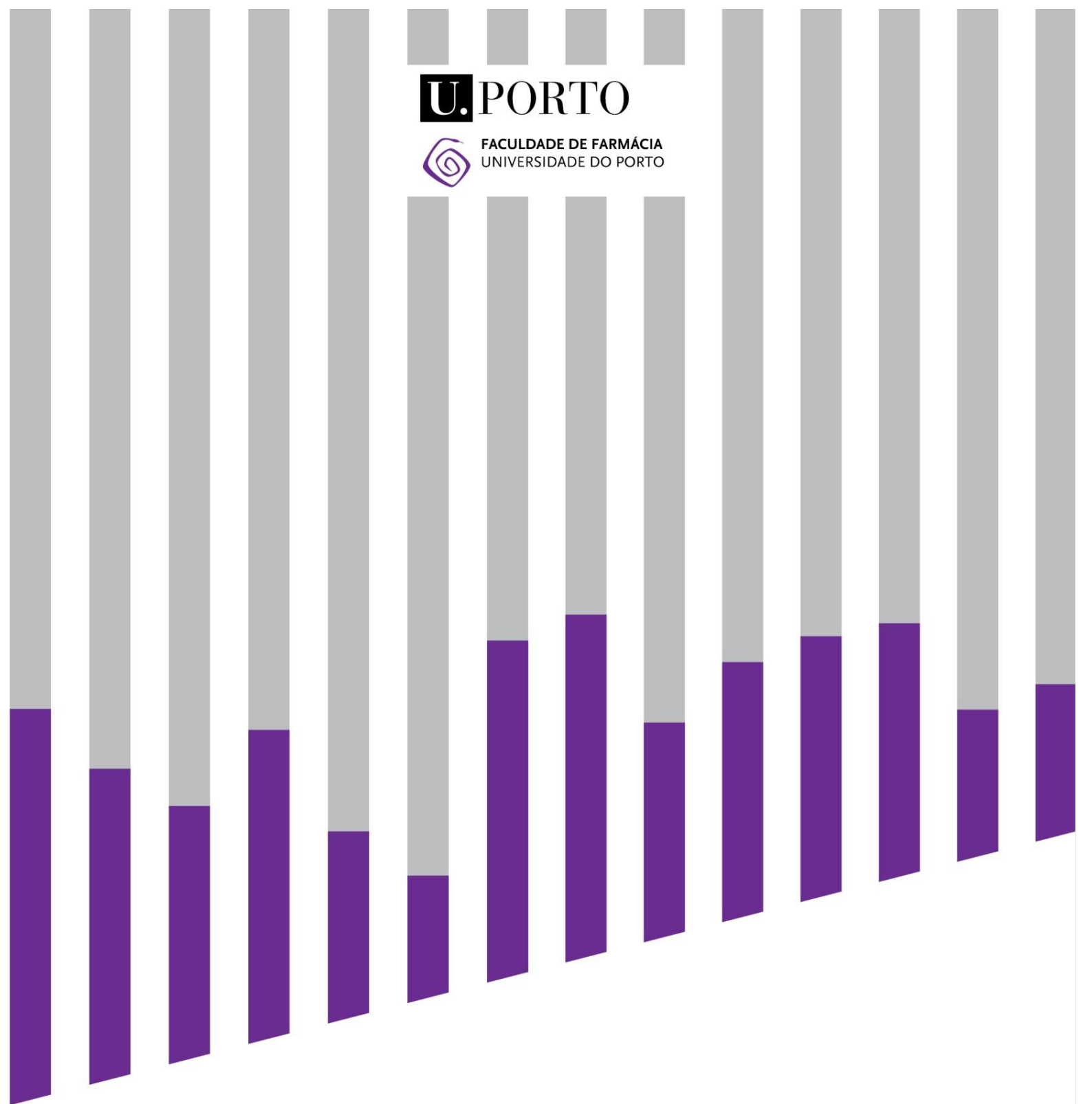




U.PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

FARMÁCIA MOURA (FAFE)

Natacha Gomes

2014

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Moura

Maio - Julho de 2014 e Outubro de 2014

Natacha Gomes

Orientador: Dr. Fernando Oliveira

Tutor FFUP: Prof. Doutora Helena Vasconcelos

Novembro de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Natacha Gomes, abaixo assinado, nº 200908092, aluna 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, 14 de Novembro de 2014

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Este estágio foi sem dúvida muito enriquecedor para mim. Aqui, sinto que aprendi, cresci, renovei os meus conhecimentos e, hoje sou uma pessoa diferente e, sem dúvida que esta experiência contribuí para tal. Neste estágio, aprendi a gerir o meu tempo, a testar as minhas capacidades, a minha vontade de conseguir e muito mais. Não vou dizer que foi fácil, que não houveram partes menos boas, que não me senti frustrada ou incompreendida em certos momentos, mas tudo faz parte, a vida é assim.

Desta forma, queria agradecer desde já à Farmácia Moura e à sua incansável equipa por me terem proporcionado esta possibilidade de aqui estagiar e por me terem proporcionado muitos bons momentos quer de aprendizagem como de divertimento.

Ao Fernando Oliveira (orientador de estágio), Mariana Rocha e Carina Alves (farmacêuticas da Farmácia Moura), agradeço a vossa incansável dedicação a mim durante estes quatro meses, agradeço todas as vossas palavras de motivação e apoio, por terem tido paciência comigo e por tudo o vosso ensinamento que me foi fundamental para completar esta última e tão importante fase da minha vida. Obrigado por se terem tornado bons amigos.

Aos meus pais, irmão e avó não podia deixar de agradecer. Vocês, mais que ninguém, sabem como estes cinco anos foram, além dos melhores da minha vida, os mais importantes. Mas nada disso seria possível sem o vosso suporte, carinho e amor. Obrigado por me terem deixado voar até aqui e por me terem apoiado em todas as circunstâncias.

Por fim, aos meus amigos, agradeço por me terem acompanhado ao longo destes cinco maravilhosos anos e, por saber que me vão continuar a acompanhar por muitos mais, seja qual for o nosso destino daqui em diante. Entre eles tenho, obrigatoriamente que destacar a Daniela, Ana, Tatiana, Joana, Gabriela, Fernando e Pedro, companheiros desta caminhada, e agora companheiros para a vida, por me terem dado sempre o vosso apoio quando eu precisei, as palavras e abraços dados nos momentos certos, por me terem proporcionado momentos inesquecíveis e por tudo mais.

Novas etapas vão iniciar-se, novas etapas a descobrir, por isso muito OBRIGADO a todos que fazem parte da minha vida e que me ajudaram a chegar até aqui.

RESUMO

O estágio em Farmácia Comunitária constitui uma etapa fundamental no processo de formação dos futuros farmacêuticos, permitindo o contato com o público e a realidade profissional. A realização deste estágio possibilita a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos e a aquisição de novos saberes, essenciais ao exercício da atividade farmacêutica de uma forma competente e responsável. Adicionalmente, o estágio promove o trabalho em equipa, o desenvolvimento das relações interpessoais e a consciencialização da importância de um conhecimento polivalente e atual.

Nesse sentido realizei, no período de 01 de Maio a 31 de Julho e de 01 a 31 de Outubro de 2014, o estágio em Farmácia Comunitária, na Farmácia Moura, em Fafe. O presente relatório consiste na materialização dos conceitos teóricos e da experiência prática adquirida ao longo dos quatro meses de estágio. Este é dividido em duas partes fundamentais. A primeira parte consiste na abordagem de dois casos de estudo que surgiram durante a minha prática de atendimento ao público, relevando a importância do aconselhamento Farmacêutico. A segunda consiste na descrição das atividades realizadas ao longo destes quatro meses de estágio em Farmácia Comunitária, desde os aspetos legais, até ao contato diário e próximo com o utente.

ÍNDICE GERAL

Declaração de Integridade	II
Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abreviaturas	IX
I - Declaração das actividades desenvolvidas na Farmácia Comunitária	1
1. <u>Introdução</u>	1
2. <u>Organização da Farmácia</u>	1
2.1. Recursos Humanos	1
2.2. Horário e Funcionamento	2
2.3. Caraterização Geral do espaço	2
2.3.1. Caraterização do espaço físico exterior	2
2.3.2. Caraterização do espaço físico interior	2
2.3.2.1. Zona de atendimento ao Público	3
2.3.2.2. Área de Receção de encomendas / Aprovisionamento	3
2.3.2.3. Área de Armazenamento	3
2.3.2.4. Gabinetes de Estética	3
3. <u>Fontes de informação</u>	4
4. <u>Gestão na Farmácia</u>	4
4.1. Sistema Informático	4
4.2. Encomendas e Aprovisionamento	4
4.2.1. Conhecer os fornecedores e as normas legais de aquisição	4
4.2.2. Efetuar, rececionar e conferir encomendas	5
4.2.3. Efetuar marcação de preços	6
4.2.4. Armazenar concretamente os medicamentos, conhecer o quadro legal em vigor	6
4.2.5. Respeitar os prazos de validade e de devolução dos medicamentos	7
4.2.6. Matérias-primas e reagentes	8
5. <u>Classificação e distinção dos medicamentos e outros existentes na farmácia e quadro legal aplicável</u>	8
5.1. Medicamentos sujeitos a prescrição médica	8
5.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica	8
5.3. Medicamentos Manipulados	8
5.4. Medicamentos homeopáticos e produtos farmacêuticos homeopáticos	8
5.5. Produtos dietéticos e produtos para a alimentação especial	9
5.6. Produtos fitoterapêuticos	9
5.7. Produtos cosméticos e dermocosméticos	10
5.8. Produtos e medicamentos de uso veterinário	10
5.9. Dispositivos Médicos	11
6. <u>Dispensa de medicamentos</u>	11
6.1. Receitas Médicas	11
6.2. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica	12

