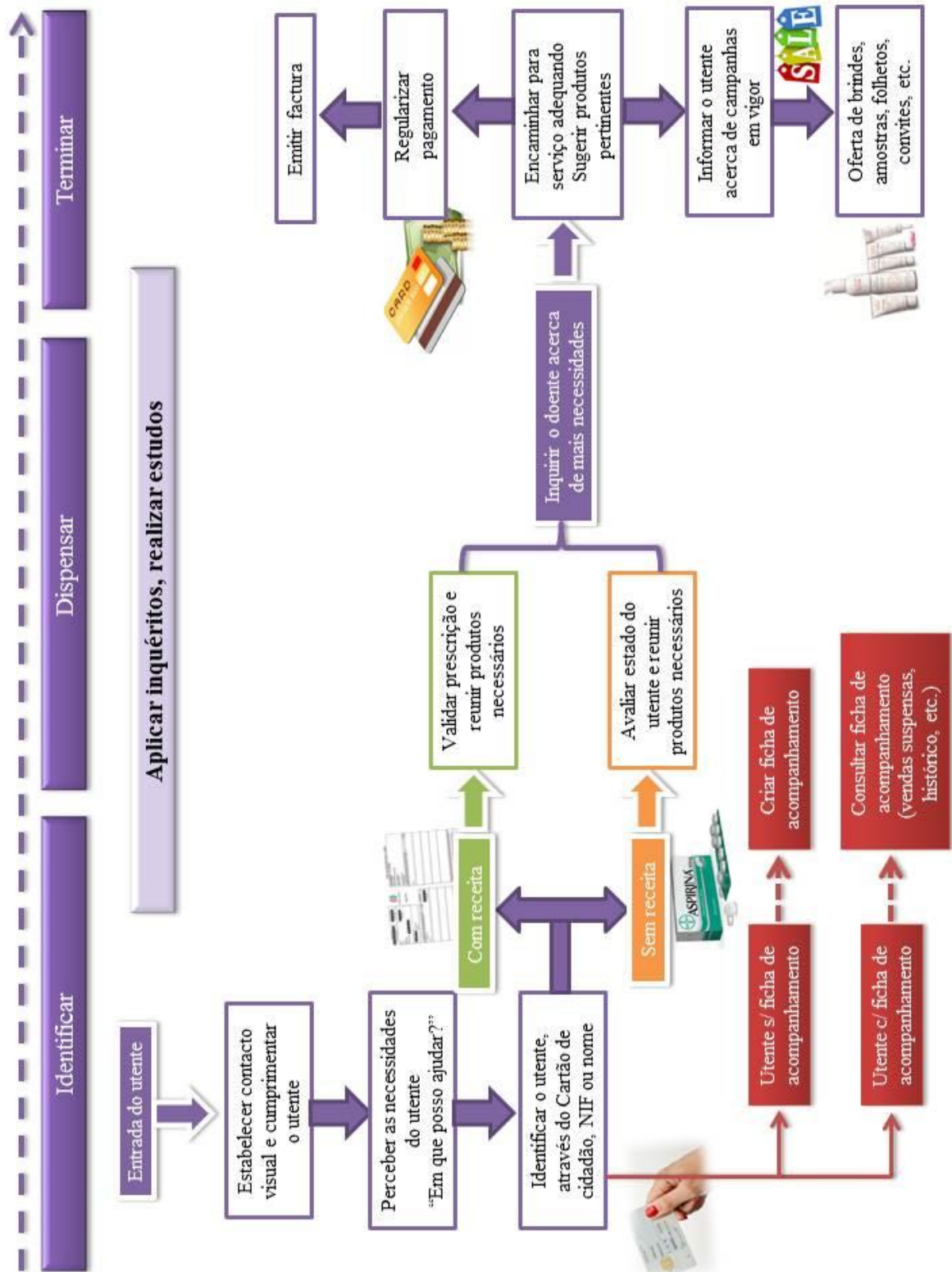
Fonte: INFARMED: Comparticipação de medicamentos. Acessível em: <http://www.infarmed.pt> [acedido em 12 de abril de 2016]

Anexo IX – Esquema de atuação perante uma situação de indicação farmacêutica



Adaptado de: Linhas de Orientação - Indicação Farmacêutica. Grupo de Boas Práticas de Farmácia, Grupo do Guincho. Lisboa : Ordem dos Farmacêuticos, 2006.

Anexo X – Script de atendimento ao público



Adaptado de: Manual de Eficiência Operacional: Glint.

Anexo XI – Norma de determinação da pressão arterial

OPL - ONE POINT LESSON

DETERMINAR E AVALIAR PRESSÃO ARTERIAL

1 Garantir o descanso prévio do cliente

2 Garantir que o cliente está corretamente sentado e que o braço está apoiado na mesa

3 Colocar a braçadeira de acordo com a imagem

4 Verificar o espaço de um dedo entre o braço e a braçadeira

5 Ajustar a braçadeira aproximadamente 2cm acima da dobra do cotovelo

6 Solicitar ao cliente que se mantenha descontraído e em silêncio durante a medição

7 Ligar a máquina

8 Aguardar resultado

9 Comparar resultado obtido com valor referência

CHECK SAÚDE		
	Sistólica (PAS)	Diastólica (PAD)
Pressão Arterial mmHg	< 120	< 80
	Ideal	Ideal
	120-129	80-84
	Normal	Normal
	130-139	85-89
	Normal-Alto	Normal-Alto
140-159	90-99	
Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 1	
≥ 160	≥ 100	
Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 2	

Nota: Se o resultado suscitar dúvidas e for necessário repetir medição, aguardar pelo menos 2 min.

1/2


Anexo XI – Norma de determinação da pressão arterial (continuação)

glintt | **OPL - ONE POINT LESSON**
DETERMINAR E AVALIAR
PRESSÃO ARTERIAL | **SRV**
SERVIÇOS

10 Interpretar o resultado e intervir em conformidade com a situação



11 Registrar o valor no cartão do utente e na ficha de acompanhamento do utente do Sifarma



12 Transferir valor para a app via Sifarma (se aplicável)



2/2

Adaptado de: Manual de Eficiência Operacional: Glint.

Anexo XII – Valores de referência da pressão arterial

Pressão Sistólica (mm Hg)	Pressão Sistólica (mm Hg)		Pressão Diastólica (mm Hg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal-Alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Arterial	140-159		90-99
	Grau 1		100-109
	Grau 2	160-179	
Grau 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	e	<90

Fonte: Norma nº 009/2014: Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. George, Francisco Henrique Moura: Direção Geral de Saúde, 2014.

Anexo XIII – Norma de determinação da glicemia capilar



OPL - ONE POINT LESSON
DETERMINAR E AVALIAR
GLICEMIA CAPILAR
(Aparelho autovigilância)



1 Preparar a bancada de trabalho



2 Colocar luvas justas



3 Desinfetar dedo com álcool a 70º



Nota: Massajar o dedo para estimular circulação. Lavar as mãos, antes de desinfetar com álcool a 70º, para remover suor ou gordura

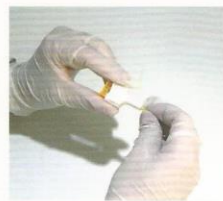
4 Deixar o álcool evaporar



5 Inserir a tira no aparelho



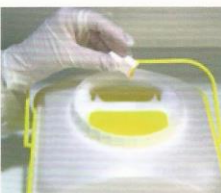
6 Preparar a lanceta descartável ou caneta profissional para realização de punção capilar



7 Segurar o dedo firmemente (dedo médio ou anelar) e picar na face lateral



8 Colocar a lanceta no contentor de resíduos do Grupo IV



9 Deixar formar uma gota de sangue



Anexo XIII – Norma de determinação da glicemia capilar (continuação)



OPL - ONE POINT LESSON
DETERMINAR E AVALIAR
GLICEMIA CAPILAR
 (Aparelho autovigilância)



10 Encostar a tira de teste à gota de sangue para “subir” por capilaridade



11 Aguardar o resultado e colocar o penso no dedo



12 Colocar os restantes resíduos nos respectivos contentores



13 Ler o resultado



14 Comparar resultado com valor de referência

Glicemia mg/dL	Jiujum	Ocasional
	70-109 Normal	< 140 Normal
110-125 Anomalia da glicemia em jiujum	140-199 Tolerância diminuída à glicose	
≥ 126 Diabetes	≥ 200 Diabetes	

15 Interpretar o resultado e intervir em conformidade com a situação



16 Registrar o valor no cartão do utente e na ficha de acompanhamento do utente do Sifarma



17 Transferir valor para a app via Sifarma (se aplicável)



2/2

Adaptado de: Manual de Eficiência Operacional: Glint.

Anexo XIV – Valores de referência da glicemia, colesterol e triglicerídeos

Parâmetro	Valor - alvo (mg/dL)
Glicemia (jejum)	<110
Colesterol total (jejum)	<190
Colesterol LDL (jejum)	<115
Colesterol HDL (jejum) nos Homens	>40
Colesterol HDL (jejum) nas Mulheres	>50
Triglicerídeos (jejum)	<150

Note-se que em indivíduos de alto risco, ou seja, com Diabetes tipo 2 e com DCV estabelecida os objetivos terapêuticos são:

- Colesterol total: <175 mg/dL (se possível <155 mg/dL)
- Colesterol LDL: <100 mg/dL (se possível 80 mg/dL)

Fonte: Norma nº 009/2014: Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. George, Francisco Henrique Moura: Direção Geral de Saúde, 2014.

Anexo XV – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do Doente: _____

Temos, nesta farmácia, o serviço _____ ao seu dispor com o objectivo principal de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.

Juntamente com esta declaração recebeu informações mais detalhadas do seu Farmacêutico sobre este serviço, o qual não substitui as consultas médicas nem as análises clínicas eventualmente prescritas pelo seu médico.

Convidamo-lo(a) a aderir, autorizando a constituição de um registo dos seus medicamentos, valores dos testes feitos na farmácia e o acompanhamento prestado, que será utilizado exclusivamente para efeitos de acompanhamento do seu estado de saúde nesta Farmácia e de articulação com o seu médico assistente, quando necessário.

A sua participação é inteiramente voluntária, podendo em qualquer momento desistir, sem que isso afecte negativamente o atendimento que recebe nesta farmácia.

Toda a informação que nos fornecer sobre si no âmbito deste serviço será sempre confidencial e anónima. O seu nome será do conhecimento exclusivo desta farmácia e do seu médico assistente caso seja necessário contactá-lo(a), não sendo nunca cedido a mais ninguém.

Nos termos da legislação em vigor, terá direito de acesso, correcção e eliminação destes dados, desde que o solicite pessoalmente nesta Farmácia.

A adesão é formalizada através do preenchimento da presente declaração, sendo-lhe atribuído um código, o qual nos permite, de forma mais rápida, identificar e actualizar o seu registo de medicamentos e outros parâmetros, para efeitos de acompanhamento na farmácia.

Nestes termos, declaro que:

- * Tomei conhecimento das condições de participação, as quais aceito.
- * Autorizo esta Farmácia a utilizar os meus dados pessoais.

____ / ____ / ____

(Assinatura do Doente)

(Assinatura do Farmacêutico)

IMRDPCFG.05.03

Fonte: Suzete Costa, Anabela Madeira, Maria Rute Horta, Rita Santos. Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? Associação Nacional de Farmácias. Lisboa : Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos, 2006.

Anexo XVI – Modelo da carta enviada ao médico caso seja realizada uma intervenção farmacêutico-doente-médico

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).,

Identificação do Doente:

Nome: _____

Idade: _____ Telefone: _____

Motivos de referência à consulta médica:

Intervenção farmacêutica efectuada:

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)	Regime Terapêutico	
	Prescrito	Que o doente faz

Determinações na Farmácia:

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dL)		Colesterol (mg/dL)	Triglicédeos (mg/dL)
						jejum	pós-prandial		

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÊUTICO	
FARMÁCIA	
TELEFONE	

Com os melhores cumprimentos,

Data: ___ / ___ / _____


Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia

IMRDPCFG.04.04

Fonte: Suzete Costa, Anabela Madeira, Maria Rute Horta, Rita Santos. Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? Associação Nacional de Farmácias. Lisboa : Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos, 2006.

Anexo XVII – Folha SOAP que documenta as intervenções de seguimento farmacoterapêutico

FOLHA SOAP[®]



Programas
de Cuidados
Farmacêuticos
Associação Nacional das Farmácias

1. Nome do Doente: _____ Tel.: _____
Médico Assistente: _____ Local de Trabalho: _____ Tel.: _____

2. Farmácia: _____ Cód. ANF: _____
Cód. Doente: _____ Sexo: ____ Idade: ____ Altura (m): _____ Data: ____ / ____ / ____
Estados Fisiopatológicos: _____ Alergias: _____

3. Dados Subjectivos:
(Informação / queixas relatadas pelo doente)

4. Dados Objectivos:
(Valores dos parâmetros determinados na Farmácia e outros exames)

Data	Valores que desencadearam a intervenção				
	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Col Total (mg/dL)	TG (mg/dL)	
____ / ____ / ____ <small>jj / pp / oc</small>					
____ / ____ / ____ <small>jj / pp / oc</small>					

jj = jejum, pp = pós-prandial, oc = ocasional

5. Avaliação:
(PRMs e outros problemas de saúde)

	Problema de saúde	C/NC	Medicamentos (Substância Activa e Posologia)	N	E	S	PRM
a)							
b)							
c)							
d)							
e)							
f)							

C/NC – Controlado / Não controlado; N – Necessidade; E – Efectividade; S – Segurança

6. Plano de Cuidados Farmacêuticos:
(Intervenção farmacêutica)

Reportei problema(s) _____ ao médico (contacto pessoal / telefone / carta)

Referenciei à consulta médica (rotina / imediata / urgente)

Prestei aconselhamento sobre terapêutica

Prestei aconselhamento sobre medidas não farmacológicas

Ensinei uso correcto dos dispositivos de autovigilância

Notifiquei Efeito Adverso / PRM 5 ao Serviço Nacional de Farmacovigilância

Outra: _____

Próx. consulta médica: ____ / ____ / ____ Próxima avaliação farmacêutica: ____ / ____ / ____ Tempo: ____ min.

Objectivos Terapêuticos	
Parâmetro	Valor

7. Resultado:

PRM(s) Reportado(s) ao médico	O médico iniciou / ajustou a terapêutica na sequência do reporte?			Problema de saúde resolvido?				
	Sim	Não	Data	Sim	Não	Data	Parâmetro	Valor Final
PRM(s) que desencadearam outra intervenção								

Nome do Farmacêutico: _____ Carteira Prof. n.º: _____

Para envio à ANF
© Copyright, Associação Nacional das Farmácias

IMPDPFCG.03.05


Fonte: Suzete Costa, Anabela Madeira, Maria Rute Horta, Rita Santos. Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? Associação Nacional de Farmácias. Lisboa : Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos, 2006.

Anexo XVIII – Folha de registo da terapêutica

REGISTO DA TERAPÊUTICA

Nome do Doente: _____

Cód. Doente: _____ **Data:** ___ / ___ / ___



Programas
de Cuidados
Farmacêuticos
Associação Nacional das Farmácias

Medicamento (Nome e dosagem)	Indicação Terapêutica	Regime Terapêutico	Data início	Informação do doente*	Data fim (se aplic.)

***Questões-chave:**


1. Sabe para que toma?
2. Desde quando?
3. Como toma habitualmente?
4. Acha que está a resultar? Está satisfeito?
5. Tem sentido algum desconforto?

Rubrica do Farmacêutico: _____

© Copyright, Associação Nacional das Farmácias
IMPDPFCFG.08.02

Fonte: Suzete Costa, Anabela Madeira, Maria Rute Horta, Rita Santos. Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? Associação Nacional de Farmácias. Lisboa : Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos, 2006.

Anexo XIX – Folha de registo de parâmetros antropométricos e bioquímicos



Programas de Cuidados Farmacêuticos
Associação Nacional das Farmácias

Nome do Doente: _____

Médico Assistente: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Altura (m): _____

Tel.: _____

Local de Trabalho: _____

Estados Fisiopatológicos: _____

Cód. Doente: _____

Tel.: _____

Alergias: _____

REGISTO DE PARÂMETROS

	Objectivos Terapêuticos	Data:		Data:		Data:		Data:		Data:	
		Hora:	hora-principal	hora-principal	hora-principal	hora-principal	hora-principal	hora-principal	hora-principal	hora-principal	hora-principal
Peso (kg)											
IMC (kg/m ²)											
Pulsação (bpm)											
Pressão Arterial (mmHg)											
Glicemia (mg/dL)											
Colesterol Total (mg/dL)											
Triglicédeos (mg/dL)											
Observações											

© Copyright, Associação Nacional das Farmácias

FPFC/CD/07/03

Fonte: Suzete Costa, Anabela Madeira, Maria Rute Horta, Rita Santos. Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? Associação Nacional de Farmácias. Lisboa : Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos, 2006.

Anexo XX – Folheto informativo entregue, aos utentes, referente à prática de consultas de cuidados farmacêuticos

CONSULTA

de revisão da terapêutica

Contactos

 Rua 25 Abril Espaço Guimarães loja 1.23
4835-400
GUIMARÃES

 253 416 424

 dias.machadoenc@sapo.pt

 www.facebook.com/Farmacia-Dias-Machado

Lembre-se...

Este serviço (gratuito numa fase inicial) tem como objectivo melhorar os resultados da sua medicação.

Queremos não só pensar-lhe os medicamentos correctos, mas também ajudá-lo a tirar o máximo partido da sua medicação.

Anexo XX – Folheto informativo entregue aos utentes referente à prática de consultas de cuidados farmacêuticos (continuação)

O QUE É A REVISÃO DA TERAPÉUTICA?

São cada vez mais os medicamentos que temos actualmente à nossa disposição. Se por um lado essa é uma vantagem para todos os doentes, por outro acarreta alguns riscos de utilização que importa ter em conta.

Os diversos fármacos que temos ao nosso dispor servem para auxiliar o tratamento de muitas patologias, mas se não forem correctamente utilizados podem agravar o seu estado de saúde.

É com este intuito que surge, na sua farmácia, a consulta de revisão da terapêutica: porque nos preocupamos consigo.

QUAIS OS BENEFÍCIOS DESTA SERVIÇO?

A consulta de revisão da terapêutica pretende fazer uma avaliação dos medicamentos que toma, de modo a identificar e resolver eventuais problemas. Procuraremos ainda aumentar o seu conhecimento acerca dos diversos medicamentos.

Pretendemos acima de tudo responder às suas perguntas.

“A que se destina este medicamento?”

“Quantas vezes por dia posso tomar? E de quanto em quanto tempo?”

“Devo tomar antes ou depois da refeição? Deve ser de manhã em jejum?”

“Tenho sentido algumas alterações desde que tomo a medicação. É normal?”

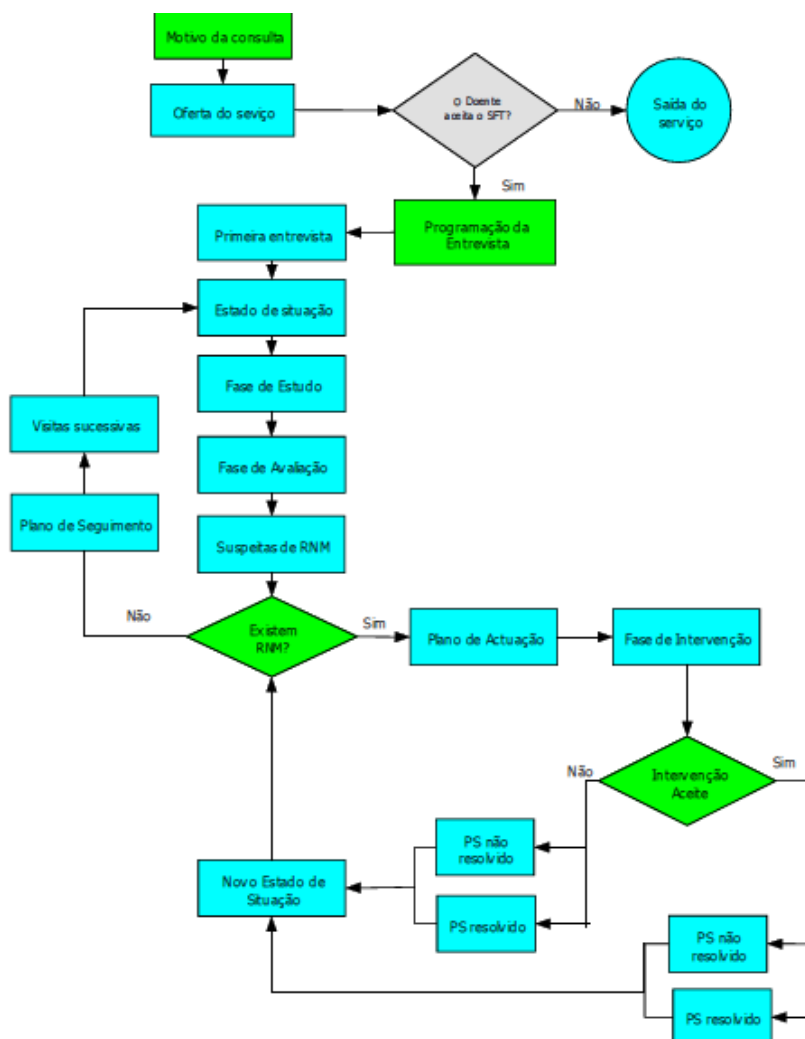
“Em que local devo guardar os meus medicamentos? Durante quanto tempo?”

Como usufruir deste serviço?

Para poder fazer parte deste projecto da sua farmácia terá apenas de se dirigir a um dos nossos colaboradores para marcar a consulta de revisão da terapêutica.