6.3. Dispensa de psicotrópicos e/ou estupefacientes	13
6.4. Comparticipações de medicamentos	14
7. <u>Medicamentos e produtos manipulados</u>	15
8. <u>Receituário e faturação</u>	15
9. <u>Automedicação</u>	16
10. <u>Valormed</u>	17
11. <u>Outros Cuidados de Saúde presentes na farmácia</u>	17
11.1. Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos	17
11.1.1. Medição de tensão arterial	17
11.1.2. Glicémia capilar	18
11.1.3. Perfil lipídico	18
11.1.4. Ácido úrico	19
12. <u>Formação continuada</u>	19
13. <u>Marketing na Farmácia</u>	19
14. <u>Conclusão</u>	20
II- Desenvolvimento dos casos clínicos	21
1. <u>Motivação da escolha do tema</u>	21
2. <u>Caso clínico 1 – Envelhecimento Cutâneo</u>	21
2.1. Rugas	21
2.2. Envelhecimento Cutâneo.....	22
2.2.1. Fatores intrínsecos	22
2.2.2. Fatores extrínsecos	22
2.3. Prevenção e tratamentos.....	23
2.3.1. Cremes anti-rugas	23
2.3.2. Tratamentos estéticos usados para rejuvenescimento da pele	24
2.3.2.1. Radiofrequência	25
2.3.2.2. Luz pulsada	25
2.4. Aconselhamento farmacêutico	26
2.5. CASO CLÍNICO- Aconselhamento Dermocosmético ANTI-RUGAS ..	27
2.6. Conclusão	29
3. <u>Caso Clínico 2 – Importância dos suplementos alimentares na perda de peso em casos de obesidade/ excesso de peso</u>	30
3.1. Motivação da escolha do tema	30
3.2. Introdução	30
3.3. Definição e classificação de obesidade	30
3.4. Tratamento da obesidade	32
3.5. Papel do Farmacêutico no aconselhamento sobre a perda de peso de forma equilibrada e sobre suplementos alimentares	38
3.6. Casos clínicos	39
3.7. Conclusão	42
Bibliografia	43
Anexos	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valores de referência para a pressão arterial (adaptado de OMS).....	18
Tabela 2 - Compostos mais usados em creme anti-rugas	24
Tabela 3 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades (OMS 2000).	31
Tabela 4 - Circunferência da cintura limite para o risco de complicações associadas à obesidade, segundo o sexo.....	32
Tabela 5 - Diferenças entre Suplementos Alimentares e Medicamentos	34
Tabela 6 - Casos clínicos	40

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Farmácia Moura, vista do exterior	55
Anexo 2- Farmácia Moura, vista do exterior (outra prespetiva)	55
Anexo 3 – Interior da Farmácia Moura (1)	56
Anexo 4 – Interior da Farmácia Moura (2)	56
Anexo 5 – Interior da Farmácia Moura (3)	57
Anexo 6 – Sala de espera para os tratamentos	57
Anexo 7 – Gabinetes de Estética para a realização de tratamentos	58
Anexo 8 – Gabinetes de Estética para a realização de tratamentos (2)	58
Anexo 9 – Armazenamento dos medicamentos de marca em gavetas	59
Anexo 10 – Armazenamento dos genéricos	59
Anexo 11 – Armazenamento dos medicamentos em excesso	60
Anexo 12- Armazenamento dos produtos sem rotação	60
Anexo 13 – Receita médica eletrónica	61
Anexo 14 – Receita médica manual	62
Anexo 15 – Verso de uma receita médica	63
Anexo 16 – Póster ilustrativo sobre quais os alimentos a evitar quando se tem ÁCIDO ÚRICO	64
Anexo 17 – Póster ilustrativo sobre quais os alimentos a evitar quando se tem GOTA	65
Anexo 18 – Concurso de fotografia realizado na redes sociais de forma a divulgar a Farmácia Moura	66
Anexo 19 – Entrega do prémio do Concurso de Fotografia à vencedora	67
Anexo 20 – Folheto informativo sobre a Campanha do dia Mundial Anti-tabaco	67
Anexo 21 – Folheto informativo sobre Gripes e constipações	68
Anexo 22 – Montra da Farmácia Moura (Junho de 2014)	69
Anexo 23 – Parte da Farmácia Moura (durante o Mundial 2014)	69
Anexo 24 – Artigo sobre o efeito de um produto cosmético	70
Artigo 25 – Artigo sobre o efeito de uma alimentação equilibrada na prevenção do envelhecimento cutâneo	71
Anexo 26 – Declaração de Autorização/Consentimento da utente para utilização das fotografias	72
Anexo 27 – Declaração de Autorização/ Consentimento da DT para utilização das fotografias tiradas na Farmácia Moura	73
Anexo 28 – Sessões de radiofrequência realizadas pela utente na Farmácia Moura	74

ABREVIATURAS

ADN – Ácido desoxirribonucleico
AHC – Ácido hidroxicítrico
AIM – Autorização de introdução no mercado
ARS – Administração Regional de Saúde do Centro
ANF – Associação Nacional de Farmácias
BI – Bilhete de identidade
BPF – Boas Práticas de Farmácia
CDG – Caixa Geral Depósitos
CLA – Ácido linoleico conjugado
CTT – Correios de Portugal
DCI – Denominação Comum Internacional
DGAE – Direção Geral das Atividades Económicas
DGAV – Direção Geral de Alimentação e Veterinária
DL – Decreto de Lei
DM – Dispositivo Médico
DMAE – 2-dimetil-aminoetanol
DT – Diretora técnica
FC – Farmácia Comunitária
FM – Farmácia Moura
FP – Farmacopeia Portuguesa
FEFO – *First expired, first out* (Primeiro a expirar, primeiro a sair)
FIFO – *First in, first out* (Primeiro a entrar, primeiro a sair)
HDL – Lipoproteínas de alta densidade
IMC – Índice de massa corporal
IV – Infravermelho
LED – *Light emitter diode* (díodo emissor de luz)
MA – mulher de 63 anos
MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica
MSRM – Medicamentos sujeitos a receita médica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OTCs – Over the counter
PA – Pressão arterial
PVF – Preço de venda à Farmácia
PVP – Preço de venda ao Público
SAMS – Sindicato dos Bancários
SAVIDA – EDP
SI – Sistema informático
SNS – Sistema Nacional de Saúde
TG – Triglicerídeos
UV – Ultravioleta
VPL – Luz pulsada

I. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

1. INTRODUÇÃO

As Farmácias Comunitárias (FC) desempenham um papel fundamental na nossa sociedade. Prestam serviços de acordo com as necessidades da população e baseiam-se em aspetos fulcrais como a promoção da saúde, prevenção da doença, redução de riscos; identificação precoce de pessoas consideradas de risco; seguimento e vigilância de doentes sob terapêutica; prestação de serviços continuados.

O Farmacêutico, enquanto profissional de saúde qualificado, desempenha um papel fundamental na assistência à população, uma vez que é um dos profissionais de saúde em que o utente mais confia. As funções assumidas por ele ultrapassam em larga o seu papel enquanto técnico do medicamento, sendo também considerado um agente de saúde pública ^[1].

Das competências de um Farmacêutico numa FC fazem parte o aviamento direto dos utentes, durante o qual, e, se for o caso, se avalia a conformidade das prescrições, fazendo parte das suas responsabilidades, promover o uso racional dos medicamentos, maximizando desta forma os benefícios dos mesmos e minimizando potenciais interações ou efeitos adversos a eles inerentes resultantes muitas vezes de polimedicação ^[1].

“Educar” os utentes quanto à importância da adoção de estilos de vida saudáveis, uso racional de fármacos e capacidade de despistar de forma precoce e reconhecer sinais de alerta, são algumas das aptidões sociais com impacto nos objetivos das políticas de saúde. O Farmacêutico é ainda co-responsável pela qualidade dos medicamentos dispensados, obedecendo para isso, à boas práticas de armazenamento e dispensa ^[1].

O objetivo deste estágio passa por mostrar a realidade de uma FC, bem como o papel do Farmacêutico na sociedade. Desta forma, pretende-se que o estagiário passe por todas as áreas desde receção de encomendas, aviamento de receitas e sua faturação de receitas.

2. ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA

2.1. RECURSOS HUMANOS

A Farmácia Moura (FM) é constituída por uma vasta equipa de profissionais com qualificações e formações adequadas para o exercício exemplar da sua profissão. Assim: Direção Técnica: Dr.ª Alda Maria Santana da Rocha; Farmacêutico-Adjunto: Dr. Fernando Ricardo Oliveira; Farmacêuticos: Dr.ª Carina Alves; Dr.ª Raquel Mariana Rocha; Dr.ª Ana Luísa Sousa (Estágio Profissional); Técnicos de Farmácia: Júlio Carvalho (proprietário), Dr.ª Ana Teixeira, Dr.ª Angélique Oliveira, Dr. João Cunha, Pedro Guimarães, Filipe Sousa; Ajudante

Técnica: Carlos Rodrigues; Podologista: Bruna Oliveira; Conselheira em Dermocosmética: Bela Baptista; Auxiliar de limpeza: D. Rosalina Gonçalves.

2.2. HORÁRIO E FUNCIONAMENTO

A FM presta um serviço global e profissional de assistência farmacêutica de segunda-feira a sábado das 8h30 às 20h30, ininterruptamente. Uma vez por semana, a farmácia encontra-se de serviço permanente, ou seja, em funcionamento durante 24 horas, sendo os atendimentos até as 9h do dia seguinte realizados através do postigo de atendimento noturno.

2.3. CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESPAÇO

A FM situa-se no centro de Fafe, na Rua Montenegro nº 191. É a farmácia mais antiga desta cidade existindo há mais de 50 anos. Porém, esta farmácia não estagnou no tempo e, é hoje, considerada uma das farmácias mais amplas e modernas da cidade.

2.3.1. Caraterização do espaço físico exterior

Conforme as Boas Práticas de Farmácia (BPF), a FM tem um aspeto exterior caraterístico e profissional, facilmente visível e identificável por meio de uma cruz verde, iluminada e com a inscrição “Farmácia Moura” e garante a acessibilidade a todos os potenciais utentes. Conforme o Decreto-Lei (DL) nº171/2012 de 1 de Agosto, o nome do Diretor Técnico (DT), o horário de funcionamento e a farmácia de serviço também se encontram visíveis no espaço exterior ^[2,3]. A fachada é constituída por uma porta envidraçada e uma montra que permite a fácil visualização dos produtos e sua divulgação sendo frequentemente remodelada de acordo com promoções vigentes e a época do ano, como por exemplo festividades ou produtos sazonais de Verão ou Inverno de forma a atrair os nossos utentes (Anexo 1 e 2).

2.3.2. Caraterização do espaço físico interior

Como referido nas BPF, o espaço interior da Farmácia deve ser profissional permitindo a comunicação eficaz com os utentes. A FM carateriza-se por ter um interior espaçoso, luminoso, ventilado e devidamente organizado, proporcionando, assim, um ambiente que permite uma fácil comunicação com o utente. Devem estar visíveis as indicações da proibição de fumar e da existência de livro de reclamações.

Encontra-se dotada de equipamentos e infra-estruturas necessárias às exigências atuais de FC, cumprindo todas as normas em vigor.

A Farmácia encontra-se dividida em várias zonas distintas: zona de atendimento ao público, 2 gabinetes de atendimento privado (No 1º gabinete realizam-se medições e determinações de parâmetros bioquímicos e o 2º gabinete destina-se a consultas de podologia),

área de receção de encomendas/ aprovisionamento, área de armazenamento, laboratório (área de preparação de manipulados), gabinetes de estética, escritório, área de descanso e instalações sanitárias.

2.3.2.1. ZONA DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO

A área de atendimento ao público é bem iluminada, ampla e confortável na qual existem 9 balcões de trabalho (4 balcões centrais e 5 laterais). Um dos balcões laterais encontra-se localizado junto à entrada da farmácia é utilizado como posto de atendimento e aconselhamento dermocosmético. Apresenta também uma série de lineares que expõe produtos de cosmética e higiene corporal, organizados por marcas e uso a que se destinam, como produtos de puericultura, podologia, cuidado capilar e dermatológico. Nos lineares atrás dos balcões de atendimento encontram-se expositores de produtos sazonais de maior procura, nomeadamente medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), também conhecidos como “over the counter” (OTCs), novidades, produtos promocionais e de maior necessidade de escoamento (Anexos 3,4 e 5). Esta área possui, ainda, uma balança eletrónica, um espaço infantil e uma zona de espera para os utentes que pretendem aguardar sentados.

A organização desta área é extremamente importante. Os produtos estão, estrategicamente, colocados de forma a serem facilmente avistados. As técnicas de marketing da farmácia são vastas, desde a colocação de expositores no *layout* da farmácia até à existência de áreas promocionais de determinados artigos.

2.3.2.2. ÁREA RECEÇÃO DE ENCOMENDAS/ APROVISIONAMENTO

Nesta zona, todas as encomendas que chegam à FM, provenientes dos diferentes fornecedores da farmácia, são rececionadas e conferidas. É uma área exclusiva aos funcionários da farmácia e aos fornecedores. Dispõe de todo o equipamento necessário para a receção e verificação de encomendas, controlo de *stocks*, devoluções, reclamações, marcações de preços, etc.

2.3.2.3. ÁREA DE ARMAZENAMENTO

Nesta área encontram-se armazenados produtos em excesso de grande volume ou produtos em grande quantidade por serem produtos de elevada rotação (fraldas, leites, colutórios, etc), não perturbando nem impedindo a correta circulação dos profissionais nesta área.

2.3.2.4. GABINETES DE ESTÉTICA

É um espaço destinado a pessoal devidamente especializado na estética onde se realizam diversos tratamentos: **Cavitação** (tecnologia não invasiva capaz de eliminar as gorduras); **Radiofrequência facial** (reduz os sinais de envelhecimento facial); **Radiofrequência corporal** (eliminação de celulite, estrias e flacidez e tonificação da pele);

Pressoterapia (estimulação da circulação venosa e linfática, edemas e celulite); **Hidrolinfa** (desintoxica o organismo); **Microdermabrasão** (exfoliação mecânica da pele); **Photocare** (tratamento para acne, rugas, psoríase, manchas); **Cyclone** (tratamento para a gordura localizada); **Massagens de relaxamento**; **Massagens terapêuticas**. Este espaço é, igualmente, utilizado para a prestação de outros tipos de serviço como consultas de nutrição, sessões de acupuntura, fisioterapia e aulas de parto com um enfermeiro (Anexos 6,7 e 8).

3. FONTES DE INFORMAÇÃO

É de extrema importância que o farmacêutico tenha acesso a fontes de informação convencionais ou eletrónicas fidedignas, para que desta forma se consiga atualizar e, ao mesmo tempo, consiga esclarecer qualquer dúvida ou dificuldade que possa surgir durante a prática farmacêutica. Pelo DL nº 171/2012 de 1 de Agosto, é bibliografia obrigatória nas farmácias a Farmacopeia Portuguesa 9.0 (FP) e Prontuário Terapêutico 11 e outras publicações recomendadas pelo INFARMED ^[3].

4. GESTÃO NA FARMÁCIA

4.1. SISTEMA INFORMÁTICO

A FM está equipada com o sistema informático (SI) SIFARMA2000[®]. Esta é uma ferramenta fundamental, pois facilita e ajuda a melhorar os serviços da farmácia. A nível de gestão, este programa permite de uma maneira rápida gerir *stocks*, controlar a média de venda de cada produto, realizar, receber e verificar encomendas, realizar devoluções, verificar prazos de validade de qualquer artigo. Uma das funções mais importantes deste sistema é a nível do atendimento, não só em relação à faturação, mas principalmente na dispensa de medicamentos. Este programa, para além de fornecer informações técnicas e científicas sobre todos os medicamentos, emite alertas de possíveis interações, indicando quais as moléculas envolvidas. Apresenta sempre a posologia mais indicada, alguns conselhos a dar aos utentes e informações úteis para o farmacêutico, garantindo um atendimento mais completo, eficaz e seguro ^[2,4,5].

O SIFARMA2000[®], permite então uma melhor gestão do tempo ajudando nas tarefas diárias de uma farmácia, mas é importante salientar que a responsabilidade de qualquer ato será sempre do farmacêutico, por isso o atendimento e aconselhamento, não pode, de maneira nenhuma ser baseado apenas no programa informático ^[2,4,5].

4.2. ENCOMENDAS E APROVISIONAMENTO

4.2.1. Conhecer os fornecedores e as normas legais de aquisição

É necessário gerir o aprovisionamento e o armazenamento de todos os produtos farmacêuticos de forma a evitar ruturas de *stock*, bem como a acumulação de produtos de forma

a evitar a imobilização de capital e atualizando sempre os stocks com as novidades no mercado, permitindo assim, uma maior qualidade de serviços.

A aquisição de medicamentos, de acordo com o Artigo 79º do DL nº 20/2013, de 14 de Fevereiro, pode ser realizada através de distribuidores grossistas e de laboratórios. Entre a Farmácia e o distribuidor grossista/ laboratório deve ser estabelecida uma relação de confiança baseada em: qualidade do serviço (rapidez e eficácia das entregas); preço; condições/facilidade de pagamento; número de entregas diárias; bonificação dos produtos; baixa frequência de erros no envio; rapidez informativa sobre produtos esgotados; e por fim, a proximidade do armazém [6,7]. Atualmente, a FM trabalha com a BOTELHO, Alliance Healthcare e, em último recurso, com a OCP-Portugal. O material ortopédico, produtos de dermocosmética, medicamentos sazonais, leites e fraldas e produtos de alimentação especial são diretamente encomendados aos laboratórios.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de realizar alguns pedidos para os utentes ou produtos em falta nas encomendas quer por via internet ou telefónica.

4.2.2. Efetuar, rececionar e conferir encomendas

Todos os produtos existentes na Farmácia dispõem de uma ficha de produto que está inserido no SI no qual está toda a informação sobre eles. Quando se dá entrada de um novo produto cria-se uma ficha onde são designados um *stock* mínimo e máximo. A proposta de encomenda é gerida automaticamente, através dos *stocks* mínimos, e posteriormente verificada pelo responsável. Contudo, em situações pontuais faz-se a encomenda por telefone ou via internet.

As compras diretas aos Laboratórios não são tão frequentes e dependem das condições e bonificações para a Farmácia e, também da própria qualidade e procura do produto.

Diariamente, são realizadas, na Farmácia Moura, 3 encomendas (1 de manhã e duas de tarde).

Os medicamentos são entregues na Farmácia em contentores característicos de cada fornecedor com a identificação da Farmácia de destino, nº do contentor, faturas ou guias de remessa em duplicado. Na fase de receção, o profissional rubrica um documento no sentido de comprovar a chegada da encomenda. Os produtos refrigerados são prioritários, pois devem ser acondicionados no frigorífico e o seu registo é efetuado *a posteriori*. É inserido para todos os produtos o respetivo código e a sua quantidade por leitura eletrónica. Nesta etapa, são imediatamente verificados os seguintes parâmetros: nome comercial; dosagem e forma farmacêutica; número de unidade; preço unitário e preço de venda ao público (PVP); estado de conservação da embalagem; prazo de validade. Após o registo de entrada dos produtos, é necessário proceder-se à comparação de preço de venda à farmácia (PVF) existente no sistema

com o indicado na fatura. Caso exista alguma irregularidade na fatura da encomenda é feita uma reclamação e, posteriormente impressa uma nota de crédito ou de devolução.