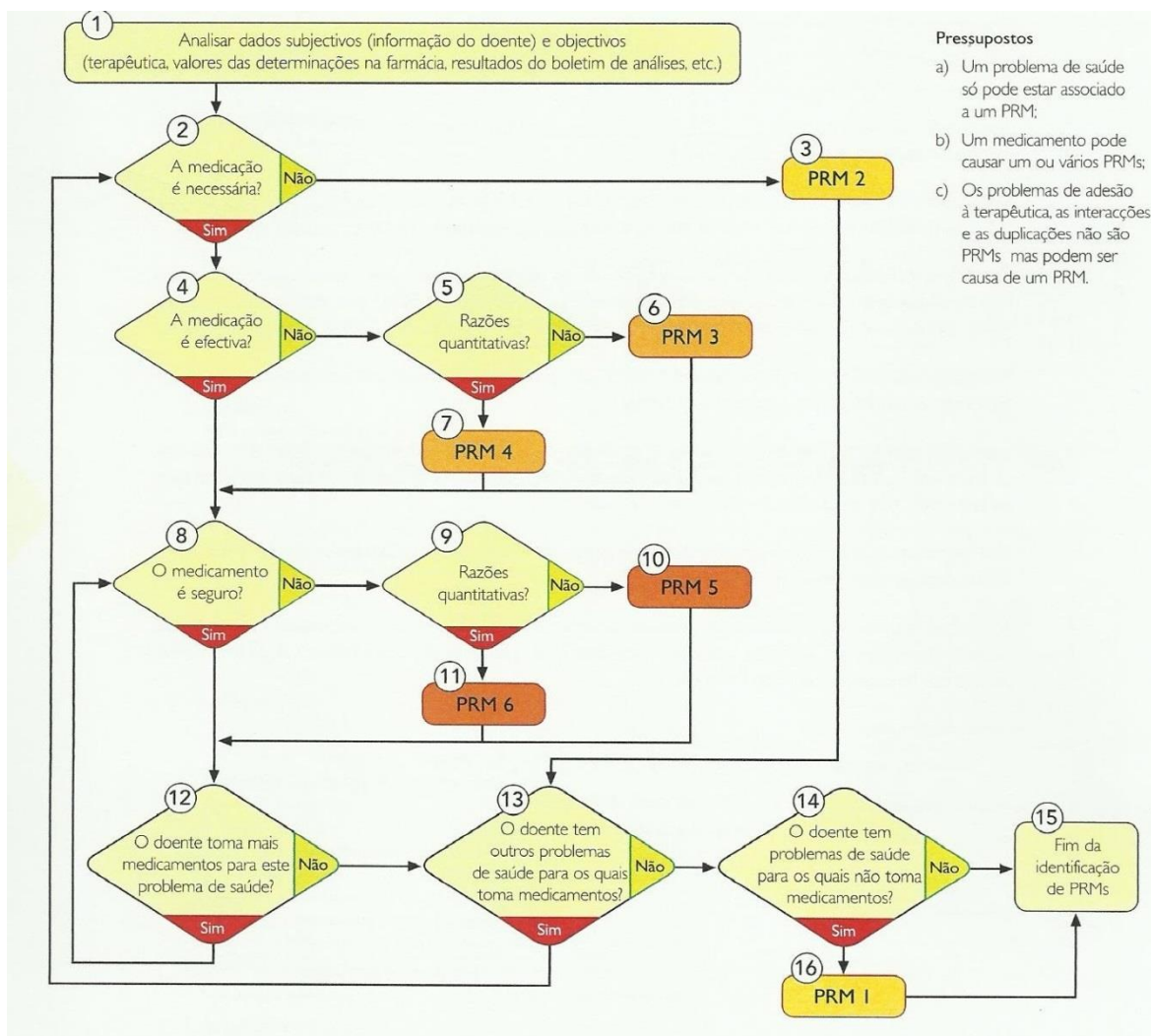
Para a consulta deverá trazer o “saco dos medicamentos” no qual deverá colocar todos os medicamentos, suplementos alimentares e ainda chás que se encontre a tomar.

Anexo XXI – Esquema representativo das etapas de Seguimento Farmacoterapêutico



Fonte: Santos HM. Ferreira PI. Ribeiro PL. Cunha I. (2007). Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico. Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona.

Anexo XXII – Fluxograma de avaliação de Problemas Relacionados com a Medicação



Fonte: Suzete Costa, Anabela Madeira, Maria Rute Horta, Rita Santos. Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? Associação Nacional de Farmácias. Lisboa : Associação Nacional de Farmácias, Programa de Cuidados Farmacêuticos, 2006.

Anexo XXIII – Folha de registo da terapêutica referente ao utente estudo de caso

REGISTO DA TERAPÊUTICA

Nome do Doente: _____

Cód. Doente: HR202 Data: 15 / 06 / 16

Medicamento (Nome e dosagem)	Indicação Terapêutica	Regime Terapêutico	Data início	Informação do doente*	Data fim (se aplic.)
Espirondolona 25mg (Atecorone)	HTA	0+1+0+0	2015	Queixa-se de aumento da frequência urinária	—
Alprazolam 0,25mg (Paxolam)	Ansiedade	1+0+0+1	—	—	—
Ecoxetilol 25mg (Coronat)		0+0+2+0	—	—	—
Ácido Acetilsalicílico 150mg Tromalyt	EAH	0+0+1+0	2015	—	—
Elopidogrel 75mg (Amus)	EAH	0+1+0+0	2015	—	—
Furosemida 40mg (Legix)	HTA	1/2+0+1/2+0	—	—	—
Remipril 2,5mg (Aktea)	HTA	1+0+1+0	—	—	—
Metformina 500mg (Auzabando)	Diabetes II	2+0+1+0	2014	Referer que não faz autocontato frequentemente e qd faz tem valores em torno de 160mg/dL	—
Finasterida 5mg (Impmuve)	H3P	1+0+0+0	2015	—	—
Tamsulosina 0,4mg (Nepha)	H3P	1+0+1+0	1996	—	—
Rantoprazol 20mg (Giolite)	Proteção Gástrica	1+0+0+0	—	—	—
Atorvastatina 40mg (Ucleru)	Hipercolesterolemia	0+0+0+1	—	—	—

*Questões-chave:

1. Sabe para que toma?
2. Desde quando?
3. Como toma habitualmente?
4. Acha que está a resultar? Está satisfeito?
5. Tem sentido algum desconforto?

Rubrica do Farmacêutico: _____

Anexo XXIV – Carta enviada ao médico na sequência da intervenção farmacêutico-doente-médico referente ao estudo de caso

Exmo(a). Sr(a). Dr(a). _____

Identificação do Doente:

Nome: _____
 Idade: 76 anos Telefone: _____

Motivos de referência à consulta médica:

O utente apresenta dúvidas relativas à posologia de alguns medicamentos. Existe também um problema relacionado com a utilização concomitante de Ramipril 2,5 mg e Espironalactona 25 mg, visto existe uma advertência na utilização conjunta destes medicamentos por serem ambos potentes de potássio.

Intervenção farmacêutica efectuada:

Foi efectuada uma consulta de cuidados farmacêuticos na qual foi avaliada a medicação do utente e estado geral de saúde. Nesta consulta foi aconselhado a monitorização e registo da glicémia (porque não fazia) e foi dispensado terbutalina 2mg/gxime e cyleal sol. entenco para tratamento de uma tinha corpórea.

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)	Regime Terapêutico	
	Prescrito	Que o doente faz
Alprazolam 0,25 mg comp.	1+0+0+1	0+0+0+1
Ramipril 2,5 mg comp.	1+0+1+0	1+0+0+0
Espironalactona 25 mg comp.	0+1+0+0	0+1+0+0
Caeredol 25 mg comp.	2+0+2+0	1+0+1+0 1+0+1+0
Ácido acetilsalicílico 150mg comp.	0+0+1+0	0+1+0+0

Determinações na Farmácia:

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicémia (mg/dL)		Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)
						jejum	pós-prandial		

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÊUTICO	Paulo Silva
FARMÁCIA	Dias Machado
TELEFONE	253 416 424

Com os melhores cumprimentos,


[Assinatura]
 Farmácia Dias Machado, Lda
 Dra. Maria Antónia Dias Machado
 Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia
 Tel: 253 416 424
 NIF: 501 261 915

Data: 15/06/2016

IMRDFCFEG.04.04

Anexo XXV – Folha SOAP referente ao estudo de caso

FOLHA SOAP®



Programas de Cuidados Farmacêuticos
Associação Nacional de Farmácias

1. Nome do Doente: _____ Tel.: _____
Médico Assistente: _____ Local de Trabalho: Reformado Tel.: _____

2. Farmácia: Dias Machado Cód. ANF: _____
Cód. Doente: HRM02 Sexo: M Idade: 76 Altura (m): _____ Data: 03/06/2016
Estados Fisiopatológicos: HTA; HBP; EAM; Insuficiência Cardíaca; Hipocolesterolémia; Diabetes II Alergias: _____

3. Dados Subjectivos:
 (Informação / queixas relatadas pelo doente)
Doente refere umas manchas na zona das bochechas que lhe causam algum burreio e desconforto.

4. Dados Objectivos:
 (Valores dos parâmetros determinados na Farmácia e outros exames)

Data	Valores que desencadearam a intervenção				
	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Col Total (mg/dL)	TG (mg/dL)	
ii / pp / oc		<u>360</u>			
ii / pp / oc					

ii = jejum, pp = pós-prandial, oc = ocasional

5. Avaliação:
 (PRMs e outros problemas de saúde)

Problema de saúde	C/N/C	Medicamentos (Substância Activa e Posologia)	N	E	S	PRM
a) HTA		Espezalocione 25mg Furosemida 40mg Ramipril 2,5mg	S	S	N	S
b) HBP		Finasterida 5mg Tamsulosina 0,4mg	S	S	S	—
c) EAM		Acido Acetilsalicílico 150mg Elopidogrel 75mg	S	S	S	—
d) Ins. Cardíaca		Carvedilol 25mg	S	S	S	—
e) Hipocolesterolémia		Atorvastatina 40mg	S	S	S	—
f) Diabetes Mellitus II		Metformina 500mg	S		S	—

C/N/C – Controlado / Não controlado; N – Necessidade; E – Efectividade; S – Segurança

6. Plano de Cuidados Farmacêuticos:
 (Intervenção farmacêutica)

Reportei problema(s) PRM tipo 5 ao médico (contacto pessoal / telefone / carta)

Referenciei à consulta médica (rotina / imediata / urgente)

Prestei aconselhamento sobre terapêutica

Prestei aconselhamento sobre medidas não farmacológicas

Ensinei uso correcto dos dispositivos de autovigilância

Notifiquei Efeito Adverso / PRM 5 ao Serviço Nacional de Farmacovigilância

Outra: _____

Próx. consulta médica: 16/06/2016 Próxima avaliação farmacêutica: ___/___/___ Tempo: ___ min.

Objectivos Terapêuticos	
Parâmetro	Valor
Glicémia	<u>< 130</u>
Colsterol T	<u>190</u>
PSA	<u>< 4ng/ml</u>
HTA	<u>140/90</u>

7. Resultado:

PRM(s) Reportado(s) ao médico	O médico iniciou / ajustou a terapêutica na sequência do reporte?			Problema de saúde resolvido?				
	Sim	Não	Data	Sim	Não	Data	Parâmetro	Valor Final
<u>PRM 5 (Interação)</u>								
PRM(s) que desencadearam outra intervenção								

Nome do Farmacêutico: _____ Carteira Prof. nº: _____

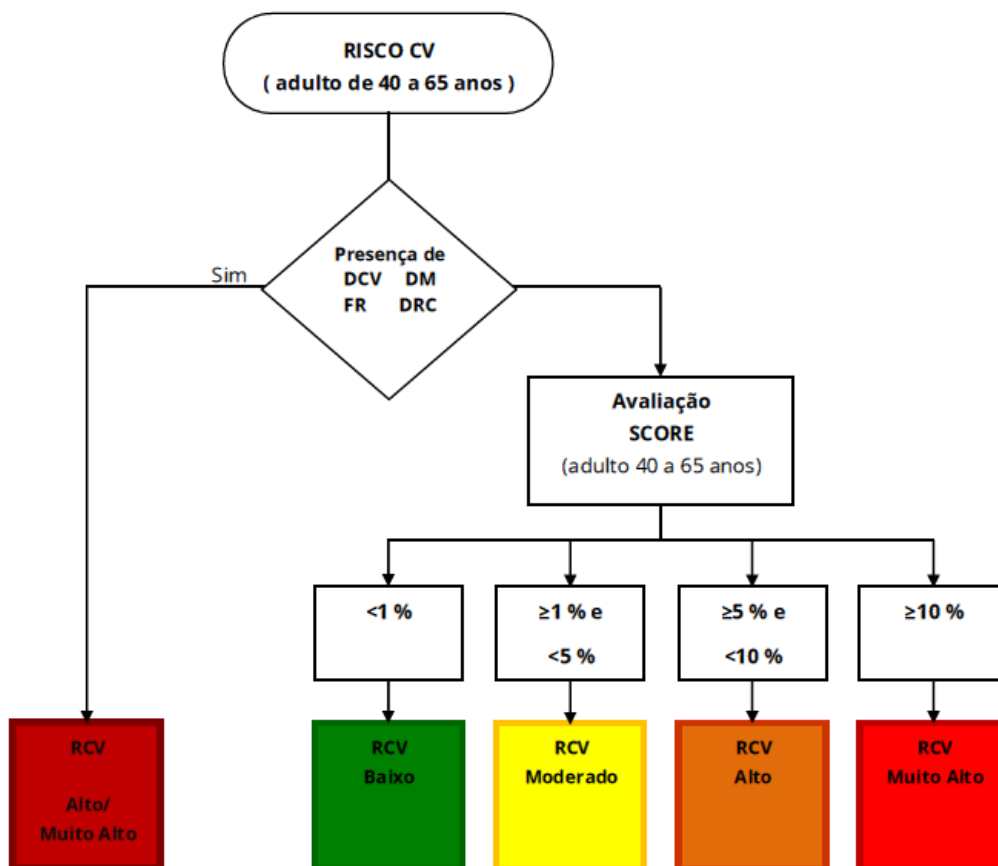
Para envio à ANF
© Copyright Associação Nacional de Farmácias

Anexo XXVI - Fatores e marcadores envolvidos no processo de aterosclerose

Marcadores inflamatórios	Marcadores hemostáticos/trombóticos	Fatores plaquetários	Factores lipídicos	Outros fatores
Proteína C reativa	Fibrinogénio	Agregação Plaquetária	Lipoproteína a (LP(a))	Hemocisteína
Interleucinas	Fator von Willebrand	Atividade Plaquetária	APO A e B	Lipase A2
Moléculas de adesão	Pró-trombina	Tamanho e volume de Plaquetas	LDL-oxidadas	Microalbuminúria
CD40	Fatores V, VII e VIII			Polimorfismo APO E
Proteína amilóide A sérica	Dímero D Fibrinopeptídeo A PAI-1 Ativador Plasminogénio Tecidual			Agentes infecciosos

Fonte: Maria G.V. Gottlieb, Gislaine Bonardi, Emilo H. Moriguchi. (2005). Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*; 15

Anexo XXVII – Diagrama de avaliação do risco cardiovascular de acordo com a ferramenta SCORE



DCV - doença cardiovascular (enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica);

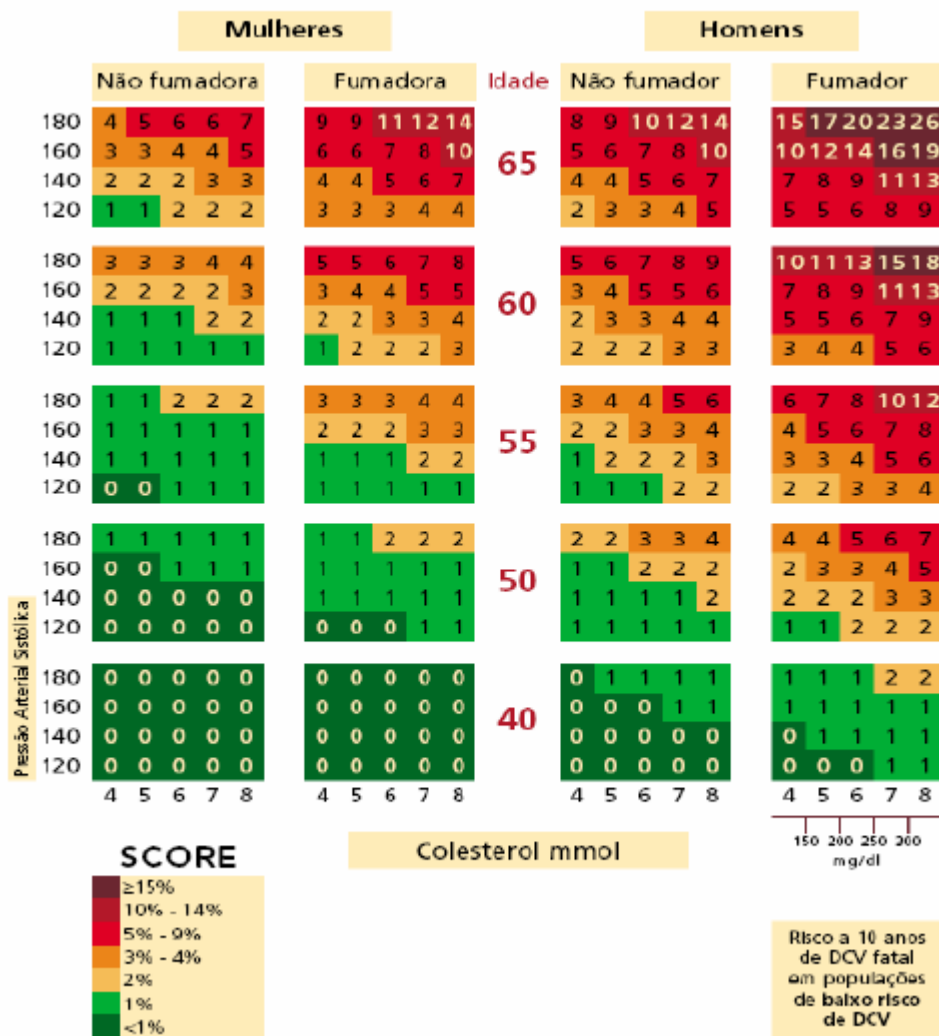
DM - diabetes mellitus, tipo 2 ou tipo 1 (com um ou mais fatores de risco cardiovascular ou lesão dos órgãos-alvo tal como microalbuminúria);

FR - fatores de risco vascular isolados, muito elevados (hipertensão arterial grave, de grau 3, ou dislipidemia familiar);

DRC - doença renal crónica moderada a grave (taxa de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m2).

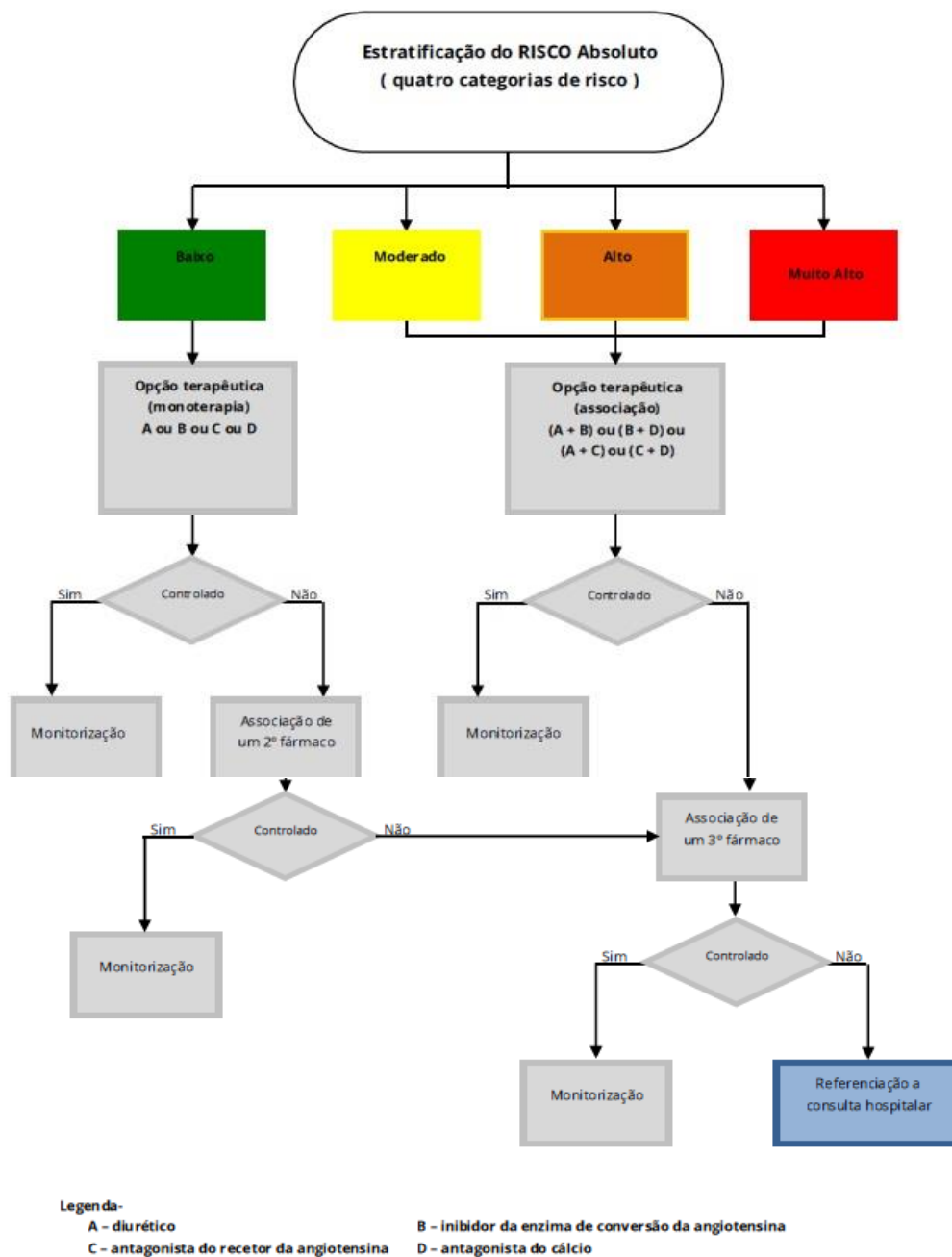
Fonte: Norma nº 009/2014: Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. George, Francisco Henrique Moura: Direção Geral de Saúde, 2014.

Anexo XXVIII – Tabela para avaliação do risco cardiovascular em adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos



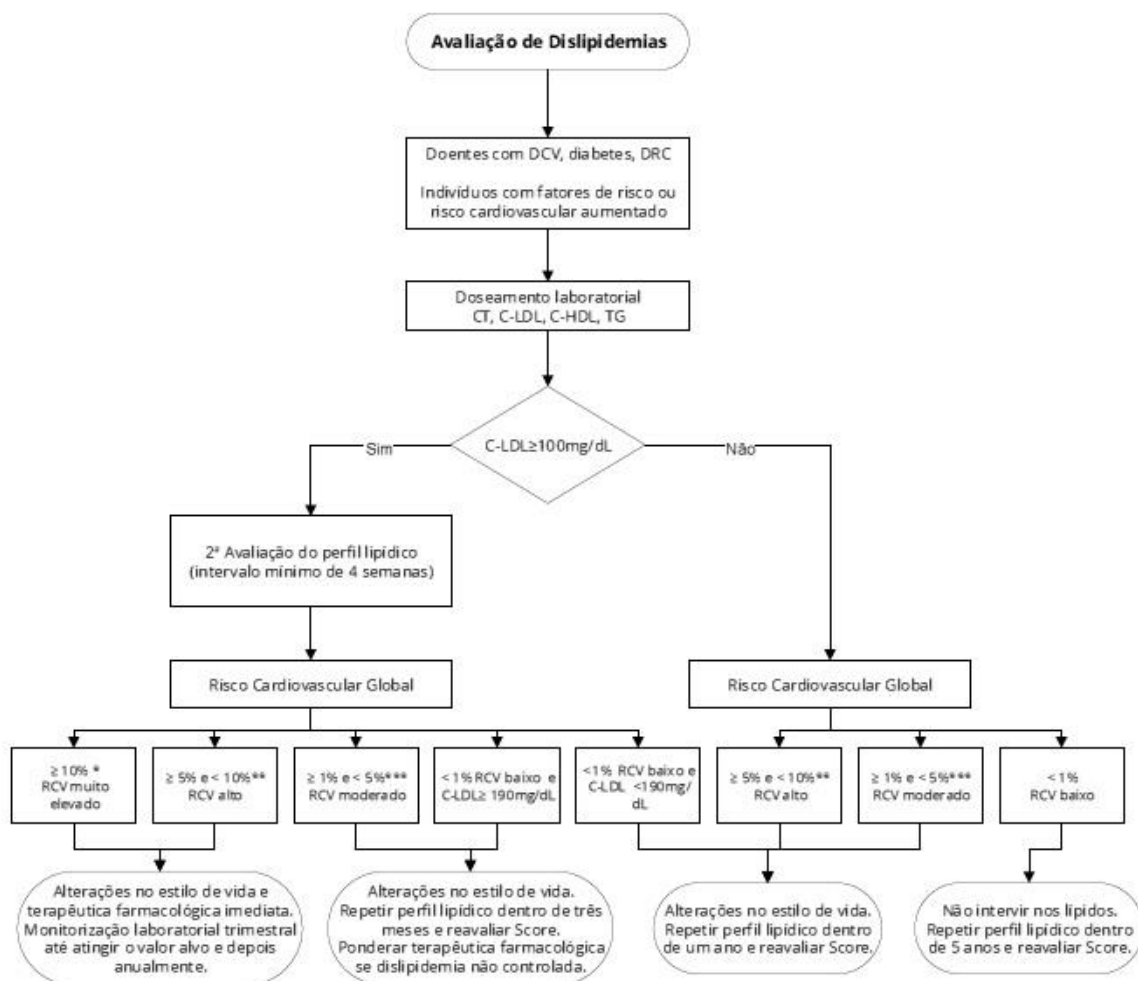
Fonte: Noma nº 005/2013: Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). George, Francisco Henrique Moura: Direção Geral de Saúde, 2015.