Em casos específicos, como psicotrópicos e estupefacientes, têm que vir acompanhados da respetiva requisição em duplicado e numerada, que é assinada e carimbada pela DT ou responsável e pelo fornecedor, sendo o duplicado enviado ao armazenista e o original arquivado na Farmácia. Informaticamente é gerado um código que corresponde àquela entrada de estupefaciente e/ou psicofármaco na Farmácia. Por fim, as faturas e as requisições são arquivadas, no sentido de facilitar a gestão contabilística da Farmácia.

Esta fase correspondeu ao início do meu estágio. Apesar de muitas das vezes se desvalorizar esta fase de aprendizagem, achei um excelente alicerce para todas as atividades posteriores ao meu estágio. É uma etapa de conhecimento intensivo desde o SI, da perceção da gestão e da minúcia que é necessária para gerir uma encomenda. É nesta fase que temos o primeiro contato com o medicamento/princípio ativo, que se assimila os nomes comerciais e, onde se reconhece e estuda os espaços físicos e de armazenamento da farmácia.

4.2.3. Efetuar marcação de preços

A autoridade competente responsável pela fixação dos preços dos medicamentos e outros produtos de saúde, em Portugal, é a Direção Geral das Atividades Económicas (DGAE), sendo considerados, os preços fixados por esta entidade como o PVP máximos.

No caso dos produtos de venda livre, não existe um preço de venda fixo e imposto por lei, sendo a farmácia, de acordo com os seus critérios comerciais, a estabelecer o seu PVP. Este valor é calculado com base no preço de custo do produto para a farmácia, e em função do IVA e da margem de comercialização. Após definir o preço, a ficha do produto é atualizada e são impressas as etiquetas onde figura além do seu preço, também o código e o nome. É ainda de mencionar que é dever da farmácia marcar preços nos produtos que não os possuam na sua embalagem secundária ^[8-10].

4.2.4. Armazenar corretamente os medicamentos, conhecer o quadro legal em vigor

O armazenamento da medicação foi para mim uma das etapas mais importantes no início do meu estágio, uma vez que me permitiu familiarizar com os locais de armazenamento e com os produtos (nome comercial, substância ativa, finalidade terapêutica). Tal permitiu-me numa fase seguinte do meu estágio poder atender com muito mais rapidez e eficácia os utentes.

Na FM, os medicamentos encontram-se armazenados de acordo com a sua forma farmacêutica (colírios, xaropes, comprimidos, soluções, injetáveis, sistemas transdérmicos, inaladores, produtos vaginais, ampolas e cremes ou pomadas), medicamentos veterinários e

produtos de protocolos por ordem alfabética e de acordo com o princípio “first expired, first out” (FEFO), de modo a que os produtos com menor prazo de validade sejam os primeiros a sair e, os sem prazo de validade obedecem ao princípio “First in, first out” (FIFO). Os produtos de frio (insulinas, vacinas, certos colírios, entre outros) são armazenados num frigorífico (2-8 °C) (Anexo 9). Os medicamentos genéricos encontram-se armazenados separadamente dos medicamentos de marca (Anexo 10). Os produtos em excesso ou produtos sem rotação encontram-se em dois armários distintos (Anexos 11 e 12). Quanto aos MNSRM encontram-se armazenados nas gavetas, gondolas ou expositores existentes na Farmácia (Anexo 5).

4.2.5. Respeitar os prazos de validade e de devolução de medicamentos

Na FM, a verificação dos prazos de validade é feita de forma a assegurar que todos os medicamentos dispensados se encontram em boas condições. Quando o prazo de validade de um produto se aproximar da data de fim devem ser devolvidos aos fornecedores ou reencaminhados para destruição. Para melhor controlo são emitidas, mensalmente, uma listagem dos produtos com data de validades menores ou iguais a 1 mês para leites e produtos de dietética e num período igual ou inferior a três meses para os restantes produtos. Quando é realizada uma venda de um produto que expire no mês seguinte é, automaticamente, dado pelo SIFARMA2000[®] uma alerta sobre a expiração da validade do produto em questão. Além de produtos fora de validade ou com validade curta, figuram nas devoluções produtos pedidos por engano, produtos danificados, não faturados; que sejam alvo de recolha por indicação do INFARMED ou pelo laboratório que os comercializa. A devolução pode ser feita via correios (CTT), por entrega ao distribuidor ou por um membro da farmácia. A devolução é acompanhada por uma nota de crédito que contém o nome da farmácia, morada e nº de contribuinte, código e a designação do produto, bem como a quantidade, PVP e IVA, preço, nº da fatura onde foi debitado e motivo da devolução. O fornecedor pode ou não aceitar a devolução e assim proceder à substituição do produto; emissão de uma nota de crédito ou então rejeitar a devolução, pelo que neste caso a farmácia assume o prejuízo.

Durante o meu estágio foi-me possível realizar esta tarefa em conjunto com a pessoa responsável. Quando me encontrava a realiza-la, compreendi que esta era mais complexa do que parecia à primeira vista, uma vez que deve-se proceder à verificação de cada embalagem dos produtos de forma a avaliar a sua validade que pode diferir entre eles, e o seu *stock*. Apesar de não ser uma prática habitual na FM, apercebi-me que uma devolução por validade é bem mais complexa, uma vez que é necessário verificar individualmente o prazo de validade e justificar em cada nota de devolução qual o motivo. Muitas vezes os grossistas prolongam-se na aceitação da respectiva devolução.

4.2.6. Matérias-primas e reagentes

Aquando a receção das matérias-primas e reagentes, um dos primeiros procedimentos a realizar é a confirmação das exigências instituídas pela monografia do produto, disponibilizada na FP ou outro Estado Membro da União Europeia. Assim, é fundamental que estas se façam acompanhar de um boletim de análise. Na FM, procede-se ao preenchimento e colagem de uma etiqueta com o código da substância, fornecedor, data de compra e PVF para posterior cálculo do preço dos manipulados. Estes dados são posteriormente armazenados num arquivo que fica guardado num armário do laboratório onde se preparam os manipulados.

5. CLASSIFICAÇÃO E DISTINÇÃO DOS MEDICAMENTOS E OUTROS EXISTENTES NA FARMÁCIA E QUADRO LEGAL APLICÁVEL

5.1. MEDICAMENTOS SUJEITOS A PRESCRIÇÃO MÉDICA OBRIGATÓRIA

Segundo o DL n° 20/2013, 14 de Fevereiro, os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) correspondem à medicação com necessidade de prescrição que preenchem uma das seguintes condições: possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, quando usados sem vigilância médica ou para fins diferentes a que se destinam; contenham substâncias cuja atividade ou reações adversas devem ser averiguadas; destinem-se a serem administrados por via parentérica ^[6,7].

5.2. MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Os MNSRM são medicamentos que não preencham qualquer das condições previstas mencionadas nos artigos dos MSRM e, como tal não são comparticipáveis, salvo nos casos previstos na legislação que define o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos ^[6,7].

5.3. MEDICAMENTOS MANIPULADOS

O medicamento manipulado é então definido, segundo o DL n° 95/2004 de 22 de Abril, como “*qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado ou dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico*”. A sua manipulação deve obedecer às BPF estando documentado na Portaria n° 594/2004, de 2 de Junho ^[11,12].

5.4. MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS HOMEOPÁTICOS

São medicamentos cada vez mais procurados pela população e são definidos, segundo o DL n° 20/2013, de 14 de Fevereiro, como sendo medicamentos que possuem propriedades curativas ou preventivas das doenças humanas e dos seus sintomas, com vista a estabelecer um

diagnóstico ou restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas. As particularidades deste grupo centram-se no fato de se caracterizarem por uma administração oral ou tópica e de um grau de diluição que garanta a inocuidade do produto, sendo assim incluídos nos MNSRM [6,7].

Tive oportunidade de aconselhar, apenas uma vez, uma utente na Farmácia com medicamentos homeopáticos. A utente apresentava sintomas de constipação e tinha sido alvo de sessões de quimioterapia, recentemente. Por ser imigrante, a utente não quis procurar ajuda médica, pedindo-me para lhe aconselhar “*alguma coisa para eu melhorar*”. Deste modo, e visto ser uma situação delicada, eu apenas aconselhei-a a tomar o Oscilloccinum® por ser isento de toxicidade e ser uma boa alternativa para casos como este.

5.5. PRODUTOS DIETÉTICOS E PRODUTOS PARA ALIMENTAÇÃO ESPECIAL

Segundo o DL n.º 216/2008 de 11 de Novembro, entende-se por alimentos dietéticos aqueles que são “*destinados a fins medicinais específicos*”. É uma categoria de géneros alimentícios sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes, sob supervisão médica. Destinam-se a complementar ou substituir parcialmente alimentos habituais ou satisfazer necessidades nutritivas em indivíduos com perturbação da normal assimilação ou metabolismo. A dispensa deste tipo de produto só pode ser feita por prescrição médica, explicando ao doente detalhadamente o modo de administração e quais as precauções. Caso a receita apresente o despacho adequado, alguns destes produtos têm uma comparticipação de 100% [13].

De acordo com o DL n.º 74/2010 de 21 de Junho, existem casos de necessidade nutricional especial que levam a que se recorra a alimentação especial. Esta necessidade ocorre quando o processo de metabolismo se encontra alterado; se existirem condições fisiológicas especiais; em lactente ou crianças de 1-3 anos de idade em bom estado de saúde [14].