Anexo XXIX – Abordagem terapêutica da hipertensão arterial em indivíduos com risco cardiovascular



Fonte: Norma nº 009/2014: Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. George, Francisco Henrique Moura: Direção Geral de Saúde, 2014.

Anexo XXX – Abordagem terapêutica da dislipidemia em indivíduos com risco cardiovascular



Fonte: George, Francisco Henrique Moura. Norma n ° 019/2011: Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Direção Geral de Saúde, 2011.

Anexo XXXI – Tabela resumo das sessões de formação frequentadas

Laboratório	Tema	Data	Duração
Avene	Gama completa da Avene	07/03/2016	8 Horas
Avene	Fotoproteção e Dermatite atópica	08/03/2016	210 Minutos
Bioderma	Gama completa da Bioderma	10/05/2016	6 Horas
Elancyl	Gama completa da Elancyl	23/03/2016	210 Minutos
Ellaone	Contraceção de emergência	11/05/2016	120 Minutos
Isdin	Fotoproteção e saúde bucodentária	21/06/2016	120 Minutos
La Roche Posay	Fotoproteção	24/05/2016	210 Minutos
Merck	Dor e mobilidade	08/03/2016	120 Minutos
Theralab	Produtos adelgaçantes e de emagrecimento	18/04/2016	120 Minutos
Vichy	Novos lançamentos	12/05/2016	120 Minutos



**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2015-16**

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

Centro Hospitalar do Porto

Cristiana da Conceição Ferreira Almeida da Silva

M

2015-16

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Centro Hospitalar do Porto
Janeiro de 2016 a fevereiro de 2016

Cristiana da Conceição Ferreira Almeida da Silva

Pedro Miguel Faria Monteiro

Ricardo Filipe Pires Nascimento

Vera Sofia Alves Moreira

Orientadora: Dr.^a Teresa Almeida

Julho de 2016

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

À Doutora Teresa Almeida por, não só ter proposto os Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto como acetores de alunos em estágio curricular, como também pela sua amabilidade e ajuda omnipresente.

À Doutora Patrocínia Rocha pela forma apaixonada e, sobretudo, apaixonante com que nos apresentou os Serviços Farmacêuticos assim como a sua visão prospetiva para a sua evolução no futuro.

A todos os técnicos, assistentes operacionais e auxiliares pela dedicação e brio prestados na sua missão profissional que nos serviu de compasso e inspiração no nosso papel a desempenhar.

Ao corpo farmacêutico pelo seu acompanhamento incondicional pelos diversos processos e pelos valiosos ensinamentos ministrados apontados às valências do Farmacêutico Hospitalar como Profissional interventivo na Saúde.

RESUMO

No sentido de colocar em prática todos os fundamentos teóricos adquiridos durante o percurso académico no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, está estabelecido que a formação prática do aluno deve constar do seu plano curricular. Assim, surgiu o período de estágio em farmácia hospitalar que foi realizado no Centro Hospitalar do Porto e que teve a duração de 2 meses.

Durante o referido estágio foi possível conhecer o funcionamento de cada um dos sectores que compõem os SF: Armazém, Produção, Distribuição e Ensaio Clínicos. Divididos em grupos de dois elementos, foi passada uma semana em cada um dos serviços para que todos observassem a organização e a realidade de cada um deles. Neste sentido, foi possível colocar em prática muitos dos conhecimentos adquiridos ao longo dos cinco anos de formação e, além disso, ter uma noção mais realista das funções e do contexto profissional do Farmacêutico Hospitalar, das suas valências e importância num hospital central.

Assim, esta foi uma experiência de aprendizagem não só a nível profissional, mas também a nível pessoal, servindo deste modo para o desenvolvimento e crescimento enquanto profissionais de saúde.

ÍNDICE

1) Hospital de Santo António.....	1
1.1) Os Serviços Farmacêuticos	1
1.1.1) Organização, Funções e Responsabilidades	1
1.1.2) Recursos humanos	2
1.1.3) Sistema Informático	2
2) Seleção, aquisição, receção e armazenamento de medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos	3
2.1) Seleção e Aquisição.....	3
2.2) Receção e Conferência	4
2.3) Armazenamento	4
3) Produção.....	5
3.1) Medicamentos Não Estéreis.....	5
3.2) Medicamentos Estéreis.....	6
3.3) Nutrição Parentérica.....	7
3.4) Unidade de Farmácia Oncológica	8
3.5) Fracionamento e reembalamento.....	9
4) Distribuição	9
4.1) Distribuição Clássica.....	9
4.2) Distribuição Individual Diária e em Dose Unitária	10
4.3) Distribuição em Farmácia de Ambulatório	12
5) Ensaio Clínicos.....	13
6) Cuidados Farmacêuticos.....	16
7) Utilização de antídotos no CHP: um caso de estudo.....	16
Bibliografia	21
Anexos.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

AIM – Autorização de Introdução no Mercado
AOP – Assistente Operacional
APCER – Associação Portuguesa de Certificação
APF – Armazém de Produtos Farmacêuticos
APT – Alimentação Parentérica Total
AT – Assistente Técnico
AUE – Autorização de Utilização Especial
BPF – Boas Práticas de Fabrico
BZD – Benzodiazepinas
CA – Conselho de Administração
CdM – Circuito do Medicamento
CE – Comissão de Ética
CFLv – Câmara de Fluxo Laminar Vertical
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHKS – *Comparative Health Knowledge Systems*
CIAV – Centro de Informação Anti-Venenos
CICA – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte
CTX – Citotóxicos
DCI – Denominação Comum Internacional
DID – Distribuição Individual Diária
DIDDU – Distribuição Individual Diária e Dose Unitária
EC – Ensaio Clínicos
EPE – Entidade Pública Empresarial
FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
HD – Hospital de Dia
HGSA – Hospital Geral de Santo António
HJU – Hospital Joaquim Urbano
HLS – *Hospital Logistic System*
HMP – Hospital Maria Pia
INCM – Instituto Nacional-Casa da Moeda
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
MJD – Maternidade Júlio Dinis
PDA – *Personal Digital Assistant*
PF – Produtos Farmacêuticos
PRM – Problemas Relacionados com a Medicação
SF – Serviços Farmacêuticos

SNC – Sistema Nervoso Central

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

TSS – Técnicos Superiores de Saúde

UEC – Unidade de Ensaio Clínicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UFA – Unidade de Farmácia de Ambulatório

UFO – Unidade de Farmácia Oncológica

1) Hospital de Santo António

Visto como um hospital de referência, o Hospital Geral de Santo António (HGSA) existe desde Agosto de 1799 e é considerado um dos melhores hospitais a nível nacional. Sendo um hospital central e universitário, promove o ensino e a inovação nas áreas científicas, procurando uma preparação exímia para futuros profissionais de saúde [1].

O Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro estabeleceu o Centro Hospitalar do Porto que se tornou numa Entidade Pública Empresarial (EPE), por fusão do Hospital Geral de Santo António, com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia (HMP) e a Maternidade Júlio Dinis (MJD) [2, 3]. O Decreto-Lei n.º 30/2011 veio integrar no CHP o Hospital Joaquim Urbano (HJU) [4]. Da fusão do HMP e da MJD resultou o Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN).

1.1) Os Serviços Farmacêuticos

Os Serviços Farmacêuticos (SF) Hospitalares são regulados pelo Decreto-Lei n.º 44/204 de 2 de Fevereiro de 1962, que afirma que estes constituem uma importante estrutura dos cuidados de saúde fornecidos em meio hospitalar. Os SF afirmam-se como sendo departamentos com inteira autonomia técnica e científica, assegurando a terapêutica medicamentosa aos doentes por integração nas equipas de cuidados de saúde, promovendo ainda ações de investigação científica e de ensino [5, 6].

Uma das principais funções dos SF é a gestão dos medicamentos e Produtos Farmacêuticos (PF), que pode ser definida como sendo um conjunto de procedimentos que visam garantir a sua dispensa em perfeitas condições, procurando ainda assegurar o seu bom uso. Assim sendo, facilmente se compreende que a gestão de medicamentos inclui várias etapas: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e administração ao doente, todas imprescindíveis para o cumprimento dos propósitos referidos [6].

1.1.1) Organização, Funções e Responsabilidades

Os SF encontram-se situados no piso 0 do Edifício Neoclássico do HGSA, à exceção do Armazém de Soluções Injetáveis de Grande Volume e da Unidade de Farmácia Oncológica (UFO) que se localizam no edifício Dr. Luís de Carvalho (junto ao Hospital de Dia) nos pisos 0 e 1, respetivamente. Nos SF do CHP também se incluem as farmácias satélite do CMIN e HJU que se localizam nas unidades hospitalares correspondentes.

Estes encontram-se divididos em vários setores nomeadamente o Armazém de Produtos Farmacêuticos (APF), Produção (Não Estéreis, Estéreis, UFO e fracionamento/reembalamento), Distribuição (Clássica, Individual Diária e em Ambulatório) e Ensaio Clínicos (EC).

O Sistema de Controlo da Qualidade existe no CHP desde a sua formação e realça as políticas e procedimentos necessários para melhoria e controlo das diversas atividades e processos fundamentais [7]. O CHP encontra-se certificado pelo Comparative Health Knowledge Systems (CHKS) e pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER) cumprindo a norma NP EN ISO 9001:2008. Neste sentido, os SF possuem guias para as funções e tarefas que são executadas diariamente no serviço – as Instruções de Trabalho – as quais são sujeitas frequentemente a revisões e auditorias para que se mantenham atualizadas. No HGSA é utilizada a filosofia Kaizen na qual está incluída o sistema Kanban para que haja uma gestão mais eficaz e organizada dos stocks evitando a rotura. O kanban é um cartão que assume várias cores consoante o armazém ou o tipo de produto a que corresponde (Anexo I) e contém todas as informações sobre

o produto, tais como código de barras interno, Designação Comum Internacional (DCI), ponto de encomenda, quantidade a encomendar e localização do medicamento/PF.

Os SF possuem funções importantes no circuito do medicamento, como a aquisição de PF, o seu armazenamento, produção, farmácia clínica, farmacocinética, farmacovigilância, cuidados farmacêuticos, participação em ensaios clínicos, preparação de nutrição parentérica e promoção de uma eficiente gestão dos recursos disponíveis, procurando garantir o cumprimento do plano terapêutico de cada doente [6, 8]. Todas estas funções adquirem um grande relevo no que diz respeito à contribuição para a melhoria da saúde da população que o CHP serve. Além do papel do Farmacêutico na Farmácia Hospitalar, tem ainda um papel importante na Comissão de Ética para a Saúde (CES) e na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A primeira entidade é definida pelo Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de Maio e é importante no sentido de supervisionar os padrões de ética no exercício dos cuidados de saúde para que seja garantida a dignidade e integridade humanas. Já a segunda rege-se pelo Despacho n.º 1083/2004 do Ministro da Saúde, de 1 de Dezembro de 2003 e assume um papel fundamental de ligação entre os serviços médicos e farmacêuticos propondo a nomeação de profissionais para assessorias técnicas em temáticas específicas [8-10].

As responsabilidades dos SF passam pela gestão dos medicamentos e pela implementação/controlo da sua política que é definida pelo Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e suas adendas bem como deliberações da CFT. [6].

Tudo é definido e trabalhado com exigência e rigor, cumprindo toda a legislação para que os cuidados de saúde sejam prestados com excelência e no sentido da melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

1.1.2) Recursos humanos

Os recursos humanos alicerçam o bom funcionamento dos SF e, como tal, requerem um conjunto de profissionais capacitados a exercer todas as atividades incluídas no circuito do medicamento.

Todos os setores são geridos e representados por um conjunto de profissionais de saúde com diferentes funções, mas todos com grande importância em todo o circuito do medicamento. A equipa profissional é então constituída por Farmacêuticos (designados por Técnicos Superiores De Saúde (TSS)), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), Assistentes Operacionais (AOP) e Assistentes Técnicos (AT). Todos os profissionais trabalham em conjunto para garantir a qualidade e uma ótima prestação dos cuidados de saúde. Um dos farmacêuticos hospitalares é responsável pela direção de todo serviço, cargo desempenhado pela Dr.ª Patrocínia Rocha, sendo que cada um dos sectores possui ainda um responsável principal.

1.1.3) Sistema Informático

Para que haja o máximo de transparência e comunicação em todo o serviço de prestação de cuidados de saúde, os SF utilizam uma aplicação informática denominada de GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia. Este programa divide os vários setores e classifica-o de acordo com códigos numéricos, sendo que 1 representa a Distribuição Individual Diária e Dose Unitária (DIDDU), 1001 o Armazém, 1003 a UFA, 1004 a UFO, 1006 a produção, a MJD, o HMP (atualmente não utilizado) e o HJU. Por esta razão, cada profissional que detenha as credenciais pessoais que lhe permitam aceder à aplicação seleciona o código correspondente ao armazém em que se encontra a trabalhar e aí procede a um conjunto de tarefas como gerir

os stocks, encomendar produtos em falta, realizar as composições e transferências entre armazéns, entre outras atividades que foram pensadas no sentido de diminuir erros e aumentar a qualidade do serviço.

O Circuito do Medicamento (CdM) é uma aplicação informática instalada nos SF e nos serviços clínicos. Esta aplicação permite ter acesso a todo o percurso do medicamento, desde a receção nos SF, passando pela prescrição médica e validação farmacêutica e terminando na dispensa (Anexo II).

É ainda digno de menção o Portal Interno que pode ser utilizado para estabelecer uma comunicação mais rápida entre os SF e as enfermarias, tendo surgido para substituir as ligações telefónicas.

2) Seleção, aquisição, receção e armazenamento de medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos

2.1) Seleção e Aquisição

Os produtos existentes a nível hospitalar são selecionados e adquiridos tendo por base o FHNM, bem como a adenda que é elaborada pela CFT de acordo com necessidades dos doentes não contempladas no referido formulário e ainda critérios farmacoeconómicos [6]. A aquisição de medicamentos e PF é um processo de extrema importância tal como a correta gestão dos stocks que, no caso do CHP, é suportada pelo GHAF.

A reposição de stocks no APF é normalmente realizada pelo sistema Kanban, cujo objetivo é evidenciar a necessidade de se efetuar um pedido de encomenda sempre que determinado produto atinge um valor mínimo (designado ponto de encomenda), sendo este valor previamente estudado tendo em conta os seus consumos anuais. As quantidades a encomendar estão também previamente estipuladas por forma a garantir que o produto nunca entre em rotura ou surja em excesso [11]. Os pedidos de encomenda são gerados pelos SF, através da introdução na Lista Comum, do produto e da quantidade a encomendar sendo o Serviço de Aprovisionamento responsável pela emissão das notas de encomenda. Note-se que em todo este processo o kanban desempenha um papel fulcral sendo indispensável que seja colocado no local correto e que contenha informações fidedignas. Como tal, os valores das quantidades a encomendar e o ponto de encomenda dos kanban devem ser permanentemente revistos. A revisão de kanban foi um dos procedimentos observados durante o estágio curricular e, de facto, reveste-se da maior importância, visto que num curto período de tempo surgiram variadas alterações aos kanban alvo de revisão.

Em algumas situações não é possível obter a medicação através dos pedidos de encomenda em tempo útil e como tal torna-se necessário recorrer a pedidos de empréstimo ao exterior (Hospital S. João, Hospital Pedro Hispano, entre outros) [12]. O mesmo acontece no sentido inverso, ou seja, o CHP também concede empréstimos a outras instituições hospitalares [13]. Para além dos empréstimos, existem outros tipos de movimentos de medicação e PF entre os diversos hospitais – consignações – e que têm como objetivo escoar determinado produto quando este se encontra próximo do fim do prazo de validade.

Existem alguns medicamentos que não possuem AIM em Portugal e como tal, quando são necessários, carecem de um pedido de autorização de utilização especial (AUE) para que possam ser importados e utilizados. As referidas autorizações são da responsabilidade da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) e têm validade de 1 ano económico, sendo que o hospital sempre que efetua um pedido de produtos AUE tem obrigatoriamente de identificar o n.º do processo do doente autorizado (n.º este que é atribuído pelo INFARMED) (Anexo III).

Durante o período de estágio foi possível acompanhar todas as atividades referidas o que permitiu ter uma noção real de quais os fármacos de uso exclusivo hospitalar e ainda da grande rotatividade que alguns deles apresentam, visto que os pedidos de encomenda eram bastante frequentes.

2.2) Receção e Conferência

A receção de medicamentos e PF realiza-se na zona de receção (um local separado do armazém mas próximo deste e com acesso direto ao exterior) e tem como principal objetivo garantir que os produtos entregues são efetivamente os pedidos e que se encontram em condições de serem utilizados [6, 14].

Inicialmente, efetua-se uma primeira conferência (quantitativa) que consiste em verificar o n.º de volumes entregues (conferindo se a quantidade fornecida corresponde ao que vem mencionado na guia de remessa e ainda na nota de encomenda), o estado das embalagens e ainda qual o destino interno dos produtos farmacêuticos recebidos [6, 14]. Posteriormente, procede-se à realização de uma segunda conferência, esta sim qualitativa e quantitativa, na qual se verifica o lote e o prazo de validade dos produtos farmacêuticos, comparando a mercadoria entregue com a faturada [6, 14]. No caso dos dispositivos médicos, é ainda necessário verificar a presença de marcação CE, sendo que os certificados que acompanham estes produtos devem ser arquivados [14]. A receção dos hemoderivados deve incluir uma etapa de verificação do respetivo Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL); enquanto a receção das matérias-primas implica o arquivo do boletim de análise que comprova a qualidade do lote fornecido [6]. Importa ainda referir que no caso de uma encomenda conter produtos de frio estes são os primeiros a ser conferidos, por forma a não quebrar a cadeia de frio.

Findada a receção, a documentação validada é enviada para o Serviço de Aprovisionamento para que seja dada entrada informática dos produtos no GHAF [6].

Esta fase do circuito do medicamento foi acompanhada durante o estágio, tendo sido observados todos os processos envolvidos na receção de encomendas.

2.3) Armazenamento

Após rececionados, os produtos farmacêuticos são conservados em condições adequadas de luminosidade, temperatura e humidade, sendo estas últimas monitorizadas por um sistema de controlo e registo automáticos de funcionamento contínuo [6]. Este é um ponto extremamente importante visto que o correto armazenamento dos medicamentos assegura a manutenção da sua qualidade, note-se o exemplo dos medicamentos termolábeis que têm obrigatoriamente de ser arrumados em câmaras frigoríficas por forma a manter a sua estabilidade. No armazém, os medicamentos e PF encontram-se organizados de acordo com a representação do Anexo IV (respeitando o princípio FEFO- First Expired First Out), estando identificados pela DCI, código, dose, forma farmacêutica, e código de barras.

De notar que os estupefacientes e psicotrópicos são armazenados num local individualizado com acesso restrito a farmacêuticos e que os produtos inflamáveis se encontram fisicamente separados dos restantes, devido à sua perigosidade.

Para os produtos armazenados (independentemente do espaço físico pertencente aos SF onde se encontrem) existe um sistema mensal de controlo dos prazos de validade que consiste em imprimir uma listagem via GHAF contendo todos os medicamentos/PF cujo prazo de validade caduca nos 3 meses

seguintes [15]. Todos os quantitativos dos produtos para inutilizar ou para devolver ao laboratório são retirados do local de armazenamento e transferidos informaticamente para o armazém 101 [15].

3) Produção

Este setor engloba a produção de medicamentos não estéreis e estéreis, sendo que estes últimos incluem a preparação de nutrição parentérica e citotóxicos (CTX). Ainda no setor da produção importa referir o processo de fracionamento/reembalamento de sólidos que é indispensável, sobretudo como stock de apoio à Distribuição Individual Diária (DID).

A produção de medicamentos é um dos pilares da Farmácia Hospitalar. Esta permite, por exemplo, a adaptação da terapêutica tendo especial relevo em doentes que necessitam de uma individualização da mesma dadas as suas características fisiopatológicas (como é o caso da população pediátrica) e, para os quais, não há produto no mercado ou quando a sua aquisição não é viável para o hospital.

Todo o conjunto de procedimentos efetuados e protocolos seguidos cumprem as Boas Práticas de Fabrico (BPF) de forma a garantir a qualidade, segurança e eficácia do tratamento. Para que este objetivo seja alcançado, é necessário que haja uma estrutura adequada e um sistema de procedimentos que assegure um “Sistema de Qualidade na Preparação de Formulações Farmacêuticas” [6].

No final de todas as produções, faz-se o registo da composição do produto e possíveis transferências de armazém quando é necessária alguma matéria-prima ou medicamento que não está no armazém da produção. Este registo é feito no GHAF que é impresso e arquivado.

3.1) Medicamentos Não Estéreis

A elaboração das formulações preparadas nos SF é regulada pelos Decretos-Lei n.º 90/2004 e n.º 95/2004 e obedece às BPF de Medicamentos Manipulados (Portaria 594/2004) [6]. Este setor é particularmente importante para a população pediátrica e geriátrica, resultado da incapacidade em deglutir comprimidos ou cápsulas, por exemplo. Cada medicamento é formulado de acordo com a respetiva Ordem de Preparação (note-se que se encontra no Anexo V um exemplar) [6, 16-19].

No GHAF surgem as prescrições destinadas a este setor, as quais devem ser validadas pelo TSS supervisor que também emite a ordem de preparação e os rótulos que acompanham os produtos. A primeira contém informações como a identificação da preparação e respetivo lote de produção, identificação do operador e supervisor, quantidade a preparar, composição qualitativa e quantitativa, matérias-primas e dados que permitam ter o conhecimento da rastreabilidade (origem, lote e prazo de validade) e o modo de preparação [19].

Neste setor são executadas preparações de formas farmacêuticas sólidas (como papéis medicamentosos), semi-sólidas (como pomadas, cremes e pastas) e líquidas (como soluções, loções e suspensões). A título de exemplo preparam-se alguns produtos não estéreis como Suspensão Oral de Metoprolol 1%, Suspensão Oral de Captopril, Suspensão Oral de Ácido Ursodesoxicólico 1,5%, Xarope de Clonidina, Solução Oral de Hidrato de Cloral 10%, Solução Oral de Sacarose 24%, Solução Oral de Citrato de Sódio 3%, Solução Aquosa de Iodo 5%, Solução Oral de Furosemida 2,5%, Loção de Alfazema, Papéis Medicamentosos de Glucose Mono-hidratada, Papéis Medicamentosos de Resina Permutadora de Catiões, Papéis Medicamentosos de Tri-hexifenidilo e Pomada de Sirolimus.

O controlo da qualidade é efetuado através de ensaios como a uniformidade de massa (sólidos), pH (semi-sólidos e líquidos) e transparência (líquidos) [20], previamente estipulados e que se encontram no Anexo VI. O volume ou a massa final de PF podem ter desvios de $\pm 5\%$ por forma a colmatar possíveis variações decorrentes do processo de produção. Após término da preparação, o PF/medicamento é acondicionado convenientemente e devidamente rotulado com informação relativa à composição, número do lote (atribuído ao medicamento manipulado), prazo de validade, condições de conservação, instruções de utilização, via de administração e identificação do local de preparação e do Diretor Técnico [21] (Anexo VII).

Na área de produção existe um fardamento específico adequado à segurança que os procedimentos exigem, nomeadamente bata, luvas, touca e máscara, sendo designado de equipamento de proteção individual (EPI) [22].

No final do dia, faz-se o registo das matérias-primas utilizadas indicando as quantidades utilizadas, quebras, quantidade existente no laboratório, em que manipulado foi utilizada e seu lote, validade e serviço de destino.

3.2) Medicamentos Estéreis

A elaboração dos produtos estéreis é realizada num local adequado e legislado que se rege pela Portaria n.º 42/92 de 23 de Janeiro [23, 24].

Tal como acontece no setor dos medicamentos não estéreis, a produção de produtos estéreis é precedida da emissão da ordem de preparação pelo farmacêutico responsável pelo setor, na qual são indicadas as informações necessárias à produção do mesmo [25].

A manipulação de medicamentos estéreis exige uma técnica asséptica para garantir a esterilidade das preparações. Tudo é realizado no interior da Câmara de Fluxo Laminar vertical (CFLv) onde é garantida a proteção do operador e da preparação. A CFLv encontra-se no interior de uma sala com ambiente estéril e com pressão positiva para que seja evitada a entrada de ar não estéril. A entrada de matérias-primas, ordens de preparação e/ou materiais é feita através de um transfer.

Esta secção exige ainda equipamento adequado para a segurança, proteção e prevenção da contaminação das preparações. Na sala negra devem calçar-se os sapatos de bloco, colocar-se touca e máscara, sendo que é apenas na sala cinzenta que se veste uma bata estéril, se procede à desinfeção das mãos com cloroheixidina e, por fim, se calçam umas luvas estéreis [26]. A ordem de preparação é colocada numa mica que é desinfetada com álcool 70° e é colocada num local visível. Todas as matérias-primas e materiais utilizados têm que ser descontaminados com álcool 70° quando entram na CFLv. Sempre que as mãos saem da CFLv, as luvas devem voltar a ser desinfetadas com a mesma solução [27].

Neste setor são preparados diversos produtos, entre os quais colírios, injetáveis intravenosos, intramusculares e subcutâneos. Para além destas preparações também se inclui neste serviço o fracionamento de medicamentos estéreis tais como as injeções intravítreas. Todas as preparações são devidamente embaladas e rotuladas ainda no interior da sala branca.

3.3) Nutrição Parentérica

Este tipo de nutrição é utilizado quando o normal fornecimento de nutrientes está impedido ou é contra-indicado pela via entérica, situação associada por exemplo à imaturidade do tubo digestivo (bebês prematuros) ou lesão grave do trato gastro-intestinal.

A preparação de nutrição parentérica é da responsabilidade do setor de produção de medicamentos estéreis seguindo o mesmo procedimento que a preparação destes últimos. As prescrições surgem no GHAF ou numa pasta intranet nas quais se acedem às encomendas dos serviços de pediatria, cuidados intensivos pediátricos e neonatologia do HGSA e do CMIN. As encomendas do Hospital Padre Américo (pertencente ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE) chegam via e-mail.

Destinadas especialmente aos serviços de neonatologia, existem fundamentalmente dois tipos de bolsas de nutrição: Solução I, hidrossolúvel, que contém soluções de glicose (a 5, 10 e/ou 30%), aminoácidos e micronutrientes e Solução II, lipossolúvel, que fornece lípidos e vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K). Estas bolsas são formuladas segundo uma ordem de preparação em que constam os dados de identificação do doente, o dia da Alimentação Parentérica Total (APT) (exclusivo para CMIN) e composição qualitativa da solução I e solução II, como é possível verificar no Anexo VIII. [28]. Quando se analisa a prescrição da APT, deve verificar-se se os valores dos micronutrientes e oligoelementos estão dentro dos de referência e ainda se a osmolaridade e a relação cálcio/fósforo estão de acordo com o previsto.

No caso das soluções I, o enchimento das soluções glicosiladas e de aminoácidos é feito com recurso a um sistema automático de enchimento. As restantes enchem-se de forma manual, sendo que os micronutrientes devem ser adicionados um a um, de forma sequencial e conhecida, de modo a evitar a formação de precipitados que condicionam a estabilidade da preparação. Estes fazem-se passar por um filtro de membrana para reter as partículas em suspensão. Depois de tudo adicionado e misturado, retira-se o máximo de ar possível, clampa-se e obtura-se a bolsa. Diariamente, é feita uma análise microbiológica (2 mL de amostra) à primeira bolsa de cada sessão de trabalho e à última do dia [29]. Nas preparações já terminadas devem avaliar-se as características organolépticas tais como a limpidez da solução e ausência de ar. No caso das soluções I, após preparadas, estas devem ser pesadas para efetuar o controlo gravimétrico sendo que o seu peso pode variar num intervalo de $\pm 5\%$ [30].

O farmacêutico ou TDT identifica a bolsa com o rótulo interno, embala-a com folha de alumínio para proteger da luz e coloca o rótulo externo. O rótulo contém informações sobre o doente, conteúdo qualitativo da bolsa, modo de conservação e prazo de validade, conforme se pode observar no Anexo IX. Este último é calculado com base no capítulo 797 da United States Pharmacopeia (USP) para preparações de risco médio [31]. De seguida, e conforme especificado, as bolsas são colocadas entre 2-8°C até administração ao doente ou à temperatura ambiente (15-25°C) [32].

Também se procede ao ajuste de preparações nutricionais comerciais, que já contêm os macronutrientes em diferentes compartimentos: lípidos, aminoácidos e glucose. Nestas situações, e de acordo com prescrição médica, adicionam-se ao compartimento dos aminoácidos os micronutrientes hidrossolúveis e promove-se a reconstituição da bolsa. Por fim, adicionam-se as vitaminas lipossolúveis e prepara-se o sistema que fica pronto para a administração ao doente.

Todos estes procedimentos foram verificados no decurso do estágio curricular.

3.4) Unidade de Farmácia Oncológica

A UFO leva a cabo o armazenamento de hemoderivados, de produtos usados no tratamento de desordens enzimáticas e de matérias-primas empregues na produção de citotóxicos, a produção per si e a sua distribuição.

Embora faça parte integrante da produção, encontra-se segregada situando-se anexamente ao Hospital de Dia (HD). Esta particularidade deve-se ao facto de a Unidade gerir o seu próprio armazém dada a especificidade do seu inventário. Acrescem razões logísticas, visto que o Hospital de Dia é o principal destinatário dos produtos aí gerados e ainda razões instrumentais, dado que o seu teatro de operações inclui uma sala estéril diferente que opera sob uma técnica de pressão negativa, tal como indica a diretiva para a produção de citotóxicos. Para além destas particularidades, a UFO opera com técnicos devidamente habilitados e ratificados pelo Diretor do Processo quanto à sua aptidão para a manipulação de CTX [33-35].

Elaborando quanto à gestão do stock avançado da UFO, esta faz-se servir do sistema kanban que assinala o ponto de encomenda do produto a pedir ao Armazém que encaminha o pedido ao Serviço de Aprovisionamento e que receciona a encomenda antes de a remeter à UFO que tratará da sua conferência e reposição [36].

O circuito do medicamento neste setor passa primeiramente pela análise das prescrições médicas que chegam ao serviço por papel ou informaticamente via GHAF e de uma filtração preliminar daquelas que não se destinam a esta Unidade. De seguida, o Farmacêutico verifica o diagnóstico feito ao doente e revê a conformidade da prescrição com as guidelines internas do Hospital (acompanhadas de referência bibliográfica) (Anexo X) confrontando-as com os índices biométricos do doente, seguindo-se então o cálculo de volumes de fármaco e veículo (aferidos pelos TDT na Sala Branca) e impressão da ordem de preparação que deriva de uma prescrição manual (Anexo XI) ou de uma prescrição eletrónica (Anexo XII), ações estas que compõem a primeira validação [37].

O passo que se segue, a segunda validação, é efetuada pelo Farmacêutico que se encontra de apoio à Sala Branca e engloba igualmente a conferência das guidelines e dos volumes a aferir e entrega à equipa dentro da Sala Branca a ordem de preparação sob a forma de rótulos (a incluir no injetável e na manga estéril na qual o medicamento se apresenta à saída da Sala Branca) juntamente com os medicamentos e veículos necessários à sua preparação [37].

Os rótulos indicativos de material dotado de perigosidade biológica “Biohazard”, assim como os invólucros de alumínio para medicamentos fotossensíveis, são aplicados pelos TDT na Sala Branca antes da sua disposição no transfer [37, 38].

De relevar que a Unidade também se encarrega de tratar as devoluções de produtos que dela derivam, processo que inclui a avaliação do produto devolvido pelo farmacêutico que o julga quanto à sua estabilidade físico-química e microbiológica e ainda sobre as condições de transporte e armazenamento às quais o produto esteve sujeito e que determinará, mediante a apreciação feita, a sua reintegração no inventário [39].

A UFO tem ainda kits de derramamento de CTX para o caso de ocorrer algum acidente decorrente do transporte, manuseio ou administração de CTX e que poderá disponibilizar ao Serviço onde tenha ocorrido o evento, tendo este último que ser reportado por um formulário próprio e os seus intervenientes examinados em consulta de Medicina no Trabalho [40, 41].

3.5) Fracionamento e reembalamento

O fracionamento de medicamentos consiste num processo que permite obter frações da dose de um medicamento possibilitando, desta forma, a utilização de doses não disponíveis no mercado, sem pôr em risco as propriedades físico-químicas do produto. Este processo pode ser realizado em comprimidos, pós ou formulações líquidas [42]. Note-se que os papéis medicamentosos são um exemplo prático do fracionamento de pós e que são frequentemente preparados no CHP.

O reembalamento é realizado no caso de produtos que são comercializados em multidose e permite aos SF disporem do mesmo de forma individualizada reduzindo os erros e garantindo uma maior economia. Após o reembalamento procede-se à identificação do produto com DCI, nome comercial, forma farmacêutica, dose, lote e prazo de validade [6, 43, 44]. Caso o PF/medicamento necessite de algum modo de conservação especial, este deve ser mencionado na identificação (rótulo), como por exemplo a menção de proteger da luz no caso de ser fotossensível [44]. Este procedimento é realizado principalmente com o propósito de apoio à DIDDU tal como já foi referido.

4) Distribuição

Para que os medicamentos/produtos farmacêuticos armazenados cheguem junto dos doentes é necessário proceder à sua distribuição pelo hospital. Com efeito, a sua distribuição representa uma das atividades desenvolvidas pelos SF com maior impacto junto dos serviços clínicos, cabendo-lhes aumentar a eficiência dos processos de distribuição, racionalizando-os, bem como garantir o cumprimento das prescrições médicas e a correta administração dos medicamentos, reduzindo os erros e os custos associados à medicação [6, 45].

Os medicamentos são, deste modo, distribuídos a doentes em regime de internamento (quer pela distribuição clássica, quer pela distribuição individual diária) e a doentes em regime de ambulatório [6].

4.1) Distribuição Clássica

A distribuição clássica, também designada por distribuição tradicional, é o serviço farmacêutico que se ocupa da disponibilização de medicamentos/PF para todos os serviços clínicos, blocos e consultas do CHP, tendo em vista a reposição dos seus stocks. Esta atividade contempla ainda a reposição dos stocks existentes nas farmácias satélites do CHP (CMIN e HJU), das Unidades de Farmácia Oncológica e de Ambulatório (UFO e UFA) e das Viaturas Médicas de Emergência Rápida (VMER) – encontrando-se dividida em 3 circuitos distintos: A, B e C (Anexo XIII) [45-48].

Assim, a reposição dos stocks que se encontram distribuídos pelo CHP é feita por um dos 3 seguintes sistemas: reposição por HLS: em que é feita a troca de caixas (sucs) vazias por caixas cheias de medicamentos; reposição de stocks nivelados: contagem dos produtos utilizados e reposição no local; reposição de stocks por kanban: cartão que indica a necessidade de reposição. Para cada um dos sistemas de reposição dos medicamentos/PF já se encontram devidamente estabelecidos os quantitativos de reposição por acordo entre os Serviços Farmacêuticos e os Serviços Clínicos, cabendo ao TSS a supervisão de todo o processo [48-51].

Note-se que cada um dos serviços/unidades clínicas hospitalares apresenta horários definidos para a emissão das solicitações dos medicamentos em falta, podendo estas ser executadas através do GHAF, por

papel (requisição própria do serviço), via kanban, sistema de HLS, requisição automática (Pyxis Medstation®), verificação de stocks nivelados ou chegada de sucs [46-52].

O aviamento das requisições pode ser realizado com recurso ao PDA, com o qual é feito o picking dos produtos solicitados e a transferência informática para o requisitante é automática, reduzindo-se assim eventuais erros associados ao débito dos produtos nos computadores, tornando ainda o processo mais célere. Deste modo, após o aviamento e débito informático, os medicamentos devem ser acondicionados de acordo com as suas características em caixas/contentores e identificando-se o local a que se destinam, sendo colocados num dos 4 locais onde aguardam transporte, de acordo com os horários e rotas de transporte definidas [53, 54].

Os antissépticos e desinfetantes, os produtos de contraste radiológico e as soluções injetáveis de grande volume seguem, em razão de apresentarem características particulares, um circuito ligeiramente distinto da restante medicação, conforme está descrito nas respetivas Instruções de Trabalho: emissão de requisições próprias dos serviços para despoletar a reposição do stock [49-51].

O SCI (Serviço de Cuidados Intensivos) e BOC-A (Bloco Dr. Luís de Carvalho) são duas unidades hospitalares em que existem, contrariamente ao restante centro hospitalar, dispositivos/estações do sistema semi-automático de dispensa de medicamentos (Pyxis Medstation®), nas quais se armazena e dispensa (de forma mais rápida e segura) a medicação necessária para estes serviços, tendo em consideração as suas características e controlando a sua quantidade e validade. Importa realçar que apenas o pessoal autorizado tem acesso à medicação contida no interior do sistema. Assim, o TDT responsável pelo circuito A da distribuição clássica acede na consola, localizada nos SF, à lista de produtos que têm que ser repostos, emitindo o relatório de recarga-entrega (o sistema emite um relatório para a medicação geral e outro apenas para os estupefacientes). Com esta documentação é feita a dispensa desses mesmos produtos, que posteriormente são colocados nas respetivas estações [52, 55].

Os serviços hospitalares podem proceder à devolução de medicamentos que tenham sido aviados por distribuição clássica e não tenham sido utilizados, sendo todavia necessário avaliar previamente as condições de conservação (particularmente nos medicamentos de frio), identificação de DCI, lote, dosagem e forma farmacêutica, integridade física da embalagem e prazo de validade do produto. No caso dos produtos serem rejeitados, devem ser destruídos de acordo com o constante no Despacho n.º 242/96 que regulamenta a gestão de resíduos hospitalares [56, 57].

Durante o presente estágio, foi possível participar na reposição de stocks de vários serviços e blocos requisitantes pertencentes ao Circuito A, incluindo a sua recolha no APF e o seu acondicionamento, bem como acompanhar a emissão do relatório de recarga-entrega do Pyxis Medstation®. O aviamento dos medicamentos em falta nos stocks foi feito com recurso ao PDA e também ao débito manual no GHAF e respetiva transferência informática para os serviços requisitantes. Também se efetuou o aviamento dos derivados de eritropoietina para os doentes em diálise.

4.2) Distribuição Individual Diária e em Dose Unitária

A DIDDU consiste na preparação da medicação para os doentes internados, nos diversos serviços clínicos, para um período de 24 horas (excetuando os doentes dos cuidados intensivos, que não recebem a medicação através da DID, dada a imprevisibilidade da sua terapêutica) [6, 58]. A dispensa dos

medicamentos para a DID é efetuada após validação da prescrição médica (informatizada ou em papel) por um farmacêutico [58]. A prescrição médica tem obrigatoriamente de conter: identificação do doente (que inclui nome, n.º de processo, serviço e n.º de cama); designação do medicamento por DCI, dose, forma farmacêutica, via de administração e duração do tratamento (quando aplicável); data e hora da prescrição e identificação do prescriptor [6, 58]. Para uma validação mais correta da prescrição torna-se indispensável a presença de informações relativas ao diagnóstico e ainda de dados específicos sobre o doente como a idade, valores antropométricos, alergias, estado da função renal/hepática, diabetes e estado do trato gastrointestinal [6, 58]. Aquando da validação das prescrições o farmacêutico deve, tendo em conta os elementos referidos, avaliar a necessidade do medicamento prescrito, a sua adequabilidade bem como da posologia e ainda as condições do doente/sistema/medicamento [58]. Uma correta validação das prescrições possibilita um melhor conhecimento do perfil farmacocinético dos doentes contribuindo assim para reforçar a segurança do circuito do medicamento [58]. Para além disso permite diminuir o risco de interações medicamentosas/alimentares e ainda racionalizar a terapêutica evitando desperdícios [6]. A maioria dos medicamentos é prescrita via eletrónica através do CdM, excetuando hemoderivados, material de penso, antídotos e estupefacientes/psicotrópicos, cujos modelos de prescrição se encontram nos anexos XIV (Modelo n.º 1804 da INCM), XV (Modelo n.º 1509 da INCM), XVI e XVII, respetivamente [59]. No caso dos hemoderivados e dos estupefacientes/psicotrópicos para além da validação, o farmacêutico tem a responsabilidade de preparar a medicação prescrita. A dispensa dos hemoderivados é realizada ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 1051/2000 e obriga a que toda a medicação seja etiquetada por forma a identificar o doente a quem se destina, fazendo-se ainda o registo do lote dispensado e respetivo CAUL [58-60]. No caso dos estupefacientes/psicotrópicos a sua dispensa (regulada pelo Decreto-Lei n.º 15/93), apenas é possível caso as prescrições estejam numeradas e apresentem um carimbo que identifique o centro de custo [58, 59, 61].

Após validação segue-se o processo de preparação dos medicamentos que são transportados em diferentes carros/malas de acordo com o serviço a que se destinam e tendo em conta um programa previamente estabelecido ilustrado no anexo XVIII. Toda a medicação segue individualizada sendo que cada uma das gavetas que compõe as malas corresponde a um só doente identificado inequivocamente [62]. O aviamento da medicação por parte de um TDT inclui uma etapa manual e outra semi-automática. O aviamento manual aplica-se aos medicamentos que integram as referências B e C (produtos de menor rotatividade), enquanto o aviamento semi-automático é realizado no Pharmapick® para as referências A (produtos de maior rotatividade) [59]. Importa destacar que a utilização de um método semi-automático para preparar os produtos de maior consumo acarreta vantagens entre as quais a redução de erros e do tempo necessário para preparação da medicação diária, o que se traduz em melhorais na qualidade deste serviço [6]. Durante todo o procedimento o TDT tem oportunidade de intervir registando possíveis erros que posteriormente são avaliados por um farmacêutico, melhorando assim o processo de uso do medicamento [59]. Para além dos processos referidos existem situações de medicamentos urgentes que são necessários antes da chegada das malas ou então que faltaram na medicação do dia anterior e que são pedidos através do Portal Interno, ou então surgem assinalados a vermelho no CdM. Nestas situações, o farmacêutico deve verificar se o medicamento/PF pedido se encontra prescrito e providenciar ao seu aviamento antes da saída das malas com a medicação [63].

Os medicamentos dispensados na DID encontram-se embalados individualmente e devidamente identificados e, como tal, têm um stock próprio que deve ser repostado diariamente. Os medicamentos e PF de maior consumo existem no supermercado, sendo que a reposição do stock do Pharmapick® e da torre é realizada a partir deste. Sempre que um produto atinja um ponto mínimo no supermercado, ou seja, sempre que uma caixa suc do supermercado fique vazia esta deve ser colocada num carro identificado com “Pedidos da DID ao APF” para que haja a reposição a partir do armazém passando sempre por uma etapa de reembalamento e reidentificação se necessário. No caso dos produtos referência C, como não integram normalmente o stock de apoio à DID, são pedidos mediante necessidade ao APF, carecendo igualmente de reembalamento e reidentificação [64].

A devolução de medicamentos/PF, tal como acontece na distribuição clássica, carece de verificação com o objetivo de assegurar que estes mantêm as suas características de qualidade. Caso esta premissa não se verifique, os medicamentos/PF devem ser reencaminhados para destruição, tal como já referido na seção da distribuição clássica. [57, 65, 66].

Durante o período de estágio passado na DID foi observada a dispensa de estupefacientes, hemoderivados, antídotos e material de penso, sendo que foi ainda possível acompanhar algumas devoluções deste tipo de produtos. Para além disso, acompanharam-se os procedimentos envolvidos no aviamento dos produtos urgentes e malas de medicação. A validação de prescrições foi também uma das atividades observadas, tendo sido consultadas as deliberações da CFT, bem como as justificações aceites por esta entidade e ainda bibliografia com o objetivo de suportar as diversas decisões clínicas inerentes à dispensa de medicamentos em dose unitária.

4.3) Distribuição em Farmácia de Ambulatório

A dispensa de medicamentos pela Farmácia de Ambulatório serve os utentes do Hospital que não estejam em regime de internamento e cujas patologias se encontrem listadas no FHNM e no Diário da República [24]. Estes ditam a total comparticipação por parte do Estado assim como o recurso a medicamentos de uso reservado pelo seu alto custo/risco e que, portanto, não se encontrem acessíveis nas farmácias comunitárias (Anexo XIX). Também existe medicação complementar para o tratamento destas patologias que é dispensada ao abrigo das alíneas b) e c) do Decreto-Lei n.º 176/2006 [25]. Existem patologias, como a Hepatite B e a Hipertensão Pulmonar que, não estando ao abrigo de Decreto, têm uma lista de medicação autorizada pela CFT e pelo Conselho de Administração (CA) (Anexo XX) [5,67].

O atendimento aos doentes ocorre de segunda a sexta-feira das 09:00h às 17:00h ininterruptamente, é de regime prioritário para deficientes, grávidas ou utentes que se façam acompanhar por crianças de colo, de regimento preferencial para bombeiros, funcionários do CHP em serviço ou doentes com medicação exclusiva de ensaio clínico, havendo o atendimento de regime normal para os restantes [68].

A dispensa em si é exclusivamente mediada pelo farmacêutico, na qual o novo utente (o novo no sentido de ser a 1ª deslocação para que se possa falar do termo e do circuito completo) leva um termo de responsabilidade (Anexo XXI) em que autoriza um terceiro a vir levantar a sua medicação e é-lhe fornecido também um folheto informativo sobre o uso correto do medicamento (Anexo XXII). A medicação é totalmente gratuita para os doentes, salvo as exceções de rotura conhecida de mercado ou indisponibilidade do medicamento nas farmácias comunitárias que deverá ser devidamente comprovada com o mínimo de três

carimbos. Para além disso, no caso dos utentes que tenham sido atendidos em serviço de urgência e cuja situação clínica dite a acessibilidade imediata à medicação, também podem recorrer à UFA. O emolumento referente a estas situações é feito à Tesouraria [69].