5.6. PRODUTOS FITOTERAPÉUTICOS

Os produtos fitoterapêuticos são, de acordo, com o DL n.º 20/2013, 14 de Fevereiro, utilizados pela sua capacidade preventiva ou curativa presente em plantas ou extratos de partes de plantas. Na sociedade, este tipo de produtos é ainda visto como inócuo, não lhes estando associado qualquer tipo de toxicidade, o que na verdade não corresponde à realidade uma vez que há necessidade de mais estudos sobre eles [6,7]. Como tal, é importante que o farmacêutico intervenha de forma ativa no aconselhamento destes produtos. Os produtos fitoterapêuticos são, cada vez mais, procurados e consumidos entre eles, os chás *Moreno*® e as Arkocápsulas®. Foram-me solicitados várias vezes na Farmácia este tipo de produtos, cabendo-me a mim,

enquanto Farmacêutica, prestar alguns conselhos acerca dos mesmos, tendo sempre o cuidado de os questionar previamente quanto ao seu perfil fisiopatológico e farmacoterapêutico.

5.7. PRODUTOS COSMÉTICOS E DERMOCOSMÉTICOS

Segundo o DL n.º 115/2009, de 18 de Maio, o Produto Cosmético e de Higiene Corporal é definido como *“qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contato com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas pilosos e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos ou com os dentes e mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”* ^[15].

O aumento da preocupação com a estética e bem-estar, conjuntamente, com uma grande campanha publicitária, tem-se traduzido num aumento de vendas a nível de cosméticos, produtos de dermofarmácia e de higiene nos últimos anos. Cabe ao farmacêutico estar sempre informado sobre os novos produtos que surjam no mercado, bem como, aconselhar de forma correta estes produtos, conseguindo reconhecer os vários de tipo de pele, quais as suas características, bem como, os problemas associados, de modo a garantir um atendimento competente, a um utente cada vez mais informado e exigente.

5.8. PRODUTOS E MEDICAMENTOS DE USO VETERINÁRIO

Entende-se por medicamento veterinário *“toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”*, segundo o DL n.º 148/2008 de 29 de Julho ^[16].

Muitas das vezes, a população recorre à Farmácia para resolver os problemas associados aos seus animais domésticos. É nosso papel informar e aconselhar de forma responsável todos estes produtos e perceber quando indicar um veterinário para resolução do problema/doença.

No início do meu estágio, sentia-me bastante insegura sobre esta área, uma vez que durante a minha formação académica ao longo destes cinco anos, nunca abordei este tema, não nos tendo sido esclarecido as substâncias ativas mais usadas nestes medicamentos, bem como, os mecanismos de acção, efeitos adversos, etc. Tendo isso, foi-me dada uma formação pelos meus colegas de forma a me explicar o máximo possível sobre este tipo de medicação, podendo desta forma melhorar o meu aconselhamento.

5.9. DISPOSITIVOS MÉDICOS

Define-se por dispositivo médico (DM) “ *qualquer instrumento, aparelho, equipamento, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do DM, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; e controlo da concepção*” segundo o DL n.º 145/2009 de 17 de Junho ^[17].

6. DISPENSA DE MEDICAMENTOS

6.1. RECEITAS MÉDICAS

Segundo a Portaria n.º 46/2012, de 13 de Fevereiro, as receitas são prescritas por via eletrónica, salvo as situações de prescrição no domicílio, falência do sistema eletrónico, profissionais com volume de prescrição igual ou inferior a 40 receitas por mês ou noutras situações de inadaptação comprovada. Caso não venha selecionada uma destas exceções na receita manuscrita, esta não será válida ^[18-22].

Dentro das receitas eletrónicas podem existir dois tipos de receitas: as renováveis (segundo o artigo 117.º do DL n.º. 20/2013, de 14 de Fevereiro, consiste na dispensa de medicamentos que se destinam a determinadas patologias ou a tratamentos prolongados, tendo validade máxima de seis meses e é constituída por 3 vias) e as não-renováveis nas quais o prazo de validade é de 30 dias a contar, de forma contínua, da data de prescrição – Portaria n.º 24/2014, de 31 de Janeiro ^[6,7,23].

Em cada receita (manual ou eletrónica) apenas podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos e no máximo duas unidades iguais de cada, exceto casos cuja apresentação seja unitária, e assim a receita pode conter até quatro unidades iguais (Anexo 13 e 14).

Segundo a Portaria n.º137-A/2012 de 11 de Maio passou a ser obrigatória a prescrição por denominação comum internacional (DCI) e a autorização de substituição, ou seja a farmácia é obrigada a dispensar o medicamento mais barato ao utente, exceto quando essa não seja a sua vontade. Esta substituição só pode acontecer caso os medicamentos tenham o mesmo grupo homogéneo, isto é a mesma substância ativa, dosagem, forma farmacêutica e apresentação ^[22].

Através da Portaria n.º24/2014, de 31 de Janeiro foram publicadas alterações referentes à regulação do procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no PVP dos medicamentos ^[23]. Foram então apresentadas novas regras, referentes ao modo de fornecimento - opção do utente por embalagem de dimensão diferente. Assim quando a embalagem prescrita se encontra esgotada, o utente pode optar por outra dimensão diferente, de acordo com as seguintes regras:

- ✓ O utente pode optar por uma embalagem com quantidade equivalente ou inferior ao medicamento prescrito, sendo a receita justificada no verso com “embalagem esgotada no mercado”.
- ✓ No caso de não existirem embalagens com quantidades equivalentes ou inferiores pode-se optar pela embalagem com quantidade mínima imediatamente superior à da embalagem prescrita, sendo a receita justificada no verso com “embalagem prescrita e inferiores esgotadas no mercado”.
- ✓ No caso das receitas manuais que não especifiquem a dimensão da embalagem, o utente pode optar pela embalagem de menor dimensão disponível no mercado.

Ao abrigo da mesma portaria também foram publicadas alterações nos preços a aplicar na exceção c) continuidade de tratamento superior a 28 dias. No que diz respeito à dispensa de medicamento com exceção c), para aplicação da regra dos preços inferiores ao prescrito, passam a ser considerados os preços cuja vigência se iniciou desde o 1.º dia do 1.º mês do trimestre civil, imediatamente anterior àquele que ocorre na dispensa ^[23].

6.2. DISPENSA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Após receber a receita, o farmacêutico deve verificar o seu conteúdo. Uma receita é considerada válida quando apresenta: n.º de receita; local de prescrição; identificação e assinatura do médico prescriptor; n.º da cédula profissional; nome e n.º de utente ou beneficiário de subsistema; entidade financeira responsável; referência ao regime especial de comparticipação; DCI da substância ativa; dosagem; forma farmacêutica; dimensão da embalagem; n.º de embalagens; designação do nome comercial do medicamento (se aplicável); identificação do despacho que estabelece o regime de comparticipação de medicamentos (se aplicável); data de prescrição (para verificação da validade). Após confirmação de todos estes aspetos mencionados, o farmacêutico tem por obrigação informar o utente sobre o uso correto do medicamento, conservação adequada, efeito, modo de administração, riscos de uma não adesão à terapêutica, efeitos adversos e interações medicamentosas, advertências e precauções adicionais a determinado grupo de doentes (grávidas, mães lactentes, crianças e idosos). Para tal, o farmacêutico deve proceder a um questionário de forma a conseguir dar resposta às

dúvidas do utente: “*É a primeira vez que vai utilizar o medicamento; Para quem é o medicamento; Sabe para que é o medicamento; Sabe quantas vezes ao dia vai tomar e como vai tomar; Sabe até quando vai tomar?*”. Deve assegurar-se de que foi suficientemente claro para permitir uma correta assimilação da informação por parte do utente, uma vez que é a última vez que o utente comunica com um profissional de saúde antes de proceder ao contato direto com o medicamento.

Posto isso, deve-se reunir todos os medicamentos no balcão para dispensa ao utente, já ter esclarecido todas as suas dúvidas, iniciando-se assim o processamento da receita. O primeiro passo é a leitura dos respetivos códigos de barras dos medicamentos, seguindo-se da atribuição do sistema de saúde e, se for o caso da portaria e das exceções. Dependente do organismo do subsistema de saúde deve verificar-se se não é necessário anexar-se à receita uma fotocópia do cartão de beneficiário do utente. No verso das receitas é impressa a identificação sob a forma de código de barras, de cada um dos medicamentos dispensados e comparticipados, preço total de cada medicamento e valor total da receita, encargo do utente em percentagens ou valores por medicamento e total, comparticipação do Estado, ou outra Entidade, em valor, por medicamento e respetivo total (Anexo 15). Para finalizar o utente deve rubricar o verso da receita, no espaço apropriado, como comprovativo que lhe foram dispensado os medicamentos pretendidos e que lhe foi cedido o direito de opção, ou não, consoante o caso. A receita é assinada e datada pelo profissional de saúde que a aviou. O processo termina aquando a impressão do recibo/ fatura /nota de crédito que é carimbado e assinado pelo operador e entregue ao utente prosseguindo-se com o pagamento. A receita é guardada num local próprio para mais tarde ser novamente verificada e, por fim, prosseguir para a futura faturação.

Apercebi-me ao longo do meu estágio que realmente o diálogo com o utente é fundamental para haver uma diminuição de erros na toma dos medicamentos e que muitas vezes é realmente significativo, para além da informação verbal, escrever nas caixas dos medicamentos a informação que se acha pertinente para o utente, para que este se sinta em maior segurança e tenha percebido como irá proceder.

6.3. DISPENSA DE PSICOTRÓPICOS E/OU ESTUPEFACIENTES

O processo de dispensa de receitas que contêm medicamentos estupefacientes ou psicotrópicos é semelhante aos restantes produtos, contudo apresentam algumas particularidades. Neste tipo de receitas, quando iniciamos o registo informático da venda, são pedidos os dados de identificação do adquirente como nome completo; n° de cartão de cidadão/ bilhete de identidade (BI) e morada (passaporte no caso de utentes estrangeiros), assim como o nome do médico prescriptor e os dados do utente (nome, n° de BI, morada, idade). Seguidamente,

esta informação é impressa juntamente com a fatura/recibo, devendo ser anexada à fotocópia da receita e guardada em local apropriado. Depois de processada a receita, para efeitos de comparticipação, o original é enviado à entidade correspondente, um dos duplicados é enviado ao INFARMED e outro duplicado, juntamente com o duplicado da guia de requisição, é arquivado na Farmácia por um prazo de 3 anos, por ordem de aviamento.