Tipicamente, o ato da dispensa passa pela validação da prescrição médica com consulta do diagnóstico e medicação anterior do doente, pela vigilância da terapêutica quanto ao seu cumprimento, adequação da via de administração, perfil de reações adversas, duplicações terapêuticas e posologias, bem como a prestação de aconselhamento farmacêutico. O farmacêutico assegura que a medicação do doente é fornecida em quantidade suficiente até follow-up seguinte ou até ao prazo máximo legal da dispensa quanto à condição clínica em questão, área de residência e valor financeiro. Estas medidas apontam a seguimentos terapêuticos isentos de interrupções [24, 70, 71].

A UFA também trata da devolução dos medicamentos procedendo à sua avaliação e eventual inclusão no inventário informático, se a apreciação do farmacêutico sobre os mesmos for positiva relativamente às condições de conservação do produto, bem como à estabilidade físico-química e microbiológica [72].

Quanto à gestão de stocks, a Farmácia de Ambulatório recorre ao sistema kanban para assinalar o ponto de encomenda, servindo o próprio de pedido ao APF ao ser fisicamente encaminhado para lá.

5) Ensaio Clínicos

Segundo a Lei n.º 21/2014, Lei da Investigação Clínica, os Ensaio Clínicos (EC) são definidos como *“qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”*. Os EC são necessários para a introdução de Novas Entidades Químicas, designadas por medicamentos experimentais, no mercado ou para a aprovação de novas indicações para moléculas já previamente estudadas. Assim, este documento de carácter legal, que substitui a Lei n.º 46/2004 e que entretanto sofreu ligeiras alterações com a Lei n.º 73/2015, identifica os intervenientes envolvidos nos EC, como o promotor, monitor, investigador principal, equipa de investigação, autoridades reguladoras, participante ou centro de ensaio, bem como lhes imputa diferentes responsabilidades no desenrolar dos processos associados à investigação clínica. [73, 74, 75, 76]

Os SF, na figura do farmacêutico coordenador dos EC, são responsáveis, de acordo com a lei supracitada, pelo estabelecimento do circuito do medicamento experimental no respetivo centro de ensaio, nomeadamente no que respeita à sua receção, acondicionamento e conservação, dispensa, preparação, manipulação, disponibilização de informação ao doente e restante equipa de investigação, identificação, re-etiquetagem, contabilização/gestão do *stock*, reconciliação e devolução/destruição, *“tendo [os SF] o dever de elaborar um documento descritivo do circuito do medicamento experimental contendo elementos relativos à receção, ao armazenamento, à dispensa e à administração do medicamento experimental”* – Procedimento Interno (Anexo XXIII) [73, 76]. É ainda da competência do farmacêutico responsável pelos EC o registo e arquivamento das informações relativas a todas as etapas do circuito dos medicamentos de EC, bem como a implementação de procedimentos que se rejam pelas Boas Práticas Clínicas (BPC) [73, 76, 77, 78]. O estabelecimento e cumprimento das Boas Práticas Clínicas pela Unidade de Ensaio Clínicos (UEC) é de

suma importância, já que estas garantem o correto circuito do medicamento e asseguram a qualidade dos EC que decorrem neste centro de ensaios, sendo necessário, por exemplo, reunir-se toda a documentação exigida para a sua realização, designar-se um farmacêutico qualificado para coordenar a UEC, bem como assegurar a existência das condições exigidas para a sua condução [76].

Com efeito existe, no interior das instalações dos SF, a Unidade de Ensaio Clínicos, na qual a medicação experimental é rececionada, armazenada, controlada e dispensada e a respetiva documentação arquivada. A UEC apresenta uma sala de armazenamento para os medicamentos de utilização experimental (sala de acesso restrito à equipa responsável pela condução dos EC, com condições de temperatura e humidade controladas e monitorizadas em que se conservam os medicamentos em fase de investigação clínica, incluindo-se a medicação de frio, bem como os medicamentos em quarentena ou a aguardar devolução ao promotor do ensaio) e um gabinete de trabalho, no qual se encontram arquivadas todas as informações referentes aos EC já realizados ou em execução no centro de ensaio [76].

Antes do início de um determinado EC é necessário o aval de várias entidades reguladoras, a saber, Comissão de Ética de Investigação Clínica (CEIC), Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), Comissão de Ética para a Saúde (CES), INFARMED e Direção dos Serviços Farmacêuticos do centro de ensaios, além disso já deve estar celebrado o Contrato Financeiro entre o promotor do EC e o Conselho de Administração do hospital, bem como existir um *dossier* referente ao EC nas instalações da UEC organizado de acordo com o modelo *Pharmacy File Index* (Anexo XXIV) [73, 76].

Existe também uma reunião de início de estudo convocada pelo promotor ou investigador principal do EC para toda a equipa do centro de ensaios, na qual se apresenta o protocolo do novo EC e se definem todos os procedimentos associados ao circuito daquela medicação experimental que devem ser observados durante o decorrer daquele EC. Com estes dados, o farmacêutico elabora o Procedimento Interno (Anexo XXIII) [76].

O circuito do medicamento de investigação clínica inicia-se com a sua chegada aos SF pelo armazém, em que, após preenchimento do impresso de receção de medicação experimental (Anexo XXV), esta é levada para a UEC. O farmacêutico responsável pela unidade verifica as condições de integridade e estado de conservação do produto recebido, comparando o código do medicamento com o do protocolo, conferindo o n.º de lote, prazo de validade e o n.º de produtos recebidos entre a encomenda e o documento que a acompanha. É ainda importante verificar se o medicamento apresenta alguma aposição referente ao seu carácter experimental na embalagem e se a encomenda foi acompanhada pelo respetivo certificado de análise. No caso dos medicamentos de frio (armazenados entre 2-8°C), é comum virem acompanhados por dispositivos de registo de temperatura (*Data Logger*), que devem ser desligados à chegada à UEC e os seus dados descarregados para o computador e enviados para o promotor pela via acordada no protocolo (por exemplo, *e-mail*). Seguidamente, o farmacêutico deve anunciar a receção da medicação experimental ao promotor (pelo meio já estabelecido no protocolo, geralmente via IVRS (*Interactive Voice Responsive System*) ou IWRS (*Interactive Web Responsive System*)), arquivar os *Drug Shipment Receipts* e os certificados de análise e atualizar o registo de receção no *dossier* do EC (*Pharmacy File Index*) [76].

Os medicamentos experimentais, após terem sido conferidos, devem ser acondicionados nas instalações da UEC de acordo com as condições de temperatura e humidade que lhes são mais adequadas (temperatura ambiente (15-25°C) ou frio (2-8°C)) [76].

Relativamente à prescrição da medicação de ensaio, esta é feita num impresso interno (Anexo XXVI) por um médico devidamente autorizado, sendo este arquivado na UEC [76].

Já a dispensa da medicação experimental é feita pelo farmacêutico de acordo com o protocolo do EC e a prescrição médica, sendo registada no mesmo documento interno que a prescrição (Anexo XXVI). Note-se que existem alguns medicamentos que exigem manipulação antes de poderem ser dispensados e administrados, estando descritas as características e a técnica de preparação no Procedimento Interno [76].

Os participantes nos EC devem devolver à UEC a medicação experimental que utilizaram, devendo estar acordado entre o promotor e os SF o destino a ser dado a estes produtos, existindo ainda um registo das devoluções na Unidade de EC. De igual forma, também para os medicamentos que tenham vencido o prazo de validade, que tenham sobrado no final do estudo ou que não tenham sido utilizados pelos doentes, devem estar estabelecidos os procedimentos a serem seguidos para a sua devolução [76].

Nos casos em que está acordada entre as entidades envolvidas, a destruição dos produtos experimentais pode ocorrer no hospital, devendo estes estar contabilizados e documentados em formulário próprio (Anexo XXVII) [76].

De notar que todos os desvios/não conformidades que possam existir ao estabelecido pelo protocolo do EC devem ser comunicados rapidamente ao promotor e só se deve agir após esta entidade se manifestar [76].

Atualmente, o CHP é um centro de ensaios com cerca de 80 EC a decorrer (Ex.: Optimase, Pyrinees, Dolomites, ALN-003, ALN-004, ALN-006, Gesture, Checkmate, Expand, Sonar,...) e aproximadamente 40 EC a aguardar aprovação (Ex.: Atlantic).

Todas as atividades referentes ao circuito do medicamento experimental foram assistidas durante o estágio, tendo-se ainda a oportunidade de atualizar a base de dados informatizada referente aos EC em curso existente na UEC, bem como participar na elaboração do Procedimento Interno do EC Atlantic e no formulário de receção e dispensa da medicação para o ensaio Subamaxt. Foi possível assistir a visitas de pré-estudo entre o monitor e a UEC para a avaliação das condições do centro de ensaio para a execução de futuros EC.

Além de todas as atividades previamente descritas, esta unidade ocupa-se ainda da contínua formação profissional e alargamento das competências de toda a equipa dos SF. Daí que, durante o período de estágio, se tenha participado em algumas iniciativas que tinham como objetivo elucidar os profissionais acerca de desenvolvimentos científicos recentes (como por exemplo, a sessão de esclarecimento sobre as indicações terapêuticas (presentes e esperadas num futuro próximo) do pembrolizumab (Keytruda® (MSD)) ou ainda se tenham assistido a várias palestras sobre diversas temáticas relacionadas com a saúde (a título de exemplo: nutrição parentérica, oncologia, terapêutica anticoagulante, sistemas de notificação de doenças infecciosas,...) e vocacionadas a uma vasta gama de profissionais de saúde como o “III Congresso Internacional: Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto”, decorrido nos dias 1 e 2 de fevereiro em Matosinhos.

Existe ainda na UEC uma vertente social orientada para o exterior do CHP, pelo que se participou também na “VIII Jornada Anual de Recolha de Medicamentos”, iniciativa do Banco Farmacêutico, que decorreu no dia 27 de fevereiro e cujos produtos medicamentosos angariados reverteram para a Organização Não-Governamental “Médicos do Mundo”.

6) Cuidados Farmacêuticos

A prestação de Cuidados Farmacêuticos tem em vista a melhoria do processo de uso dos medicamentos pelos doentes, de forma a evitar potenciais resultados negativos em saúde associados à medicação [79,80]. Deste modo, os Cuidados Farmacêuticos executados pelos SF centram-se sempre no doente, em particular no doente internado, e nas suas necessidades em termos de saúde, estando apoiados em 3 vertentes principais:

- Identificação e resolução de Problemas Relacionados com a Medicação (PRM): executada de modo sistemático durante os processos de validação farmacêutica das prescrições médicas, tem como objetivo evitar/minimizar Resultados Negativos associados à Medicação (RNM). Sempre que são detetados PRM, o farmacêutico *intervém*, de forma a poder resolver a situação antes de proceder à dispensa da medicação. Cabe ainda ao farmacêutico proceder ao registo escrito das intervenções que faz, bem como acompanhar o seu desenvolvimento e alterações no regime farmacoterapêutico. Internamente, os PRM são classificados em 4 tipos (Anexos XXVIII, XXIX e XXX):

PRM de tipo I: ausência de condições do sistema;

PRM de tipo II: medicamento não necessário;

PRM de tipo III: medicamento não adequado;

PRM de tipo IV: medicamento não seguro [79, 81,82].

- Educação para a Saúde: implementação de ações e medidas que permitam aumentar o conhecimento da população em geral, e dos profissionais de saúde e doentes em particular sobre as doenças e os medicamentos (como por exemplo, distribuição de folhetos informativos); que visem a melhoria dos resultados em saúde, esclarecimento de dúvidas minimizando a ocorrência de RNM junto dos doentes e resposta aos pedidos de informação sobre medicamentos que tenham sido despoletados por outros profissionais de saúde [83,84];

- Estudo de Utilização de Medicamentos: elaboração de documentação interna sobre os medicamentos que permita agilizar as intervenções farmacêuticas, e que inclui estudos de farmacoeconomia, promoção da utilização racional do medicamento, elaboração do perfil de utilização hospitalar para alguns medicamentos/PF, avaliação da entrada/substituição de medicamentos/PF de uso hospitalar, entre outras atividades. [85]

7) Utilização de antídotos no CHP: um caso de estudo

As intoxicações agudas, sejam elas acidentais ou voluntárias, são sempre emergências médicas que carecem de resposta rápida, que inclui, entre diversas medidas, a administração de um antídoto [86]. Tendo isto em atenção torna-se imperativo que para a seleção do referido antídoto (e ainda das restantes medidas de suporte) se conheça o historial da intoxicação, que deve, se possível, incluir as seguintes informações: a substância tóxica envolvida, a via de exposição, a quantidade e há quanto tempo [86, 87]. Importa destacar que em grande parte das intoxicações este tipo de informação não está disponível dificultando todo o processo de tratamento, incluindo a seleção do antídoto mais indicado e validação farmacêutica das prescrições.

Durante o estágio no CHP foi possível aceder a dados de prescrições de antídotos (via papel e via informática) referentes ao ano 2015, que foram posteriormente utilizados para avaliar quais os tipos de

intoxicações mais frequentemente tratadas durante esse mesmo ano e ainda quais os antídotos mais utilizados. No caso das prescrições eletrónicas apenas foi possível fazer um levantamento dos antídotos dispensados não tendo sido possível aceder à informação relativa ao diagnóstico da intoxicação que esteve na base de cada prescrição. Assim sendo, os valores relativos ao tipo de intoxicação mais frequente referem-se apenas às prescrições via papel e foram compilados tendo originado o gráfico da figura 1.

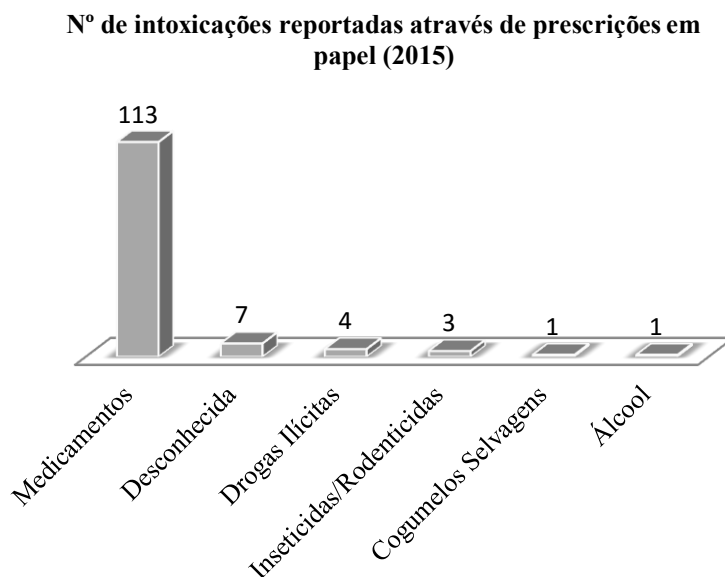


Figura 1- Representação gráfica do perfil de intoxicações reportadas em 2015 no CHP, via prescrição em papel.

Através do referido gráfico é possível verificar que os medicamentos foram a principal causa de intoxicações no ano de 2015, constituindo quase a sua totalidade. Estes dados são compatíveis com os disponibilizados pelo Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV), que em 2011 apontou os fármacos como a principal causa de intoxicações em Portugal, tendo sido responsáveis por 9421 casos em adultos e 4851 em crianças [87]. Ainda segundo os dados do CIAV, as intoxicações provocadas devido a substâncias de abuso ocupam o quarto lugar das causas mais frequentes em adultos, situação pouco diferente da que se pode observar no gráfico da Figura 1 [87]. Importa destacar que os dados provenientes do CIAV são relativos ao ano de 2011 uma vez que não foi possível aceder a dados mais recentes.

Note-se que das 129 intoxicações tratadas no CHP, cerca de 5% tiveram origem desconhecida, não se conhecendo nenhum aspeto da história do doente, que em alguns casos ficou inclusive por identificar. Neste tipo de situações o tratamento torna-se mais moroso, podendo até ser menos eficaz.

Após analisar os dados referentes a intoxicações por medicamentos, construiu-se um segundo gráfico, com o objetivo de identificar quais os fármacos/classes terapêuticas mais frequentemente envolvidas neste tipo de situações, e que se encontra na Figura 2.

**N.º de Intoxicações reportadas através de prescrições em papel
devidas ao uso de medicamentos (2015)**

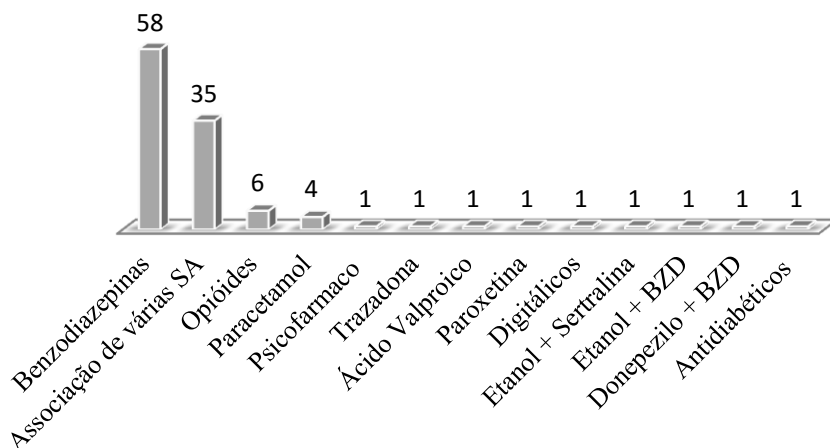


Figura 2- Representação gráfica do perfil de intoxicações medicamentosas reportadas em 2015 no CHP, via prescrição em papel.

Através da análise do gráfico da Figura 2 foi possível verificar que as benzodiazepinas (BZD) ocupam o primeiro lugar, tendo sido causa de mais de 50% das situações com gênese no consumo de fármacos. Mais uma vez este cenário é concordante com o reportado em 2011 pelo CIAV, que coloca as benzodiazepinas no primeiro lugar do *top ten* das substâncias mais frequentemente envolvidas em envenenamentos [87].

A associação de vários fármacos e diversas classes terapêuticas foi a segunda situação mais frequente e em alguns dos casos surge no diagnóstico por incapacidade de conhecer com detalhe quais as substâncias ingeridas pelo doente. Em algumas das situações em que se confirmou a tentativa de suicídio foi possível verificar que os doentes ingeriram medicamentos juntamente com álcool com o objetivo de potenciar os seus efeitos. Contudo nem todas as situações são reflexo de tentativas de suicídio, sendo que no caso das intoxicações com opióides se pôde verificar que a maioria delas se deveu a sobredosagem com consequente depressão respiratória e do Sistema Nervoso Central (SNC).

Após analisar os motivos que mais frequentemente estiveram envolvidos em situações de intoxicação, seguiu-se o estudo dos dados referentes aos antídotos mais prescritos. Para tal, mais uma vez construiu-se um gráfico (Figura 3), desta vez recorrendo ao uso de dados de prescrições via papel e via eletrónica.

A totalidade dos antídotos prescritos, apesar da ausência de diagnóstico em alguns casos (nomeadamente no caso das prescrições eletrónicas), permite inferir acerca da substância que poderá ter estado na base da intoxicação visto que a maioria dos antídotos prescritos se encontram indicados em situações muito específicas, como é o caso do flumazenil. Este foi o antídoto mais frequentemente dispensado e a sua indicação terapêutica é exclusivamente o tratamento de intoxicações com BZD. Atua inibindo competitiva e especificamente os recetores das BZD, contribuindo assim para neutralização dos seus efeitos ao nível do SNC [86].

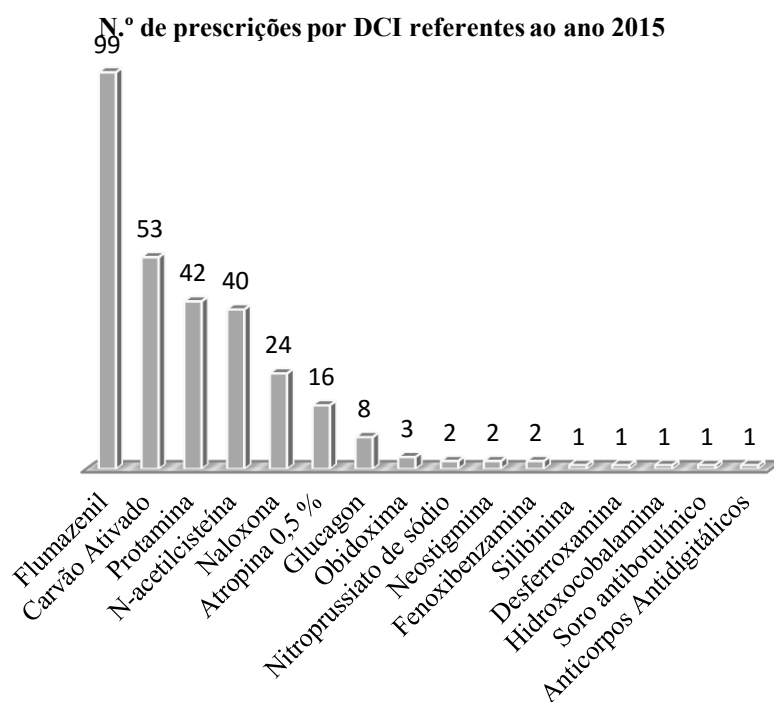


Figura 3- Representação gráfica do perfil da totalidade de prescrições de antídotos efetuadas no ano de 2015 no CHP.

O cavão ativado foi também bastante prescrito, provavelmente, devido à sua ação altamente inespecífica e de largo espectro podendo resolver grande parte das intoxicações por via oral devido à sua grande capacidade de adsorção, limitando assim a absorção das substâncias ingeridas. Está indicado para o tratamento de intoxicação por vários produtos químicos, medicamentos ou toxinas, entre os quais: ácido acetilsalicílico, ácido oxálico, atropina, barbitúricos, destropoxifeno, digoxina, cogumelos, estricnina, fenilpropanolamina, fenitoína, fenol, paracetamol, propantelina, e antidepressivos tricíclicos [86].

O terceiro antídoto mais frequentemente dispensado foi a protamina, que é uma proteína catiónica e que, por isso, se liga muito rapidamente à heparina (molécula de carga negativa). Como tal, a protamina é usada no tratamento de situações que resultam da sobredosagem com heparina [86]. Embora os dados disponíveis não corroborem a associação entre a intoxicação por heparina e consequente desintoxicação com protamina, a verdade é que a utilização deste antídoto apenas se encontra suportada para casos de *overdose* com este agente anticoagulante, indicando que é uma situação relativamente frequente.

A acetilcisteína está indicada no tratamento de intoxicações e sobredosagem de paracetamol e ainda clorofórmio e tetracloreto de carbono (sendo que no caso das últimas duas substâncias a eficácia não se encontra totalmente comprovada) e surge como o quarto antídoto mais prescrito. Atua como dador de grupos sulfidrilo, que auxiliam a formação de glutatião hepático que impede que o metabolito tóxico do paracetamol atue sobre as macromoléculas do fígado causando necrose [86]. Este é um aspeto muito importante, visto que o paracetamol é prescrito e dispensado como sendo um fármaco totalmente seguro, o que não deixa de ser

verdade, porém é importante manter presente que tal como todas as moléculas apresenta toxicidade que não deve ser negligenciada.

Os opiáceos constituem um grupo alargado de substâncias que deprimem o SNC, tendo atividades analgésicas que justificam a sua ampla utilização (nomeadamente da morfina) a nível hospitalar [86]. Contudo em situações de sobredosagem resultam em graves problemas, nomeadamente depressão respiratória e do SNC, que podem ser revertidas através da administração de naloxona [86], que foi o quinto antídoto mais dispensado em 2015. Trata-se de um antagonista puro dos opiáceos que bloqueia competitivamente os recetores *miu* (μ) (para os quais tem maior afinidade), *capa* (k) e *sigma* (σ) [86].