Há obrigatoriedade de enviar ao INFARMED o registo de saídas dos psicotrópicos, trimestralmente, o registo de entradas e anualmente o balanço de entradas e saídas.

6.4. COMPARTICIPAÇÕES DE MEDICAMENTOS

A atual legislação prevê a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial, o qual se aplica a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupo de doentes. No regime geral de comparticipação, 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 ^[24,25]. No regime especial de comparticipação, esta pode ser efetuada em função de beneficiários ou de patologias/ grupos especiais de utente. Desta forma, a comparticipação de medicamentos para pensionistas é para os medicamentos pertencentes ao escalão A acrescida de 5% e dos escalões B, C e D de 15%. Neste caso, a receita deve conter a sigla “R”. A comparticipação no preço dos medicamentos para pensionistas é ainda de 95% para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou superiores ao 5º preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem. Para certas doenças existem comparticipações especiais, devido à elevada quantidade de medicação necessária e ao seu valor. Nestes casos, a receita tem que apresentar um despacho ou uma portaria relativo à patologia em causa, chegando em alguns destes casos a ser de 100 %. São exemplos destas patologias abrangidas por esta comparticipação a dor crónica, doença de Alzheimer e Lúpus ^[24,25].

Apesar de existirem inúmeras entidades que, asseguram a comparticipação de medicamentos, como é o caso da CGD, SAMS, SAVIDA, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é o maior organismo e o que apresenta maior representação na FM quando comparado com outros organismos.

Quanto aos produtos destinados ao autocontrolo da diabetes *mellitus* (tiras-teste, agulhas, seringas e lancetas) encontram-se comparticipadas pelo Estado cerca de 85% PVP.

Ao longo do meu estágio, foram surgindo diversos casos com comparticipações diferentes e confesso que, por vezes senti alguma dificuldade em perceber a que organismo estava referente determinada receita. Penso que este tema, bem como outros, deveriam ser abordados ao longo

da nossa formação académica. A FC continua a ser, ainda hoje, uma das vertentes com mais saídas da nossa área e, é inconcebível, não sermos melhor preparados para esta vertente, uma vez que só quando nos encontramos no estágio final é que nos confrontamos com esta realidade e percebemos que pouco sabemos sobre o funcionamento de uma farmácia, sobre receitas médicas e suas participações, o que a meu ver não está certo.

7. MEDICAMENTOS E PRODUTOS MANIPULADOS

Este tipo de medicação constitui um grupo de extrema importância dada a possível adaptação ao perfil fisiopatológico de cada doente assim como de associações não disponíveis no mercado. A preparação de manipulados deve basear-se na prescrição, formulários galénicos, farmacopeias, ou outra fonte bibliográfica adequada. Todos os medicamentos manipulados na farmácia são identificados através de um número de lote que permite a sua rastreabilidade. Aquando a preparação do manipulado deve-se preencher um formulário, tendo em consideração a qualidade, segurança e eficácia, bem como, deve ser definido um prazo de validade para o manipulado fabricado. Na rotulagem deve constar as seguintes informações: identificação da Farmácia e do DT; nome do manipulado e a sua fórmula quantitativa e qualitativa; nome do utente e caso se aplique, do médico prescritor; data de preparação e prazo de utilização; posologia; condições de conservação; instruções especiais de utilização se assim o necessitar; via de administração e PVP calculado.

Durante o meu estágio tive oportunidade de preparar vários manipulados tais como: solução de minoxidil a 5%; solução de minoxidil a 5% com finasterida; tarmed; solução oral de Trimetopim a 1%; preparação de essência de banana. Confesso, que foi das áreas onde me senti mais confortável, uma vez que o nosso curso tem bastante prática relativamente a esta área, nas unidades curriculares de Tecnologia Farmacêutica.

8. RECEITUÁRIO E FATURAÇÃO

Todas as receitas presentes na farmácia, após serem aviadas devem ser verificadas cuidadosamente de forma a averiguar se foi cometido algum erro. No verso de cada receita, encontra-se impresso o documento de faturação (Anexo 15) que exhibe as seguintes informações: identificação da farmácia, data da dispensa, código do operador, código da entidade participada, nº de lote, letra de série do mês e nº da receita, nome do medicamento, código do medicamento, dosagem, forma farmacêutica e quantidade dispensada, PVP, participação, preço a pagar pelo utente e preço de referência. Também são conferidos os aspetos administrativos da receita: carimbo da farmácia e assinatura do farmacêutico, assinatura do

utente, assinatura do médico, organismo. Qualquer erro detetado deve ser corrigido. As receitas ditas corretas, após serem conferidas, são separadas por organismos e agrupadas em lotes.

Quando os lotes ficam completos com as 30 receitas, é impresso e envolto o respetivo “verbete de identificação do lote”. Para a Associação Nacional de Farmácias (ANF) são enviados os lotes organizados e identificados pelo respetivo “verbete de identificação do lote”, acompanhado pela “relação resumo de lotes” referente a cada entidade e fatura de cada entidade em quadruplicado, carimbados, datados e assinados. Toda a informação compilada relativa ao SNS é recolhida diretamente na Farmácia pelos CTT e enviada para a Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro) enquanto que a informação relativa aos outros organismos é enviada pela Farmácia para a ANF. Para esta entidade é também enviada uma cópia das faturas do SNS e um documento com resumo de todos os valores e de todos os organismos. A ARS posteriormente envia à Farmácia um comprovativo de entrega de receituário bem como notas de devolução de receituário com irregularidades (em faturação, validade, etc.) que são devidamente corrigidas e incluídas na faturação do mês seguinte.

Durante o meu estágio, para além de conferir as receitas durante e após o aviamento, tive a oportunidade, por um segunda vez, juntamente com a DT de conferir, organizar e agrupar as receitas perante as diferentes entidades e os lotes, emitindo o respetivo verbete de identificação de lote, a fatura mensal e o resumo mensal de lotes. Considero, por isso, uma etapa muito importante no estágio, pois responsabiliza-nos para um correto aviamento do receituário.

9. AUTOMEDICAÇÃO

A automedicação é uma realidade cada vez mais firme e promovida por todos os intervenientes, permitindo uma maior autonomia das populações na gestão da saúde. Inicialmente, a automedicação foi temida pelos profissionais de saúde pelo seu uso indiscriminado porém, é hoje uma realidade irreversível, através da vontade e das necessidades dos Governos e do interesse da Indústria Farmacêutica. Para que haja segurança é importante tomar medidas para que a automedicação seja o mais segura e eficaz possível, rápida com uma posologia simples e um custo acessível. Para o efeito, considera-se o farmacêutico um agente marcante neste campo pelos seus conhecimentos e capacidades de orientar, bem como pelas suas capacidades de educar e informar os doentes e consumidores, para lhes conferir a responsabilidade e êxito do seu tratamento. As informações quanto ao uso racional do medicamento devem ser claras e diretas, para tal, as informações sobre efeitos secundários, interações medicamentosas, posologia e indicações terapêuticas são cruciais e obrigatórias ^[15].

De forma a restringir a automedicação, o Despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho, elabora uma lista e situações passíveis de automedicação ^[27].

Este tema foi, diariamente, desenvolvido durante o estágio. As situações de aconselhamento e de automedicação eram diversas em situações de gripe, constipações, alergias, rinites, úlceras na boca, hemorróides, dores de garganta, dores ligeiras e moderadas.

10. VALORMED

As Farmácias colaboram com a VALORMED, sociedade responsável pela gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso, com o objetivo de contribuir para o uso racional do medicamento e para a prevenção dos danos ambientais.

É dever do farmacêutico sensibilizar e incentivar o utente a entregar embalagens vazias e medicamentos fora de uso na farmácia, em vez de os colocar no lixo doméstico.

Dentro deste contexto, a FM procede à recolha de radiografias que se baseia num programa que resulta da parceria entre farmácias e AMI. As radiografias são recicladas e permitem a angariação de fundos para fins humanitários.

11. OUTROS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS NA FARMÁCIA

A Portaria nº 1429/2007, de 2 de Novembro, concretiza diversos serviços que as farmácias poderão prestar aos doentes, promovendo a saúde no sentido de diagnosticar e/ou monitorizar o seu estado de saúde sem necessitar de ir ao médico ^[28,29]. Assim esta modalidade é praticada na FC e engloba: administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (ex: vacina da gripe) e outros medicamentos injetáveis; a determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos; testes de gravidez; testes rápido à urina (Combur[®] teste) para deteção de possíveis infeções urinárias; consultas de nutrição e podologia; aulas de preparação de parto; acupuntura; consultas de fisioterapia; massagens terapêuticas e de relaxamento; tratamentos estéticos corporais e faciais; aconselhamento dermocosmético; utilização de meios auxiliares de diagnóstico e/ou de terapêutica e campanhas no sentido de vigiar e educar para a saúde.

11.1. DETERMINAÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS

11.1.1. Medição da tensão arterial

A medição regular e frequente da pressão arterial (PA) permite avaliar a resposta terapêutica e consequentemente o seu ajuste bem como a motivação para o aumento da aderência à mesma em pessoas hipertensas e, o estado de vigilância dos que não sofrem desta patologia. A Farmácia é um local onde se deve promover a medição da PA e a informação ao doente. Na FM é bastante comum a solicitação por parte dos utentes a medição da PA. A avaliação é feita num ambiente calmo e relaxante e, posteriormente, os valores são registados para que seja possível uma avaliação da evolução clínica ^[30].

Na tabela 1, seguem-se os valores de referência para a tensão arterial, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

Tabela 1 - Valores de referência para a pressão arterial (adaptado de OMS).

Graus	Pressão arterial (mmHg)	
	Sistólica	Diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão de grau 1	140-159	90-99
Hipertensão de grau 2	160-179	100-109
Hipertensão de grau 3	≥ 180	≥110

O caso mais preocupante que me surgiu na Farmácia foi de um toxicodependente que se queixava regularmente de tonturas, sensação de mau-estar. Apresentou valores de PA sistólica (> 170). Deste modo, aconselhei, por diversas vezes a dirigir-se ao Hospital, bem como a introduzir medidas não farmacológicas como uma alimentação pobre em sal, a prática de exercício físico, cessação tabágica, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, etc.

11.1.2. Glicémia capilar

A medição da glucose, concentração de açúcar no sangue, é igualmente importante, principalmente em indivíduos que sofrem de Diabetes Mellitus (doença metabólica caracterizada por um aumento anormal de glucose a nível sanguíneo), que deste modo conseguem controlar de forma continua os seus níveis, evitando consequências mais graves como patologia cardiovascular, insuficiência renal, patologias oculares, entre outras.

É sempre necessário perguntar ao utente que está a realizar o teste quanto tempo passou desde a sua última refeição, uma vez que os valores de glicémia são completamente diferentes quando determinados em jejum ou após uma refeição, sendo o ideal o utente estar em jejum^[31].

Os valores de referência considerados normais, até 100 mg/dl, pré-diabetes entre 100 e 120mg/dl e diabetes acima de 120mg/dl (em jejum), ou até 180mg/dl (pós-prandial).

Na FM a medição da glicémia é conseguida através do aparelho *One touch vita*[®] ou através do aparelho *Refloron*^{®Plus}.

11.1.3. Perfil Lipídico

Os níveis elevados de colesterol e triglicerídeos devem-se à acumulação de gordura nas paredes dos vasos sanguíneos, o que pode levar a sérias complicações cardiovasculares. Assim

este tipo de teste é muito útil, permitindo a monitorização de forma rápida e eficaz dos níveis sanguíneos.

Os valores de referência para os parâmetros mencionados devem encontrar-se inferiores a 190 mg/dL para o colesterol total e abaixo de 150 mg/dL para os triglicerídeos ^[32].

11.1.4. Ácido úrico

Os níveis elevados de ácido úrico podem levar à formação de cristais nas articulações o que desencadeia dor, inflamação e edema originando cálculos renais, gota, e/ou insuficiência renal crónica, sendo por isso, importante vigiar, igualmente, estes valores. Esta patologia é mais comum no homem, podendo também afetar a mulher. Os valores de referência para o ácido úrico devem estar contidos no intervalo 3,4-7,0 mg/dL no homem e, entre 2,4 -5,7 mg/dL na mulher.

No âmbito de informar os nossos utentes, realizei um póster informativo sobre quais os alimentos a evitar quando se tem ácido úrico e/ou a gota (Anexo 16 e 17), uma vez que eramos frequentemente abordados pelos utentes sobre esta questão.

12. FORMAÇÃO CONTINUADA

Durante o meu estágio curricular foi-me proporcionado a possibilidade de participar em algumas ações de formação de modo a completar a minha aprendizagem. Para mim, estas ações de formação são fundamentais para nos ajudar a melhorar o nosso aconselhamento farmacêutico, uma vez que acabamos por estar mais seguros sobre determinado produto visto termos obtido mais informações sobre ele.

Assim, pude participar nas seguintes formações: *Summer Challenge* (Piz Buin[®], Neutrogena[®], Biafine[®], Palestra sobre Antimicóticos); *Phyto*[®] (apresentação da gama de shampoos da marca- realizada na Farmácia); *Daivobet*[®] (explicação da nova formulação do produto e breve elucidação sobre psoríase – realizada na Farmácia); *Lierac*[®] (dada pela conselheira da marca sobre as várias linhas da marca – realizada na Farmácia); Anticonceivos orais (elucidação sobre os vários mitos existentes sobre a pílula e a pílula do dia seguinte); Infecções oculares (palestra sobre os cuidados a ter para o combate das infeções oculares) ; *Innéov*[®] (apresentação das novidades da marca e desmitificação dos suplementos alimentares); *La Roche Rosay*[®] (apresentação das novidades da marca, bem como, explicação sobre a reformulação de alguns produtos).

13. MARKETING NA FARMÁCIA

A parte da exposição diz respeito ao marketing farmacêutico e irá influenciar a venda do produto. A exposição vai então de encontro à época em questão para alguns (produtos solares,

por exemplo) ou de igual modo todo o ano (produtos de puericultura e infantis, por exemplo) e ao espaço disponível de forma a proporcionar uma exposição o mais apelativa possível.

Durante o meu estágio, esta foi uma área com a qual me senti bastante á vontade e na qual tive vontade de melhorar certos aspetos da FM. Desta forma, tentei dinamizar as redes sociais da Farmácia atualizando constantemente com informações que achava serem relevantes para os utentes, organizando concursos (Anexo 18 e 19) e respondendo às mensagens que nos enviavam. Fiz além disso um póster informativo sobre “Quais os alimentos que devem ser evitados em casos de gota e casos de ácido úrico?”, um folheto informativo sobre o Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio) e um folheto sobre “Gripe e constipação” (Anexo 20 e 21). Sempre que era necessário alterar a montra de forma a pô-la mais apelativa, eu contribuía sempre com ideias (Anexo 22 e 23). No dia Mundial da Criança, organizei um concurso de máscaras e, convidamos uma maquilhadora para pintar as crianças que fossem nesse dia à Farmácia.

CONCLUSÃO

O meu estágio curricular constituiu uma etapa de fundamental importância, visto que representou o momento em que pude por em prática, de forma sistemática e orientada, a teoria que fui aprendendo ao longo dos 5 anos da minha formação académica, preparando-me assim para o exercício profissional em ambiente real de trabalho, colocando-me frente a frente com os aspetos práticos da minha futura profissão. Este estágio contribui, ainda, para um elo de ligação essencial à realidade profissional, permitindo a familiarização com a dinâmica própria de uma FC.

Neste contexto, tive oportunidade de obter uma visão do campo de trabalho, das relações humanas, da ética profissional experimentando a aplicação das ciências farmacêuticas na assistência ao utente. Ao longo das várias semanas de estágio, apercebi-me que o farmacêutico não é só o profissional que dispensa os medicamentos, é a primeira opinião ao qual as pessoas recorrem e é o último profissional com o qual o utente contata antes de iniciar a sua terapêutica, representando, assim, uma entidade que pelo seu profissionalismo as pessoas confiam e por isso, é vital ao sistema de saúde no geral.

Assim, posso concluir que todo o meu estágio foi gratificante, não só a nível profissional, como a nível pessoal, pelas pessoas que me acompanharam neste período, que foram fundamentais para que tudo corresse pelo melhor e por todo o bom ambiente que havia entre todos. Penso que todos os meus objectivos, inicialmente, propostos foram atingidos, uma vez que hoje, após estes quatro meses de estágio, já me sinto preparada para o mundo de trabalho numa FC.

II – DESENVOLVIMENTO DOS CASOS CLÍNICOS

1. MOTIVAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA

Decidi escolher este tema como caso de estudo porque a Farmácia Moura tem uma população sobretudo feminina, que procura cada vez mais, aconselhamento com o Farmacêutico para ajudar a retardar/ prevenir o envelhecimento cutâneo. A FM é, uma das poucas farmácias que oferece a possibilidade de realizar tratamentos estéticos que ajudam no retardamento e prevenção do envelhecimento cutâneo, tendo sido benéfico enquanto estagiária acompanhar, igualmente, esta vertente.

2. CASO CLÍNICO 1 - ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

A aparência é uma preocupação antiga da Humanidade, fato que levou à criação de inúmeras práticas cosméticas. A pele, representante do maior órgão do corpo humano, torna-se assim, um importante fator, no que reporta, à auto-estima. Neste contexto, a procura por tratamentos que visam retardar o envelhecimento cutâneo é cada vez mais notório ^[33,34].

Este órgão é dividido em 3 camadas que apresentam funções bem definidas, sendo constituídas por diversas células características ^[34-37]. A epiderme, camada mais externa da pele, contém como células principais os queratinócitos (responsáveis pela produção de queratina), as células de Langerhans (participam em processos imunológicos) e os melanócitos (produzem o pigmento natural da pele – melanina). A derme é, então, a camada que se segue e compreende o corpo principal da pele. É formada, essencialmente, por tecido conjuntivo rico em fibras de colagénio (conferem resistência à pele) e fibras de elastina (conferem elasticidade à pele). Por último, a hipoderme constitui a camada mais profunda, e que serve de ligação entre a derme e os órgãos internos. As células predominantes são os adipócitos que possuem na sua constituição triglicerídeos e ácidos gordos ^[34-37].

2.1. RUGAS

As rugas são sulcos/ pregas que aparecem na pele, consequentemente, do avanço da idade. A perda da flexibilidade, assim como, a falta de hidratação das camadas mais profundas constituem as principais causas de aparecimentos das rugas ^[37].

As rugas têm recebido várias classificações, de acordo com a sua etiologia, localização, características, etc. Tsuji *et al.* (2005) dividiram as rugas em dois tipos: superficiais e profundas. As primeiras desaparecem ao estiramento da pele, enquanto que as segundas não desaparecem, apresentando um aspeto permanente.

Segundo Lapiere e Pierard (2001), as rugas podem ser divididas em três categorias: rugas de expressão, sem alteração dermoepidérmica (grau 1); rugas finas com alteração dermoepidérmica (grau 2); e dobras e rugas gravitacionais (ptose), com alterações

dermoepidérmicas e subcutâneas (grau 3, já se fazem sentir a nível muscular) ^[37]. As rugas de expressão são as primeiras a aparecer, resultantes da ação repetida dos músculos faciais ao realizar as expressões. Dentro dessas, a primeira a aparecer normalmente é a ruga frontal consequente da contração dos músculos da testa ^[37].