De uma forma geral, o levantamento dos dados referentes a prescrições de antídotos no ano 2015 permitiu concluir que as intoxicações medicamentosas são um grave problema de saúde pública que representa, de acordo com dados do CIAV, uma importante causa de morbidade e mortalidade a nível nacional [87]. As intoxicações medicamentosas podem ser devidas a erros de dose, confusão de fármacos e ainda fácil alcance por parte das crianças, mas também podem ter na sua génese situações de uso para tentativa de suicídio. Quer uma quer outra situação são possíveis sobretudo devido ao fácil acesso da população a um número crescente de substâncias (lícitas e ilícitas) com alto grau de toxicidade. Note-se o caso das BZD e dos antidepressores, que são classes de compostos muito prescritas e que acarretam um enorme perigo por sobredosagem. Numa população cada vez mais envelhecida e polimedicada, os erros associados a trocas de fármacos e confusão de posologia são também muito comuns, podendo resultar em situações potencialmente fatais. Para além disto, existem ainda situações de intoxicações que resultam de duplicação de fármacos que surgem quando os doentes são acompanhados em diversas instituições de saúde. Como se pode concluir são mais do que muitos os fatores que atualmente potenciam intoxicações com medicamentos e que devem constituir uma preocupação na prestação de cuidados de saúde, sendo impreterível a intervenção de todos os organismos ligados à saúde que devem alertar o público em geral acerca dos riscos da utilização de medicamentos em situações não indicadas ou que desrespeitem os critérios de uso racional.

BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Santo António. Disponível em: www.hgsa.min-saude.pt [acedido em 20 de fevereiro de 2016].
2. Centro Hospitalar do Porto. Disponível em: www.chporto.pt [acedido em 20 de fevereiro de 2016].
3. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 326/2007, Diário da República, 1ª Série, n.º 188, 28 de dezembro de 2007.
4. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 30/2011, Diário da República, 1ª Série, n.º 43, 2 de março de 2011.
5. Ministério da Saúde e Assistência - Direção Geral dos Hospitais. Decreto-Lei n.º 44204, Diário da República, 1ª Série, n.º 40, 2 de fevereiro de 1962.
6. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar (Março 2005). *Manual da Farmácia Hospitalar*. Ministério da Saúde.
7. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.024/3: *Auditorias técnicas aos processos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
8. Centro Hospitalar do Porto – Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Porto. Julho 2013. Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, I.P.
9. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 97/95, Diário da República, 1.ª Série, n.º 108, 10 de maio de 1995.
10. Ministério da Saúde. Despacho n.º 1083/2004, Diário da República, 2.ª Série, n.º 14, 17 de janeiro de 2004.
11. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.061/2: *Cálculo de pontos de encomenda e quantidades a encomendar*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
12. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.064/1: *Solicitação de Empréstimos de medicamentos/produtos farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
13. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.065/1: *Cedência de Empréstimos de medicamentos/produtos farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
14. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.007/3: *Receção e Armazenamento de Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
15. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.063/1: *Elaboração de listagem para verificação e controlo de prazos de validade dos medicamentos e produtos farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
16. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 90/2004, Diário da República, 1ª Série-A, n.º 93, 20 de abril de 2004.
17. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 95/2004, Diário da República, 1ª Série-A, n.º 95, 22 de abril de 2004.
18. Ministério da Saúde. Portaria n.º 594/2004, Diário da República, 1ª Série-B, n.º 129, 2 de junho de 2004.
19. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.084/1: *Ordem de Preparação de Manipulados Não Estéreis*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
20. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.043/1: *Ensaio de Verificação*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.

21. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.101/1: *Rotulagem de Não Estéreis*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
22. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.097/1: *Manipulação de Não Estéreis – Fardamento*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
23. Ministério da Saúde. Portaria n.º 42/92, Diário da República, 1ª Série, n.º 19, 23 de janeiro de 1992.
24. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 176/2006 - Estatuto do Medicamento. Diário da República, 1ª Série, n.º 167, 30 de agosto de 2006.
25. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.041/1: *Elaboração da Ordem de Preparação de Preparações Estéreis*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
26. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.047/1: *Gestão do Fardamento*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
27. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.046/1: *Manipulação de Estéreis – Técnica Asséptica*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
28. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.0058/2: *Validação e monitorização da prescrição de Nutrição Parentérica*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
29. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.038/2: *Ensaio de Estéreis – APT*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
30. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.043/2: *Ensaio de Verificação*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
31. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.045/4: *Preparação da Nutrição Parentérica*. Centro Hospitalar do Porto, dezembro 2015.
32. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.037/1: *Embalamento de Bolsas e Seringas de NP*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
33. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.027/1: *Manipulação de citotóxicos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
34. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.080/1: *Fardamento a utilizar na manipulação de Citotóxicos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
35. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.074/1: *Limpeza da Câmara de Fluxo Laminar Vertical e da Sala Branca*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
36. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.026/1: *Gestão do armazém avançado da Unidade de Farmácia Oncológica*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
37. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.029/1: *Validação e monitorização da prescrição de citotóxicos para preparação em CFLv*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
38. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.079/1: *Emissão da Ordem de Preparação de Citotóxicos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
39. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.025/1: *Gestão das devoluções do cliente*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
40. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.028/1: *Regras de transporte de citotóxicos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.

41. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.034/2: *Derramamento/Acidente com Citotóxicos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
42. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.086/1: *Fracionamento de Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
43. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.116/1: *Identificação e atribuição de lote aos medicamentos fracionados e/ou reembalados*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
44. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.113/1: *Identificação e Individualização de Medicamentos para Distribuição em Dose Unitária*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
45. Serviços Farmacêuticos – Matriz de Processo IM.GQ.GER.043/5: *Programa Distribuição Clássica*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
46. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.066/2: *Distribuição Clássica de Medicamentos – Circuito A*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
47. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.067/2: *Distribuição Clássica de Medicamentos – Circuito B*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
48. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.120/0: *Distribuição Clássica de Medicamentos – Circuito C*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
49. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.069/2: *Distribuição de Soluções Injetáveis de Grande Volume*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015
50. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.076/2: *Distribuição Clássica dos Produtos de Contraste Radiológico*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015
51. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.068/2: *Distribuição Clássica de Antissépticos e Desinfetantes*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015
52. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.121/0: *Reposição de medicamentos no Pyxis Medstation®*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
53. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.070/2: *Sequência e modo de aviamento por PDA*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
54. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.075/3: *Acondicionamento e Transporte de Medicamentos/ Produtos Farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
55. Carefusion: Pyxis Medstation® System. Disponível em: www.carefusion.com [acedido em 20 de fevereiro de 2016].
56. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.077/1: *Devolução de Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
57. Despacho n.º 242/96, Diário da República, 2.ª Série, N.º 187, 13 de agosto de 1996.
58. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.102/1 – *Validação e Monitorização da Prescrição Médica DID*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
59. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.105/1 – *Aviamento de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos em Dose Unitária*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
60. Ministério da Saúde e Ministério da Defesa Nacional. Despacho Conjunto n.º 1051/2000, Diário da República, 2ª Série, nº 251, 30 de outubro de 2000.

61. Ministério da Justiça. Decreto-Lei ° 15/93, Diário da República, 1ª série-A, nº18, 22 de janeiro de 1993.
62. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.106/1 – *Transporte e Entrega de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos da DID*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
63. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.111/1 – *Gestão das Faltas de Medicação e Prescrições Urgentes*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
64. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.103/1: *Reposição de Stock de Apoio à DID e Gestão dos Prazos de Validade*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
65. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.109/2: *Gestão de Devolução de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
66. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.110/2: *Gestão da Destruição de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
67. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 206/2000 , Diário da República, 1ª série-A, n.º 202 , 1 de setembro de 2000.
68. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.052/1: *Gestão do atendimento*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
69. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.022/1– *Venda de Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
70. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.053/1– *Validação e Monitorização da Prescrição Médica de Ambulatório*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
71. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.054/1– *Orientações para a Dispensa de Medicamentos na Farmácia de Ambulatório*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
72. Serviços Farmacêuticos - Instrução de Trabalho IT.SFAR.GER.023/1– *Devolução de Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, julho 2014.
73. Assembleia da República, Lei n.º 21/2014, Diário da República, 1.ª série - A, n.º 75, 16 de abril de 2014.
74. Assembleia da República, Lei n.º 46/2004, Diário da República, 1.ª série - A, n.º 195, 19 de agosto de 2007.
75. Assembleia da República, Lei n.º 73/2015, Diário da República, 1.ª série - A, n.º 144, 27 de julho de 2015.
76. Serviços Farmacêuticos – Manual MA.SFAR.GER.003/1: *Ensaio Clínicos – Serviços Farmacêuticos*. Centro Hospitalar do Porto, maio 2014.
77. INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso, Decreto-Lei n.º 102/2007, Diário da República, 1.ª Série – A, n.º 65, 2 de abril de 2007.
78. Serviços Farmacêuticos – Matriz de Processo IM.GQ.GER.043/5: *Processo de Investigação e Desenvolvimento (Ensaio Clínicos e Formação)*, Centro Hospitalar do Porto, novembro 2015.
79. Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona; “Manual de Dispensação”; (2009); Lisboa.
80. Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona; “Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico”; (2007); Lisboa.

81. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.031/1: *Identificação e resolução de PRMs*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
82. Serviços Farmacêuticos – Matriz de Processo IM.SFAR.GER.058: *Identificação e Resolução de PRMs* (formato digital). Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
83. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.050/1: *Educação para a Saúde*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
84. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.051/1: *Resposta a Pedidos de Informação sobre Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
85. Serviços Farmacêuticos – Instrução de trabalho IT.SFAR.GER.044/1: *Estudo de Utilização de Medicamentos*. Centro Hospitalar do Porto, março 2015.
86. Maia P, Aragão I, Barrosa MT, Lopes M, Manuel A, Martins H, Pinho C, Reis E, Silva F, Vale L (2002). *Manual de Antídotos*. 2ª edição. Administração Regional de Saúde do Norte, Porto.
87. CIAV. Acessível em: www.inem.pt/ciav [acedido em 21 de fevereiro de 2016].

ANEXOS

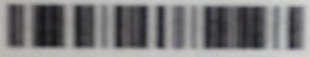
Anexo I – Exemplo de *Kanban*

Última Revisão: Jul-13

HLS **KANBAN**

PTO encomenda 240	QTD encomendar 240
-----------------------------	------------------------------

CÓDIGO

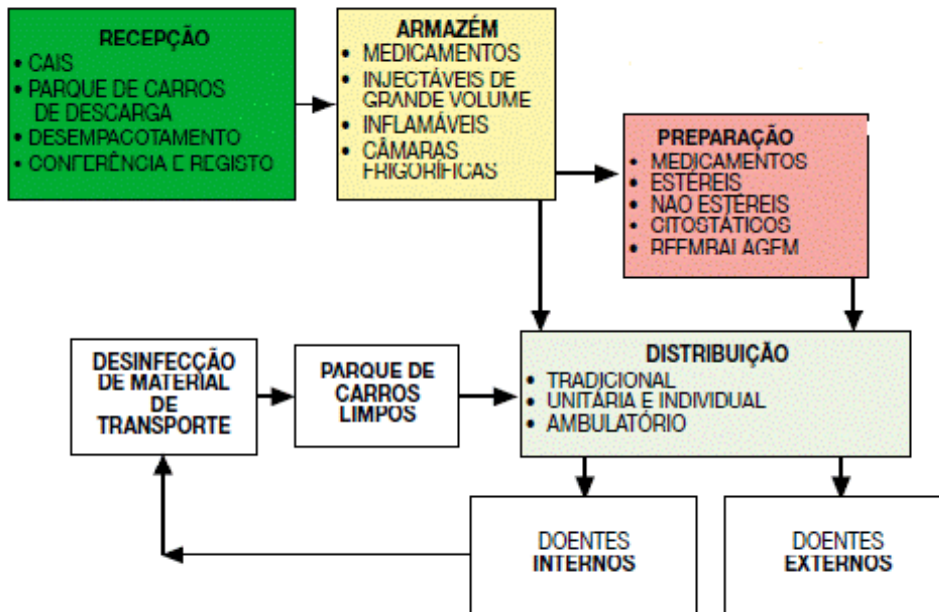

110000367

DESIGNAÇÃO


Cálcio cp.eferv. 500mg
(25mEq Ca²⁺)


LOCALIZAÇÃO GERAL	OBSERVAÇÕES 792 <i>sem cixa</i>
-----------------------------	---

Anexo II – Esquema do circuito do medicamento (adaptado de [6])



Anexo III – Exemplar de uma AUE

 **GOVERNO DE PORTUGAL**
MINISTÉRIO DA SAÚDE

 **infarmed**
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

A/C Serviços Farmacêuticos
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE

Largo do Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
Fax.: 222 087 414
Tel.: 222 087 414/223 320 3

nossa ref: 2425 /DAM/9.1.29

assunto: **AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCECIONAL N.º 2425 - ANO DE 2015**

Ex.mo(a) Senhor(a),

Nos termos da alínea a) do artigo 92º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto e de acordo com regulamento aprovado pela Deliberação n.º 105/CA/2007, de 1 de Março, cumpre-me informar V. Ex.ª que foi concedida, por despacho do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. de 29-01-2015, a autorização de utilização excecional para o medicamento abaixo indicado, requerida em 16-01-2015.

CATAPRES - Clonidina - 150 mcg/ml - Solução injectável


QUANTIDADE: 50 ampolas de 1 ml
TITULAR DE AIM: BOEHRINGER INGELHEIM
PAÍS: Reino Unido
FABRICANTE: BOEHRINGER INGELHEIM
DISTRIBUIDOR: IDIS LIMITED
PROCEDÊNCIA: Reino Unido
ALFÂNDEGA: Aeroporto do Porto
CONSIGNATÁRIO: **DHL EXPRESS

De acordo com a alínea a) do n.º 2 do artigo 11.º da Deliberação n.º 105/CA/2007, de 1 de Março, esta AUE é válida até ao último dia do ano para que foi concedida. De acordo com o artigo 15.º desta Deliberação, deverá V. Ex.ª comunicar, até 30 dias após o termo de validade, as quantidades não adquiridas e as quantidades não utilizadas do medicamento.


Todos os assuntos relacionados com esta AUE devem referir o respetivo n.º de autorização. Mais se informa que esta AUE foi excecionalmente autorizada, devendo futuros pedidos garantir a existência de um distribuidor em Portugal, autorizado pelo INFARMED, I.P., acessível em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/DISTRIBUIDO RES_POR_GROSSO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/DISTRIBUIDO_RES_POR_GROSSO).


Com os melhores cumprimentos,

A Direção de Avaliação de Medicamentos

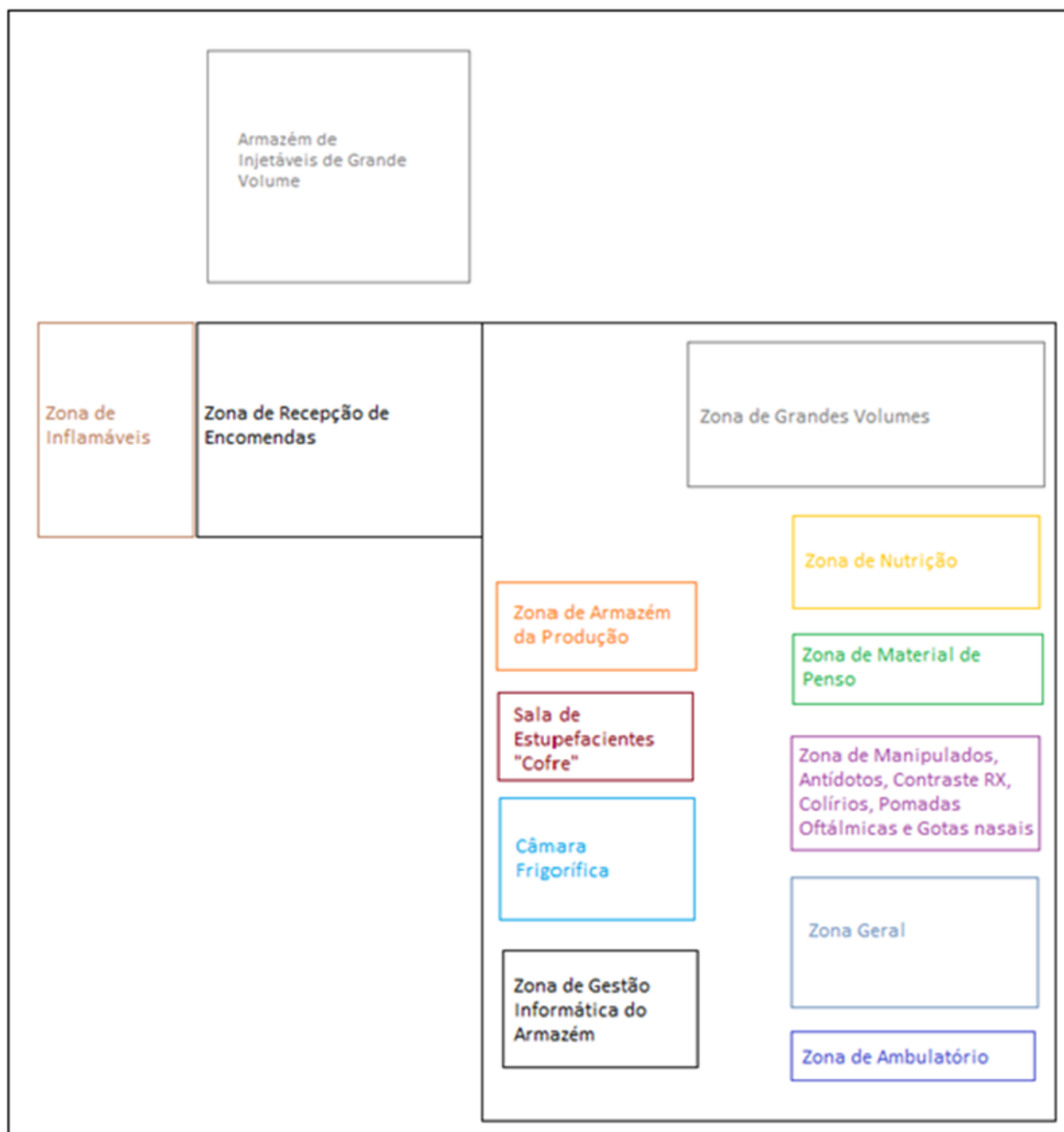

Carlos Almeida
Direção de Avaliação de Medicamentos

Telefone: 21 798 7212/5204

 **INFARMED** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Parque da Saúde de Lisboa - Av. do Brasil, 53
1749-004 Lisboa - Portugal
Tel.: +351 217 987 100 Fax: +351 217 987 316 Website: www.infarmed.pt E-mail: infarmed@infarmed.pt

 **35**
Anos de Serviço

Anexo IV – Esquema do Armazém 1001



Anexo V – Ordem de Preparação de Medicamentos Não Estéreis

centro hospitalar do Porto		FICHA DE PREPARAÇÃO				Farmacêutico Supervisor		
						nmec	rubrica	
Suspensão Oral de Captopril 1 mg/ml Fr. 100mL				Data de preparação	Prazo de validade			
				22-02-16 12:21	23-03-2016			
Teor em Subst. Activa(s): 1,0 mg/ml		100,0	mL	Lote				
Forma Farmacêutica: suspensão oral		SUCPT0,142422COAM						
Adaptado de FGP A. VII. 7.								
A. Materiais e Equipamento								
Material / Equipamento	QT	Lote	Origem	Operador				
Material de Preparação	Almofariz de porcelana	1						
	Proveta graduada 100mL	1						
	Vareta de vidro	1						
	Balança analítica	1						
	Papel indicador de pH	1						
Embalagem Primária	Frasco vidro âmbar 100mL	1						
Embalagem Secundária	Manga de plástico	qb						
B. Formulação e Avilamento das Matérias-Primas								
Matérias-Primas	Nº Lote	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100mL	Quantidade a usar	Quantidade usada	Rubrica Operador	
Captopril comprimidos 25mg				100,00 mg	100,00 mg	4 cp		
Xarope Comum qbp				qbp 100,0 mL	qbp 100 ml	mL		
C. Preparação								
Operações						Rubrica Operador		
1. Verificar o estado de limpeza do material a utilizar.								
2. Em almofariz de porcelana, triturar e pulverizar a pó fino os comprimidos de captopril.								
3. Adicionar aos poucos o Xarope Comum, homogeneizando.								
4. Transferir para proveta graduada.								
5. Completar o volume.								
6. Acondicionar em frasco de vidro âmbar.								
7. Rotular.								
D. Verificação								
Ensaio	Especificação	Resultado		Ensaio	Especificação	Resultado		Operador
		Conf.	Nconf.			Conf.	Nconf.	
Cor	Suspensão incolor ou levemente amarelada			pH	Entre 2,5 e 3,5			
Aspecto	Suspensão límpida			Quantidade	mL(+/- 5%)			
Aprovado		Rejeitado		Supervisor				
E. Acondicionamento/ Condições de conservação/ Prazo de utilização								
A solução é estável durante 1 mês quando conservada no frigorífico e acondicionada em frasco de vidro âmbar, tipo III (FPVII) bem fechado. Rotular devidamente.								
F. Rotulagem								
Suspensão Oral de Captopril 1 mg/ml Fr. 100mL		Cada ml de suspensão oral contém 1mg de Captopril. Via de administração: oral. Posologia de acordo com indicação médica. Manter fora do alcance e da vista das crianças. CIP - Serviços Farmacêuticos, Div. Tec. De Perceção Rуха.			Observações: Os equipamentos/materiais que contactem com o captopril ou com misturas contendo esta substância devem ser recobertos com uma folha de alumínio, de forma a minimizar a degradação do captopril.			
Data Prep.:	22-02-2016							
Válido até:	23-03-2016							
Lote:	SUCPT0,142422COAM							
Conservar:								

Anexo VI – Especificações do Controlo de Qualidade de Medicamentos Não Estéreis

ESP_SFAR.GER.024/0

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
Hospital de Santo António

ESPECIFICAÇÕES DE MANIPULADOS- SOLUÇÕES ORAIS

FORMULAÇÃO	COR/ ASPETO	Ph	P. Validade (dias)	Ref. Bibliográfica
Ac. Cítrico, Sol. Aquosa, 25%, Fr. 5mL	Incolor	1--2	30	FGP B.16
Ac. Ursodesoxicólico, 1,5%, Fr. 50mL	Branco/ Leitoso	6--7	30	M. At. Pág. 99
Alopurinol 20mg/mL Fr. 50mL	Branco	S/I	30	M. At. Pág. 14
Amiodarona 0,5% Fr. 80mL	Homogéneo após agitação	4--5	30	M. At. Pág. 15
Amitriptilina 2,5mg/mL Fr. 50mL	Incolor/ Amarelado	5--6	60	M. At. Pág. 16
Azatioprina 1%, 30mL	Amarelo	5--6	30	USP31- NF26 PgB1
Baclofeno 5mg/ mL Fr 70mL	Homogéneo após agitação	4 -- 5	30	USP31- 24 Ed PgB3
Captopril, 1mg/mL, 100mL	Incolor/ Amarelado	2 -- 3	30	FGP A.VII.7
Cetamina 10mg/mL, Fr.100mL	Transparente/ Limpido	S/I	30	Rev. Soc. Espanh. Dolor 12:235-241,2005
Ciprofloxacina 50mg/ mL, Fr. 100mL	Branco/ Homog após agitação	5 --6	14	LEF
Citrato Cafeina 1%, 10mL	Incolor/ Limpido	2 --3	30	FGP A.VI.7
Citrato Cafeina 2%, 10mL	Incolor/ Limpido	2 --3	30	Am J Hosp Pharm 1984; 41:2405-6
Citrato Cafeína, Veículo, 500mL	Incolor/ Limpido	6--7	90	FGP A.VI.7
Citrato Sódio 3%, 100mL	Incolor	8 --9	60	S/I
Clonidina 0,001mg/mL, Fr. 150mL	Incolor/Ligeiram opaco	3 --4	15	IPC - Vol.11 Nº1.Jan/Fev 2007
Diazepam 0,4mg/ mL, Fr. 50mL	Opaco/ Branco	4 --8	14	LEF
Espironalactona 2mg/mL 100mL	Opaco/ Branco	6--7	30	Pediatric Drug Formulations
Fenobarbital 1%, 50 mL	Opaco/ Branco	6--7	60	FGP A.VI.7 e B.12
Furosemida 2,5mg/mL, 40mL	Incolor/ Transparente	7--8	30	S/I
Gabapentina 100mg/ mL, Fr. 20mL	Opaco/ Incolor	6--7	30	M. At. Pg. 45

Alexandra Magalhães - Fev 2015

Serviços Farmacéuticos
Farmacotecnia

Anexo VII – Especificações do Controlo de Qualidade de Medicamentos Não Estéreis (cont.)

ESP-SFAR-GER.024/0

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
Hospital de Santo António


ESPECIFICAÇÕES DE MANIPULADOS- SOLUÇÕES ORAIS (Cont.)

FORMULAÇÃO	COR/ ASPECTO	Ph	P. Validade (dias)	Ref. Bibliográfica
Hidrato Cloral 10%, 50mL	Incolor/ Limpido	4--6	15	M. At. Pg. 50
Hidroclorotiazida 2mg/mL, 100mL	Branco/ Opaco	5--6	30	S/I
Hidrocortisona 0,25%, 50 mL	Branco/ Opaco	2--3	30	FGP A.V. 1
Metilcelulose com Parabens 0,5%, 1L	Transparente/ Incolor	6--7	180	Pharmabooks SP2007
Metilcelulose com Parabens 1%, 1L	Transparente/ Incolor	6--8	180	Pharmabooks SP2008
Metilcelulose com Parabens 1%, 1L	Transparente/ Incolor	6--9	180	Pharmabooks SP2009
Metoprolol 1mg/mL, Fr 100mL	Transparente/ Incolor	2--3	100	S/I
Metronidazol 20mg/mL, Fr. 125mL	Branco	5--6	15	S/I
Midazolam 2,5mg/mL, 20mL	Incolor	4--5	30	Pharminfotech
Morfina 0.2mg/mL, 50mL	Incolor	6--7	30	S/I
Nifedipina 1mg/mL, 100mL	Amarelo	5--6	30	FGP A.VIII.7.33
Nitrofurantoina 5mg/ mL, Fr. 100mL	Amarelo	5--6	30	FGP A.III.4
Oseltamivir 15mg/mL Fr. 50mL	Incolor/ Levemente amarela	4--5	30	Documentação LEF/ RCM
Prednisolona 5mg/mL, Fr. 50mL	Branco	5--6	30	M. At Pág. 82
Propranolol 1mg/mL Fr. 80mL	Incolor/ Transparente	3--4	30	FGP A.VIII.3
Ranitidina 25mg/mL, 50mL	Amarelo pálido	6--7	30	FGP A.VIII.4
Sacarose 24%, 30mL	Incolor/ Homogéneo	7--8	15	Sikkids.ca
Sildenafil, 2,5mg/mL, 80mL	Branco/ Opaco	4--5	15	Am J Hosp Pharm 2006; 63:254-7
Substituto de Saliva, Fr 50mL	Incolor	8--9	60	Doc. LEF - IJPC
Trimetoprim 10mg/mL, Fr. 30mL	Opaco	7--8	60	FGP A.III.2

Alexandra Magalhães - Fev 2015

Serviços Farmacêuticos
Farmacotecnia

Anexo VII– Rótulo de Medicamentos Não Estéreis

		Resina Permutadora de Cátions 20g 25 Papéis medicamentosos		Resina Permutadora de Cátions 20g	
Cada papel contém 20g de Resina Permutadora de Cátions. Via de administração oral. Manter fora do alcance e da vista das crianças. Posologia de acordo com indicação médica. CIP - Serviços Farmacêuticos, Dr. Tec.: Dr. Patrocínio Rocha.					
Data Prep.: Válido até:	20-01-2016 18-07-2016	Prep:20-01-16	VAL:18-07-16	Resina Permutadora de Cátions 20g	
Lote:	PPRPI2042389LSLA Conservar em local seco e fresco	Lote:	PPRPI2042389LSLA Conservar em local seco e fresco	Resina Permutadora de Cátions 20g	
				Prep:20-01-16	VAL:18-07-16
		Lote:	PPRPI2042389LSLA	Lote:	PPRPI2042389LSLA
		Conservar em local seco e fresco		Conservar em local seco e fresco	

Anexo VIII – Ordem de Preparação de Nutrição Parentérica

Nº do processo	IG →	32	Nome →	MJD - Centro Hospitalar do Porto	
8841000	7 D %NPT	86%			
Data administração	Data início NPT	Peso (g)	Líquidos da NPT?(ml/d):	Glicose? (mg/kg/min):	
21-01-2016	15-01-2016	1160	149,0	6,5	

Solução I (Juntar heparina a 0,5U/ml)

produto	dose por kg/dia	Volume (ml)	Volume Farmácia
SG 5%		0	
SG 10%		70	85,7
SG 30%		13	15,7
Primene (10%) 0,5 - 3 g/kg/d	3,3	37,9	46,4
Gluc Ca 10% 1 ml = 9mg Ca 7 - 120 mg/kg/d	61,9	8,0	9,8
Sulfato Mg 20% 1,6 mEq=19,7mg/ml 4 - 6 mg/kg/d	4,3	0,3	0,3
Gluc Zn 0,1% 1000 µg/ml 50 - 250 µg/kg/d	129	0	0,2
NaCl 20% 3,4 mEq/ml 2 - 5 mEq/kg/d	2,6	0,9	1,1
KCl 7.5% 1 mEq/ml 1 - 3 mEq/kg/d	1,5	1,7	2,1
Soluvit N 1 ml/kg/d	1,0	1,2	1,4
Peditrace 1 ml/kg/d	0,0	0,0	0,0
Glycophos 31 mg/ml 25 - 68 mg/kg/d	37,0	1,4	1,7
Fosfato monoK mg/kg/d		0,0	
ml/d	ml/h	horas/dia	Farmácia
134,4	5,6	24,0	164,4

Solução II

produto	dose por kg/d	volume (ml)	Volume Farmácia
SmofLipid 20% g/kg/d	1,7	10,0	13,4
Vitalipid N ml/kg/d	4,0	4,6	6,2
ml/d	ml/h	horas/dia	Farmácia
14,6	0,6	24,0	19,6
Peso esperado 197,7(± 5%) Bolsa de 250 ml		187,8	207,6
Medido:	OK?	SIM	NÃO
Aporte Hídrico da NPT ml/kg/d		128,4	
Relação cal não proteicas/cal prot.		4,0	
Aporte total de Sódio mEq/kg/d		5,0	
Concentração de K+ (mEq/L)		12,95	
Carga Calórica Kcal/kg/d		66	
Osmolaridade mOsm/l		789	
Relação Ca/P (mg/mg) RNPT 1.7; RNT 1.7-2.2		1,7	
Concentração de glicose (%)		8,1	

Médico(a): ~~Miguel Costa~~

Observações: AHT 150 mL/kg/d. Medicação 1 mL. Leite contabilizado 24 mL (14%)

Anexo IX – Rótulos de Medicamentos Estéreis

SOLUÇÃO I: Mistura de nutrição parentérica				MJD - CHPorto	
XXXXXXXXXXXX				Processo XXXXXX	
Composição: prescrito		total			
	ml	ml		presc. ml	total ml
Glucose 5%	0,0				
Glucose 10%	70,1	85,7		Na 0,9	1,1
Glucose 20%					
Glucose 30%	12,8	15,7			
Primene 10%	37,9	46,4		K 1,7	2,1
Gluc Cálcio 10%	8,0	9,8			
S. Magnésio 20%	0,3	0,3			
Gluc Zinco 0,1%	0,1	0,2			
Solvit N	1,2	1,4		Hep 1,34	1,64
Peditrace	0,0	0,0		50 UI/ml	
Glycophos	1,4	1,7			
Fosfato monoK	0,0			5,6	ml/h
Preparado para o dia:			Prazo de validade:		
21-01-2016			24-01-2016		
Lote NPT XXXXXX 21/1/2016-I					
Volume total (ml)		164			
Volume p/sist(ml)		50			
Manter fora do alcance das crianças.					
Via de administração: IV perfusão. Posologia: segundo indicação méd.					
CHP - HSA - Serviços Farmacêuticos - Dir Tec: Dra Patrocínia Rocha					

SOLUÇÃO II: Lípidos + vitaminas lipossolúveis				MJD - CHP	
XXXXXXXXXXXX				Processo XXXXXX	
	presc(ml)		total(ml)		
SmofLipid 20%	10,0		13,4	Manter fora do alcance das crianças. Via de administração: IV perfusão. Posologia de acordo c/ indicação médica. CHP-HSA Serv. Farmacêuticos Direção Técnica Dra Patrocínia Rocha	
		14,5			
Vitalipid	4,6		6,2		
Preparado para o dia		Validade			
21-01-2016		25-01-2016			
Volume p/sistema					
5 ml					
Lote NPT XXXXXX 21/1/2016-II					

Anexo X – Exemplo de um Protocolo Clínico



Cancro – Osteosarcoma

PRT.DCDE.ONC.GER.001.0

PROTÓCOLOS CLÍNICOS

Protocolo Oncológico / Quimioterapia e Radioterapia

“PA” –Cisp+Doxo

Terapêutica Primária

Protocolo teórico

Cisplatina	100 g/m ²	IV (60 M)	Dia 0;	21;	42	QT pré-operatório
Adriamicina*	25 mg/m ²	IV (bolus)	Dia 0,1,2;	21,22,23;	42.43.44	

** Alternativa: Adriamicina 25 mg/m² dia 1, 2, 3 em infusão contínua de 4 horas.

Semana 9 (dia 63)

Cirurgia**

Duas semanas após a cirurgia – dia 77 (semana 11)

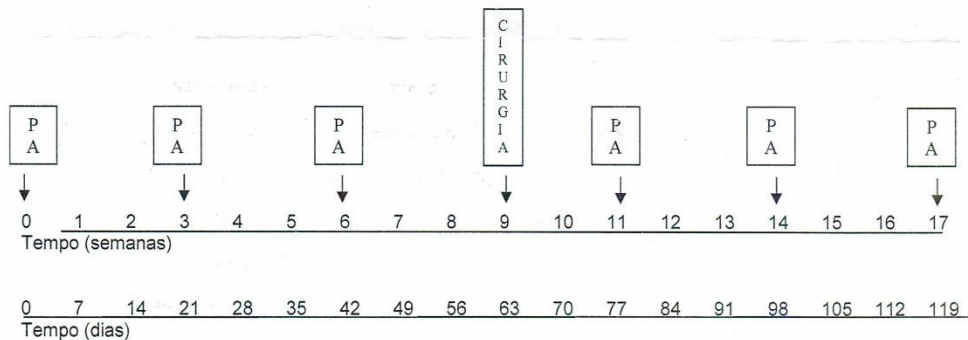
Semana 11 (dia 77) – 2 semanas após cirurgia):

Cisplatina	100 g/m ²	IC (4 H)	Dia 77;	98;	119,	QT pós-operatório
Adriamicina	25 mg/m ²	IV (bolus)	Dia 77,78,79;	98,99,100;	119,120,121	

* Alternativa: Adriamicina 25 mg/m² dia 1, 2, 3 em infusão contínua de 4 horas.

** Antes da cirurgia reavaliar com os mesmos exames que estavam alterados no início

Factores de crescimento dos neutrófilos como necessário

PA = Cisplatina 100 mg/m²/dia 1, Doxorubicina 25 mg/m²/dia 1,2,3

Anexo X – Exemplo de um Protocolo Clínico (cont.)

Cancro – Sarcoma Tecidos Moles**Preparação das injeções**

Cisplatina
Solução pronta (1 mg/ml)

Adriamicina
Solução pronta (2 mg/ml)

Duração média do ciclo:

- Dia 1 6 H
- Dia 2,3 1 H

Modo de administração - Usar cateter venoso central**Risco emético**

- Dia 1 alto
- Dia 2,3 moderado

Dias 1 (Cisplatina e Adriamicina)

1.
 - 1.1. 1.000 ml de soro fisiológico IV - a correr em 90 minutos.
 - 1.2. **Fosaprepitant 150 mg** IV 1 hora antes da cisplatina
 - 1.3. Nos últimos 15 minutos do soro fazer 100 ml de soro fisiológico com uma ampola de um dos **inibidores dos receptores de 5HT3** (ex. Granisetron, Topisetron, Ondansetron, ...) em y.
 - 1.4. **Dexametasona** 10 mg em 100 ml de soro fisiológico IV a correr em 15 min.
2. *Imediatamente antes da administração da cisplatina*
 - 2.1. 100 ml de manitol a 20% IV - a correr em 15 minutos
 - 2.2. Furosemide ½ ampola (10 mg) em bolus IV.
3. 250 ml de soro fisiológico (NaCl 0,9%) + 12,5 ml de cloreto de sódio hipertónico (NaCl 20%) + **Cisplatina (100 mg/m²)** IV, durante 60 minutos
 - 3.1. 150 ml de manitol a 20% IV - a correr em 15 minutos.
 - 3.2. Furosemide 1 ampola (20 mg) em bolus IV.
4. 1.000 ml de lonosteril G + 10 mEq de cloreto de potássio (KCl) IV a correr em 90 minutos
5. 1.000 ml de lonosteril G + 10 mEq de cloreto de potássio (KCl) IV a correr em 90 minutos
6. **Adriamicina (25 mg/m²)** em bolus IV
7. Lavar o sistema com soro fisiológico, heparinizar o cateter central e fazer penso adequado.

Terapêutica para o domicílio

Cálcio 500 mg oral	12/12 horas durante 8 dias
Magnésio 500 mg oral	8/8 horas durante 8 dias
Metoclopramida 10 a 20 mg oral	em SOS (4 x dia) ou ondansetron 8 mg dia por via oral

Dia 1 e 2 (Adriamicina)

1. 500 ml de soro fisiológico IV para manter veia
2. 100 ml de soro fisiológico + 1 ampola de **inibidor de 5HT3** (Topisetron; Granisetron, Ondansetron, ...) IV a correr em 15 minutos
3. **Doxorrubicina (20 mg/m²)** em bolus IV lento (3 a 5 minutos)
4. Lavar abundantemente a veia e retirar o soro
5. Filgastrin 5 µg/kg SC dia 3-10 de cada ciclo (ponderar)

* Hidratação oral é fortemente encorajada. Os doentes devem fazer uma hidratação oral e/ou IV de 2-3 litros no dia da quimioterapia

Nota: ± Lorazepan 0,5 a 2 mg oral ou Sublingual cada 4 ou cada 6 horas dia 1-4

Anexo X – Exemplo de um Protocolo Clínico (cont.)



Cancro – Osteosarcoma

PRT.DCDE.ONC.GER.001.0

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Protocolo Oncológico / Quimioterapia e Radioterapia

FONTES DE INFORMAÇÃOReferências bibliográficas

1. Bramwell VH, et al (BO 03/80861). J Clin Oncol 1992;10:1579-1591
2. Lewis LJ, et. (BO02/80831) J Nat Cancer Inst 2007;99:112-128
3. Souhami RL, et. (BO06/80931) Lancet 1997 ;350 :911-917

Glossário

1. IV, Intravenoso
2. Por via oral

Estado	Nome	Grupo Profissional	Categoria Profissional	Serviço	Cargo ou função	Data
Elaboração:	Dr. Franklin Marques	Médico	Assistente Hospitalar Graduado	Oncologia	Director de Serviço	Junho 2012
Validação clínica:	Dr. Franklin Marques	Médico	Assistente Hospitalar Graduado	Oncologia	Director de Serviço	Junho 2012
Aprovação local:	Dr. Franklin Marques	Médico	Assistente Hospitalar Graduado	Oncologia	Director de Serviço	Junho 2012
	Dr. Jorge Coutinho	Médico	Assistente Hospitalar Graduado	Hematologia Clínica	Presidente da Comissão Oncológica	
	Prof. Doutor Lopes Gomes	Médico	Chefe de Serviço	Cardiologia	Director do Departamento de Medicina	
Aprovação institucional: Dr. Paulo Barbosa					Director Clínico	

Data proposta para revisão: Sempre que necessário

Anexo XI – Exemplo de uma Ordem de Preparação derivada de Prescrição Manual

ORDEM DE PREPARAÇÃO DE CTX IM.SFAR.GER.180/0

Serviço: **HDO** Nome: _____ **1** Processo:

Fármaco: **Pembrolizumab** Dose: **148 mg**

Observações: **[Conector TAXOL]**

50mg recons. com 2.3mL agua ppi (final 50mg/2mL)

Subdose do CTX	Volume total rec.	Volume a medir:
2 x 50 mg	2 x 2,3 mL	4
	<i>agua ppi</i>	
50 mg	2,3 mL	1,92
	Volume total a medir:	5,92 mL

NaCl 0.9% 100mL SACO

NaCl 20% 12,5 mL

Tempo perfusão: 30 min Ritmo perfusão: 212 mL/h


PL TA Estabilidade horas: 20 h [2º a 8º C] Intravenosa

VOLUME TOTAL (mL) 105,9

28-10-2015

TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____
TDT: _____	TSS: _____	TDT: _____	TSS: _____

Anexo XII – Exemplo de uma Ordem de Preparação derivada de Prescrição Eletrónica

Processo:	Centro Hospitalar do Porto Unidade de Farmácia Oncológica Dir. Téc.
Doente:	HD Poliv. Camas
BEVACizumab 300mg Administração: Via Intravenosa	
Tempo Perfusão: 0h30min.	Ritmo perfusão: 224mL/h
Ut.Prepara: M918	Dt. Prepara: 12:12 22-02-2016
CONSERVAR À TEMPERATURA AMBIENTE (25°C). PROTEGER DA LUZ. Estabilidade: 48h após preparação	
Imunomoduladores	
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
1	cloreto de sódio a 0,9% (soro fisiológico) 100 ml
2	VOLUME TOTAL: 112 mL

Anexo XIII – Circuitos da Distribuição Clássica

Distribuição Clássica de Medicamentos: Circuito A:

Hospital Joaquim Urbano
Unidade de Farmácia Oncológica
Bloco Neoclássico
Cuidados Intensivos (Sistema Automático de Dispensa de Medicamentos: Pyxis Medstation®)
Urgência
Área de Decisão Clínica
Distribuição Clássica dos Serviços em Distribuição Individual Diária
Stocks HLS (UCIC e Sala de Diálise e Hemodiálise)
Nutrição Hemodiálise Adultos.

Distribuição Clássica de Medicamentos: Circuito B:

Centro Materno Infantil do Norte
Unidade de Farmácia de Ambulatório
Pedopsiquiatria
Psiquiatria de Ligação
Viatura Médica de Emergência Rápida
Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital de Dia Polivalente
Serviço de Técnicas Endoscópicas
Serviço de R/X
Fisioterapia
Consultas (Edifício Luís de Carvalho, Edifício Neoclássico, CICA, CICAP)

Distribuição Clássica de Medicamentos: Circuito C:

DID
Blocos do Edifício Luís de Carvalho
Ortopedia
Neurocirurgia
Fornecimento dos produtos de contraste radiológico
Dispensa de antissépticos e desinfetantes para todas as unidades e serviços

Anexo XIV – Modelo n.º 1804 da INCM

Número de série _____

VIA FARMÁCIA

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos ^())*

HOSPITAL _____ SERVIÇO _____

Médico <i>(Nome legível)</i> _____ N.º Mec. _____ ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente <i>(nome, B.I., n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i> _____ <i>Apor etiqueta auto-colante cistógrafo ou outro. Enviar tantos autocolantes, com a identificação do doente, quantas as unidades requisitadas</i>	Quadro A
REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA <i>(A preencher pelo médico)</i>		
Hemoderivado <i>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</i> _____ Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____ _____ _____		Quadro B

REGISTO de DISTRIBUIÇÃO N.º ____/____ <i>(*) (A preencher pelos Serviços Farmacêuticos)</i>				Quadro C
Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. Origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
Enviado ____/____/____	Farmacêutico _____	N.º Mec. _____		

() Excepcionalmente o Plasma Fresco Congelado Inactivado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo no serviço de Imunohemoterapia*

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante _____ N.º Mec. _____
(Assinatura)

Anexo XV – Modelo n.º 1509 da INCM

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

N.º

Serviços Farmacêuticos
do


Código
SERVIÇO
SALA

Medicamento (D.C.I.)	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 de serviço ou legal substituto Data ___/___/___ N.º Mec. _____	Assinatura legível do director do serviço farmacêutico ou legal substituto. Data ___/___/___ N.º Mec. _____	Entregue por (ass. Legível) _____ N.º Mec. _____ Data ___/___/___ Recebido por (ass. Legível) _____ N.º Mec. _____ Data ___/___/___
---	---	--

Anexo XVI – Exemplo de um Impresso usado na Prescrição de Material de Penso



centro hospitalar
do Porto

Via Farmácia

REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE PENSO

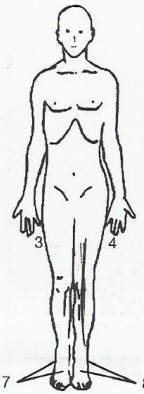
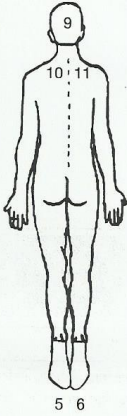
ÚLCERAS DE PRESSÃO - PQIP IM.SFAR.GER.023/0

urgente

serviço	<i>Dr. Vaz</i>
cama	<i>1</i>
data de admissão no serviço	<i>16/02/2016</i>
diagnóstico	<i>Distúrbio de ferida cirúrgica</i>
tipo de ferida (ver verso)	<i>cirúrgica</i>
Úlcera de Pressão: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>	
Continuação mesma úlcera pressão <input type="checkbox"/>	

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 <small>m / t / n</small>
1- Sacrum			
2- Cóccix			
3,4- Trocater			
5,6- Calcâneo			
9- Occipital			
7,8- Maleolo			
10,11- Escapular			
Outras Zonas		<i>para 1</i>	

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		


sinais clínicos de infecção	sim	x	não	
odor (o)	sim		não	x
necrose (n)	sim		não	x
exsudado (e)		1 gota	x	3 gotas
granulação (g)	sim	x	não	
epitelização (e.p.)	sim	x	não	


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

produto / medida (nome genérico)	26/2	2	28/2	2/3	4/3
<i>Iodosorb Dressing 8x10</i>	<i>2</i>	<i>—</i>	<i>2</i>	<i>—</i>	<i>2</i>

data *2016 / 02 / 26*

NOTA: autocopável


médico / enfermeiro 

n. mecanográfico 

assinatura legível

46

Anexo XVII – Impresso de Prescrição de Antídotos



**HOSPITAL GERAL de
SANTO ANTÓNIO SA**

INSTRUÇÕES

- Utilize estilográfica para escrever
- Prescreva com o nome genérico
- Identifique-se com assinatura, n.º mecanográfico e n.º de ordem

IM.SFAR.GER.013

PRESCRIÇÃO E REQUISIÇÃO DE ANTÍDOTOS

Diagnóstico: _____

Autoclante do doente

Serviço: _____

Cama: _____

Data	Prescrição	Dose	Freq.	Via	Lista dos Antídotos
Hora					<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>Antídotoxina</p> <p>Ácido ascórbico</p> <p>Anticoagulantes sintéticos</p> <p>Atropina 0,2% e 0,5%</p> <p>Dipenteno</p> <p>Carvão ativado</p> <p>Cálcio de injeção</p> <p>Daridona</p> <p>Difenciclina</p> <p>Dimetilglicina</p> <p>Edetato de cálcio e sódio</p> <p>Etileno diclorídico</p> <p>Etileno</p> <p>Fenobarbitálica</p> <p>Fenotiazina</p> <p>Flumazenil</p> <p>Fenol do cálcio</p> <p>Glucagon</p> <p>Hidrocortisona</p> <p>Ipecacuanha</p> <p>Insulina</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Metil</p> <p>Metildopa</p> <p>Nitroglicerina</p> <p>Nitroglicerina</p> <p>Neostigmina</p> <p>nitroglicerato de sódio</p> <p>Oxidolima</p> <p>Oxigénio</p> <p>Oxirina</p> <p>Penicilina</p> <p>Ritidona</p> <p>Protidona</p> <p>Propofol</p> <p>Protidona</p> <p>Sulfato</p> <p>Sulfato</p> <p>Soro antitetânico</p> <p>Soro contra o veneno da víbora europeia</p> <p>Teno de Felle</p> <p>Tessuto de vidro</p> </div> </div>

Resumo da história clínica:

O Médico: _____

N.º mecanográfico: _____

N.º da Ordem: _____


35 866 8452

5001 5006 08 - 4to.º Página

Anexo XVIII – Esquema de Aviamento de Malas de Medicação

IM.SFAR.GER.106/6

Pág. 1 de 1



centro hospitalar do Porto

Impresso

Esquema de Aviamento e Entrega da Dose Unitária


Data:

Carro	FIM Previsto	Técnico	Almoço	Hora Alt. Máx	Hora Alter.	Técnico	AOP	Hora Saída Máx	Hora Saída	Devolução mala	
Carro 0	Ginecologia (M2/M4)		P2 e P4 12:30-13:00 G 13:00-13:30 P1 e P3 13:30-14:00	13:45		G	TARDE	13:45		T	
	U. L.Gin/Obst (M2/M4)	G				T					
	Obst.Cul. Esp. (M2/M4)	G				T					
Carro 0A	Obst. Puerp. (M2/M4)			14:15	14:15		G	APF	14:15		P1eP3
	IMCP (G1) CIP (G1)						P1eP3				
Carro 7	Med B (M2/M4)			14:45	14:45		G	Clássica	14:45		P2eP4
	SCI - UCI (G2)	G					P2eP4				
	SCI - UIMC (M2/M4)	G					P2eP4				
Carro 2	TCE (M2/M4)			14:45	14:45		G	Circuito	14:45		P1eP3
	Neurocirurgia (M2/M4)	G					P1eP3				
	Endócrino. (M2/M4)	G					P1eP3				
	Neurologia (M2/M4)	G	P1eP3								
Carro 1	Cirurgia 1 (P1)		S/1	S/1			TARDE	14:30		P2eP4	
	Cirurgia 2 (P2)					P2eP4					
	Cirurgia 3 (P1)					P2eP4					
Carro 4	Cir. Vascular (M1/M3)		15:00	15:00		M2	Soros	15:00		T	
	Nefro/Hemat. (M1/M3)					M2				T	
	UTHP (M1/M3)					M2				T	
Carro 3	Med. C/Gastr. (M1/M3)		15:15	15:15		T	Clássica	15:15		T	
	ORL/Oftalmologia (G2)					T				T	
	Cardio./UCIC (M1/M3)					T				T	
Carro 5	Medicina A (M1/M3)		15:20	15:20		T	TARDE	15:20		T	
	Fisiatria (M1/M3) UCIP (G2)					T				T	
Carro 6	Urologia (M1/M3)		S/1	S/1			Circuito	15:20		T	
	Ortop./UVM (M1/M3)					T				T	

Anexo XIX – Lista de Condições Clínicas ao abrigo da dispensa em Farmácia de Ambulatório

Patologias/Contextos Clínicos ao abrigo da Distribuição em Ambulatório
Fibrose Quística
Insuficiência Renal Crónica
Transplantes Renais
VIH
Hormonas de Crescimento
Síndrome de Turner
Perturbações de Crescimento
Esclerose Lateral Amiotrófica
Síndrome de Lennox-Gastaut
Patologias espásticas familiares e Ataxias cerebelosas hereditárias
Profilaxia de rejeição aguda de T. Hepático Alogénico
Hepatite C
Esclerose múltipla
D. Acromegálicos
D. Crohn Ativa grave ou com formação de fístulas
Infertilidade
Planeamento familiar
Anti-neoplásicos e Imunomoduladores
Tuberculose
Lepra
Polineuropática Amiloidótica Familiar

Anexo XX – Exemplo de uma Deliberação da CFT



centro hospitalar
do Porto

Ministério da Saúde - Centro Hospitalar do Porto
Hospital de Santo António – Hospital Joaquim Urbano – Centro Materno Infantil do Norte – Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães

**Comissão
de
Farmácia
e
Terapêutica**

Presidente
[]

*Director S.
Farmacêuticos*
[]

Médicos
[]

Farmacêuticos
[]

*Secretariado
Administrativo*
Ana Barros

Fax. / Tel.: []

Ext.: []

E-mail:
st@hgsa.min-saude.pt

Deliberação da CFT

Relator. []

Assunto: **Macitentano**

A CFT foi solicitada a pronunciar-se acerca da introdução no CHP do medicamento macitentano, tendo verificado que:

- O macitentano é um medicamento órfão, sujeito a receita médica restrita (uso hospitalar).
- Trata-se de um novo medicamento para a hipertensão arterial pulmonar (HAP) da família dos ETRA (antagonista dos receptores da endotelina A). Os ETRA são neste momento considerados de primeira linha no tratamento da hipertensão pulmonar primária e associada às conectivopatias. O macitentano tem uma eficácia ligeiramente superior ao comparador bosentano (comparação indirecta) e apresenta um perfil de segurança atual com menos limitações.
- Está aprovado em monoterapia ou em combinação, para o tratamento a longo prazo da HAP em doentes adultos em Classe Funcional II e III da OMS. Foi comprovada a sua eficácia em doentes com HAP, incluindo HAP idiopática e hereditária, HAP associada a doenças do tecido conjuntivo e HAP associada a cardiopatia congénita simples corrigida.
- O medicamento tem publicada a avaliação da sua custo-efectividade para utilização no SNS, pelo Infarmed, com aprovação para todas as indicações terapêuticas previstas no RCM. Conclui-se que o macitentano apresenta equivalência terapêutica em relação ao seu medicamento comparador bosentano e, na situação atual, o custo da terapêutica com macitentano é inferior ao custo da terapêutica com bosentano.
- O CHP é um dos Centros nacionais de Tratamento da Hipertensão Pulmonar e tem um grupo diferenciado de profissionais que garantem a adequada selecção e utilização dos medicamentos para essa indicação.

Tendo em conta estes factos a CFT delibera que:

- O CHP passará a disponibilizar macitentano, classificado no grupo D (deliberação), com justificação, para todas as indicações aprovadas, quando prescrito por médico especialista da Consulta de Hipertensão Pulmonar do CHP.
- A decisão de utilizar macitentano ou bosentano em cada doente, que nas condições atuais representa impacto económico semelhante para o CHP, fica ao critério da Consulta de Doenças Respiratórias do CHP.

Aprovado em reunião da CFT, em 24 de Abril de 2015.

O Presidente da CFT
[]
(Dr. [], assinatura digital)

Nota: Toda a correspondência deve ser enviada ao cuidado da Dra. Branca Teixeira, Serviços Farmacêuticos

Anexo XXI – Termo de Responsabilidade entregue ao doente em Ambulatório

[Escrever texto]



centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António . Maternidade Júlio Dinis . Hospital Joaquim Urbano
Termo de Responsabilidade

SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS

DIRECTOR

Dr.ª Patrocínia Rocha

Unidade de Farmácia
do Ambulatório do
Hospital de Santo
António

Farmacêuticas
responsáveis

Dr.ª Anabela Caldeira

Dr.ª Paulina Aguiar

Horário de
Atendimento

09H00 – 17H00

Segunda a Sexta

Tel.: 22 2077560

Secretariado

Ana Barros

Tel.: 22 2077500
Ext. 1338

E-mail:
sf@hgsa.min-saude.pt

Eu, _____,

portador do C.C./B.I. n.º _____, processo hospitalar CHP n.º _____,

pelo presente **declaro** ter recebido toda a **informação relevante ao uso e à conservação**

do(s) medicamento(s) que compõe(m) o meu tratamento e que periodicamente levanto

na Unidade de Farmácia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto,

responsabilizando-me pela boa utilização dos medicamentos e por garantir que os

mesmos são transportados e armazenados no domicílio de forma a garantir as

condições de conservação que me foram indicadas. Responsabilizo-me também por

qualquer extravio ou dano causado à medicação enquanto esta estiver ao meu

cuidado.

Nos meus impedimentos nomeio:

Nome: _____ C.C./B.I. n.º _____

Nome: _____ C.C./B.I. n.º _____


Nome: _____ C.C./B.I. n.º _____

para me representar perante os Serviços Farmacêuticos do CHP.

O utente:

Data:

Anexo XXII – Folheto Informativo sobre o Uso Correto do Medicamento entregue ao doente em Ambulatório



centro hospitalar do Porto

Publicação Informativa

Medicamentos de Ambulatório – Termo de Responsabilidade

PUB.SFAR.GER.062/0

Pág. 2 de 2

Os Medicamentos que lhe foram cedidos pelos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto são da sua responsabilidade, por isso, e para uma utilização segura, devem ser usados de forma responsável. Para tal, devem ser cumpridas algumas regras:

1) De acordo com a Lei o Utente ou o seu Representante devem identificar-se (BI/CC) de cada vez que se deslocarem aos Serviços Farmacêuticos.

2) Caso pretenda que outra pessoa possa levantar a sua Receita Médica, deve Nomear essa Pessoa.

3) Deve Transportar os Medicamentos de forma a garantir a sua correta conservação – atenção especial no caso de Medicamentos de Frio (usar mala térmica com termoacumulador).

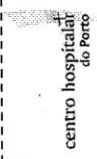
4) Deve guardar os Medicamentos num local fresco e seco. (Cozinha e Casa de Banho **NÃO** Especial Cuidado com Medicamentos de Frio – conservar no Frigorífico entre 2 a 8°C, nunca colocar na porta do frigorífico nem no congelador.



5) Não deve Emprestar ou Dar o seu Medicamento a ninguém em qualquer situação. Este medicamento é unicamente para si.

6) Deve Devolver à Farmácia os Medicamentos não utilizados para que os Farmacêuticos lhes dêem o devido seguimento.

7) O Utente é Responsável por qualquer Extravio ou Dano causado à Medicação enquanto esta estiver ao seu cuidado.



Anexo XXIII – Procedimento Interno relativo aos Ensaio Clínicos



Impresso

IM.SFAR.GER.051/1

Procedimento interno

Pág. 1 de 2

Nº Interno	
Medicamento de Ensaio	
Código do Protocolo	
Nome do Protocolo	
Nº de doentes incluídos	
Laboratório/CRO	
Investigador Principal/ serviço	

Objectivo do Estudo

Confirmação recepção da medicação

Anexo XXIII – Procedimento Interno relativo aos Ensaios Clínicos (cont.)



Impresso

IM.SFAR.GER.051/1

Procedimento interno

Pág. 2 de 2

Procedimento de dispensa		
Procedimento de manipulação		
Registos		
Informação ao doente		
Devolução do medicamento de ensaio	Não utilizado pelo doente	
	Prazo expirado	
	Outro motivo	
Destruição do medicamento/ embalagem vazia		

Elaborado por:

Data:

Anexo XXIV – Pharmacy File Index



ANEXO 1: MA.SFAR.GER.003

ENSAIOS CLÍNICOS
SERVIÇOS FARMACÉUTICOS

PHARMACY FILE INDEX

- 1. Study Contact List**
- 2. Pharmacy Visit Log**
- 3. Site Responsibility Log**
- 4. Study Communications**
 - 4.1. Correspondence
 - 4.2. Faxes
 - 4.3. Mails
- 5. Study Documents**
 - 5.1. Current Protocol
 - 5.2. Investigator Brochure
- 6. Regulatory Approvals and Correspondence – INFARMED**
- 7. EC/IRB Approvals and Correspondence**
 - 7.1. Central EC/IRB
 - 7.2. Local EC/IRB
- 8. Pharmacist CV**
- 9. Contracts/Insurance/Indemnity**
- 10.IVRS**
 - 10.1. Manual
 - 10.2. IVRS Confirmation Faxes
 - 10.3. IVRS Correspondence
- 11.Study Drug Information**
 - 11.1. Certificate of Analysis
 - 11.2. Re-Labeling Documents
 - 11.3. Other
- 12.Drug Shipment Receipts**
- 13.Supply and Return of Investigational Product**
- 14.Drug Accountability Log**
- 15.Code Break/Unblinding Instructions**
- 16.Documentation of Investigational Product Destruction (if applicable)**
- 17.Temperature Monitoring Log**
 - 17.1. Temperature Logs
 - 17.2. Temperature Excursion Plans
- 18.Miscellaneous**
 - 18.1. Investigational Product Handling Procedures
 - 18.2. Other

Anexo XXV – Formulário de Receção de Medicamentos de EC



Impresso

IM.SFAR.GER.050/1

Receção da Medicação de Ensaio Clínico

Pág. 1 de 1

RECEÇÃO DA MEDICAÇÃO DE ENSAIO CLÍNICO

No APF

Protocolo: _____

Transportadora: _____ **Nº Carta Porte:** _____

Nome de quem recebe: _____

Data: ___/___/___ **Hora:** ___:___

Assinatura: _____

No Sector de Ensaio Clínicos

Protocolo: _____

Nome de quem recebe: _____

Data: ___/___/___ **Hora:** ___:___

Assinatura: _____

Serviços Farmacêuticos
Sector de Ensaio Clínicos
Farmacêutico Responsável: Teresa Almeida
Telefone: 222077560

Anexo XXVI – Impresso de Prescrição de Medicamentos de EC



Impresso

IM.SFAR.GER.004/3

Prescrição de Medicamentos de Ensaio Clínico

Quadro A, B e C a preencher pelo Investigador

IDENTIFICAÇÃO DO ENSAIO		A
SERVIÇO:		
UNIDADE DO CHP:		
INVESTIGADOR/MÉDICO:		
CÓDIGO DO PROTOCOLO:		
NOME DO PROTOCOLO:		

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE		B
<small>PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO</small>	INICIAIS DO DOENTE:	
	Nº DO DOENTE:	
	BRAÇO DE TRATAMENTO: <small>TRATAMENTO A</small> / <small>TRATAMENTO B</small>	
ALTURA: _____ cm	DATA DE NASCIMENTO:	
PESO: _____ kg	VISITA Nº:	
SUP. CORPORAL: _____ m ²	DATA DA PRÓXIMA CONSULTA:	

PRESCRIÇÃO			C
MEDICAMENTO A DISPENSAR/Nº DO TRATAMENTO	QUANTIDADE	POSOLOGIA	

Assinatura do Médico: _____ Data: __/__/__

Quadro D a preencher pelo Farmacêutico

DISPENSA				D
MEDICAMENTO DISPENSADO/ Nº DO TRATAMENTO	QUANTIDADE	LOTE	R.V.	

Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: __/__/__ Hora: _____

Recebido por: _____

Serviços Farmacêuticos
Unidade de Ensaios Clínicos

Anexo XXVII – Certificado de Destruição local



Impresso

IM.SFAR.GER.047/1

Certificado de destruição local

Pág. 1 de 1

CONFIRMATION OF SUPPLIES LOCAL DESTRUCTION

Site Number: _____

Institution Name & Address: Centro Hospitalar do Porto
Serviços Farmacêuticos – Unidade Ensaios Clínicos
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 – Porto - Portugal

Name of Principal Investigator: _____

Name of Responsible Pharmacist: _____

We hereby certify that all unused medication, which have been received so far for the above referred study, have been destroyed according to GCP and local policy for investigational drugs.

Quantity of study drug destroyed: _____

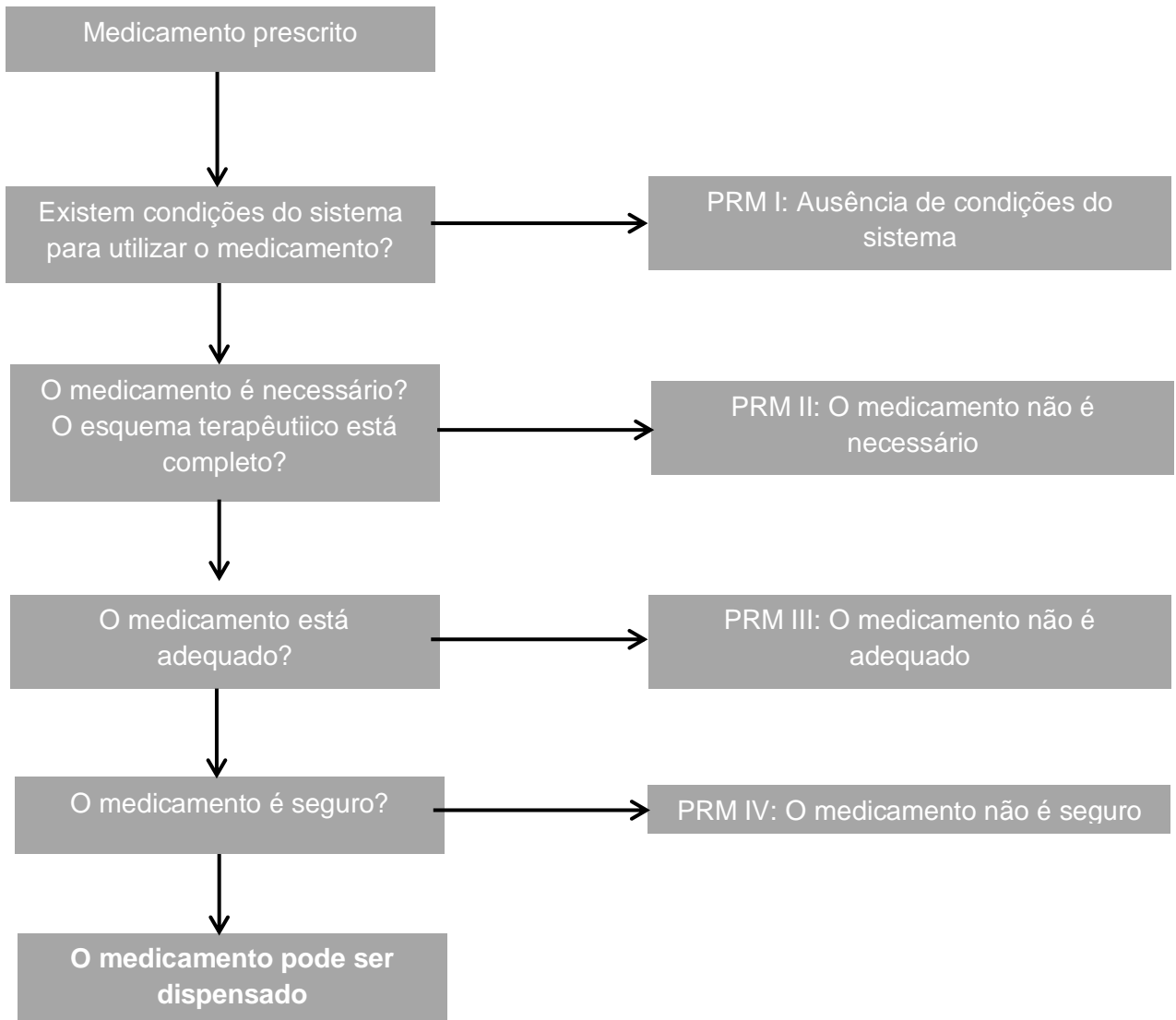
Batch Number: _____

Expiry Date: _____

Date of Destruction: _____

Date, name, and signature of the Pharmacist Responsible for Destruction:

Anexo XXVIII – Algoritmo de Intervenção Farmacêutica



Anexo XXIX – Sistema Interno de Classificação de PRM

PRM de tipo I: Existem condições do sistema para utilizar o medicamento?
<p>Medicamento não incluído no FHNM/Adendas</p> <p>Medicamento não cumpre deliberação</p> <p>Medicamento necessita de impresso próprio</p> <p>Medicamento não comercializado/descontinuado</p> <p>Medicamento em rutura de <i>stock</i></p> <p>Condições farmacoeconómicas do doente (Ex.: ajuste de dose, alteração de via de administração,...)</p> <p>Medicamento não disponível no CHP</p>
PRM de tipo II: O medicamento é necessário? O esquema terapêutico está completo?
<p>Medicamento prescrito não necessário</p> <p>Medicamento necessário não prescrito</p> <p>Esquema terapêutico não especificado/incoerente</p> <p>Uso compassivo</p>
PRM de tipo III: O medicamento está adequado?
<p>Dose subterapêutica</p> <p>Frequência inferior à recomendada</p> <p>Duração do tratamento inferior à recomendada</p> <p>Forma farmacêutica não adequada</p> <p>Substância ativa não adequada</p> <p>Via de administração não adequada</p>
PRM de tipo IV: O medicamento é seguro?
<p>Dose superior á recomendada</p> <p>Frequência superior à recomendada</p> <p>Duração do tratamento superior à recomendada</p> <p>Duplicação da terapêutica</p> <p>Contraindicação</p> <p>Alergia/intolerância</p> <p>Interação medicamento/medicamento</p> <p>Interação medicamento/alimento</p> <p>Reação adversa</p>

Anexo XXX – Sequência de Atuação Farmacêutica



a) Detecção de PRMs pelo farmacêutico:

- PRM de tipo I;
- PRM de tipo II;
- PRM de tipo III;
- PRM de tipo IV.

b) Intervenção Farmacêutica:

- Alertar o prescritor por escrito (via GHAF);
- Alertar o prescritor por via oral;
- Alertar a equipa de enfermagem;
- Não dispensar o medicamento;
- Suspender/colocar data de fim do tratamento.

c) Resultados da Intervenção Farmacêutica:

- Justificação clínica;
- Impresso apropriado;
- Medicamento suspenso;
- Troca por medicamento alternativo;
- Validação por médico especialista;
- Alteração da forma farmacêutica;
- Alteração da dose;
- Alteração da frequência;
- Alteração/definição da duração do tratamento;
- Alteração da via de administração;
- Dispensa como prescrito;
- Medicamento adicionado à prescrição;
- Clarificação do esquema terapêutico;

Alteração da unidade;

Alteração da substância ativa;

Sem resolução/alta;

Alteração da identificação do doente/ prescrição ao doente correto.



RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2015-16

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