2.2. ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

O processo de envelhecimento cutâneo é inevitável e, com isso, importa referir apresenta um caráter psicossocial bastante acentuado ^[38].

Os possíveis padrões de envelhecimento cutâneo dependem de fatores intrínsecos tais como a idade avançada, alterações genéticas, carga hormonal e, também, de fatores extrínsecos, como tabagismo e exposição solar como principais fatores ^[38].

2.2.1. Fatores intrínsecos

Com o avançar da idade, a espessura da pele torna-se cada vez mais fina e permeável, aumentando, por isso, a sua suscetibilidade a agressões ^[40].

Podem verificar-se algumas alterações nas camadas da pele tais como ^[39-41]:

Alterações na Epiderme

- ✓ Diminuição da proliferação de queratinócitos;
- ✓ Aparecimento de manchas (pigmentação mais acentuada);
- ✓ Camada córnea destaca-se facilmente;
- ✓ Diminuição da quantidade de lípidos;
- ✓ Encurtamento da camada dermoepidérmica;
- ✓ Diminuição das defesas da pele;

Alterações na Derme

- ✓ Diminuição da quantidade e rigidez das fibras de colagénio;
- ✓ Fibras elásticas engrossam, perdendo a sua elasticidade;
- ✓ Perda da tonicidade mecânica, por consequência do aumento da rigidez do tecido conjuntivo.

Ao longo dos anos, a neutralização das espécies reativas de oxigénio vai diminuindo, o que resulta numa sobrecarga oxidante que pode afetar não só as proteínas como também as células, culminando em *stresse oxidativo* ^[42].

2.2.2. Fatores extrínsecos

Os fatores extrínsecos correspondem a alterações não inerentes a cada indivíduo. As modificações que advém são responsáveis por hábitos ou interações mais ou menos pronunciados com fatores como: o tabagismo e a exposição solar ^[43].

Os raios ultravioleta (UV) estão associados ao aumento dos radicais livres, que apresentam um papel importante no envelhecimento, uma vez, que elas danificam estruturas cutâneas importantes, tais como fibras de colagénio e elásticas, membranas celulares e segmentos do ácido desoxirribonucleico (ADN) ^[43].

O tabaco, por sua vez, é também um dos mais importantes aceleradores de envelhecimento cutâneo extrínseco, já que é constituído por um elevado número de produtos químicos prejudiciais para a saúde da pele (desencadeiam o *stresse oxidativo*) ^[44].

2.3. PREVENÇÃO E TRATAMENTO

A crescente batalha contra o envelhecimento cutâneo passa por várias fases, das quais se destacam, a prevenção, o retardamento e o tratamento dos sinais.

2.3.1. Cremes anti-rugas

Não existe um creme adequado a todos os tipos de pele (normal, seca, oleosa ou mista), pois cada uma delas apresenta características específicas variando de indivíduo para indivíduo ^[45].

A maioria das gamas de produtos cosméticos anti-rugas apresentam cremes de dia e cremes de noite ^[45].

Os cremes de dia servem, principalmente, como suporte para a maquilhagem. Conferem à pele uma textura suave, deixando a pele hidratada e macia. Estes cremes deverão ser sempre aplicados sobre um rosto limpo e tonificado ^[45]. Para além disso, é importante referir que os cremes de dia possuem na sua composição, um filtro solar, possuindo, assim, algum fator de proteção solar.

Os cremes de noite são formulados de forma a facilitar a penetração de determinadas substâncias através da epiderme. Estes cremes não devem ser aplicados em grande quantidade, mas sim em pequenas porções repetidas e com ligeiros toques com dois dedos ^[45].

Porém, existe, ainda hoje, para a maioria dos produtos cosméticos uma interrogação iminente: Até onde eles atuam?

Vários têm sido os estudos sobre a eficácia dos compostos usados nos produtos cosméticos, sabendo-se hoje, os mecanismos de ação de muitos deles. Os cremes anti-rugas são frequentemente alvos de novas reformulações por parte da indústria cosmética com vista a acompanhar as novas descobertas sobre novos ingredientes cosméticos de interesse (Anexo 24).

Deste modo, os compostos mais usados com ação de anti-envelhecimento são: ^[46-48]

Tabela 2 - Compostos mais usados em creme anti-rugas

ANTIOXIDANTES	
✓ Ácido Ferrúlico;	✓ Neutralizam a ação dos radicais livres;
✓ Vitaminas C e E;	✓ Indicados para uma pele mais jovem;
✓ Resveratrol;	Em peles maduras é necessário combinação com outros produtos.
✓ Ácido α -lipóico;	
✓ Coenzima Q10.	
PEPTÍDEOS	
✓ Argireline®	✓ Síntese de colagénio;
✓ Matrixyl®	✓ Relaxamento muscular;
	✓ Usados em pele jovem e madura;
HIDROXIÁCIDOS	
✓ Ácido glicólico	✓ Formação de colagénio;
	✓ Reorganização das fibras elásticas;
	✓ Agente descamativo (<5%).
RETINÓIDES	
✓ Ácido Retinóico;	✓ Estimula a síntese de colagénio;
✓ Retinol;	✓ Aumentam a hidratação cutânea;
	✓ Melhoram a pigmentação cutânea;
	✓ São fotossensibilizantes.
TENSORES	
✓ 2-Dimetil-aminoetanol (DMAE)	✓ Aumento da contratilidade;
✓ Tensine®	✓ Aumento da elasticidade, firmeza e tonicidade (efeito “lifting”);
	✓ Estimula produção de colagénio;
	✓ Maior défice em pele maduras.
HIDRATANTES	
✓ Ácido Hialurónico	✓ Retêm água na epiderme;
	✓ Alisa os microsulcos à superfície;
	✓ Preenche as rugas;

2.3.2. Tratamentos estéticos usados para rejuvenescimento da pele

Embora a lista de cosméticos, alimentos e suplementos que agem sobre o envelhecimento cutâneo continue, gradualmente, a aumentar, é importante realçar que os esforços científicos têm sido feitos no sentido de maximizar os efeitos anti- envelhecimento ^[49].

2.3.2.1. RADIOFREQUÊNCIA

A radiofrequência emite uma radiação entre 30KHz e 300MHz no espectro eletromagnético, sendo transformada em calor. Essa energia consegue penetrar os tecidos mais profundos da pele. Os efeitos térmicos da radiofrequência provocam a desnaturação do colagénio, conseguindo, com isto, ativar os fibroblastos, reorganizar as fibras de colagénio e remodelar o tecido ^[33,50].

Uma das maiores vantagens desta técnica é que a radiofrequência consiste num método não invasivo que pode ser combinado com outras técnicas como o infravermelho (IV) no combate ao envelhecimento cutâneo. A técnica apresenta baixos índices de efeitos colaterais ^[50]. Contudo, a radiofrequência também apresenta algumas desvantagens, das quais se destacam, resultados variáveis observados com esta técnica, sendo que, por exemplo, em casos de flacidez bem vincada, a sua utilidade é praticamente nula ^[50,51].

O método está contra-indicado nas seguintes situações: doentes com neoplasias; gravidez ou amamentação; infeções ou feridas na zona a tratar; historial de quelóides; pele sensível; pacientes com *pacemaker*, implantes ou próteses metálicas; fotossensibilidade conhecida à luz LED (*Light emitter diode*) e uso de medicamentos que possam causar fotossensibilidade tal como as tetraciclina ^[50].

2.3.2.2. LUZ PULSADA

Os aparelhos de luz pulsada emitem fotões que são absorvidos por alguns componentes da epiderme e da derme superficial. Deste modo, os aparelhos de luz pulsada (VPL) emitem uma luz que é policromática (com vários comprimentos de onda), não coerente e não colimada, contrariamente ao que se verifica com os raios lasers. Assim, o principal objetivo do VPL é o tratamento de lesões melanócitas, bem como, vasculares. No tratamento das rugas, a utilização da luz pulsada apresenta resultados bastante favoráveis, tendo em conta que, é uma luz que consegue atingir um nível de penetração considerável, atuando diretamente sobre os fibroblastos, responsáveis pela produção de colagénio. Verifica-se portanto, uma regeneração das fibras de colagénio já existentes e uma estimulação da produção de colagénio que, correspondentemente, melhora, significativamente, o aspeto das rugas ^[50].

Os aparelhos de VPL diferem muito entre si quanto ao nível de fluências; tipos de pulso (simples, duplos ou triplos /curtos ou longos); arrefecimento da ponta e o uso de produtos de interface para melhorar a performance do tratamento ^[50].

É obrigatório o uso de óculos de proteção, tanto pelo profissional que realiza o tratamento como pelo paciente ^[50].

Embora este método ter vindo a demonstrar eficácia, foram relatados alguns efeitos colaterais relativamente ao excesso de energia libertada. Este provoca queimaduras que, por sua

vez, desencadeia hiper ou hipopigmentação, quase sempre temporárias e, também, ocasionalmente definitivas ^[41,50].

Essencialmente, espera-se com este tratamento, uma notável diminuição da oxidação cutânea, atuando sobre a pigmentação instalada e prevenindo, de certa forma, o aparecimento de novas manchas ^[50].

Este tipo de tratamento é frequentemente alternado com a radiofrequência no tratamento de rugas, sobretudo em caso de rugas profundas ^[50].

2.4. ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO

O farmacêutico desempenha um papel fundamental no aconselhamento correto de cosméticos.

No sentido de promover um aconselhamento seguro e eficaz, o farmacêutico, deve adotar uma postura correta, bem como, utilizar um discurso adequado ao nível social do utente. Além dos aspetos anteriores, cabe ao profissional de saúde personalizar o atendimento e criar uma relação de empatia.

O farmacêutico deve auxiliar o utente atentando às suas principais necessidades. No caso do envelhecimento cutâneo, o profissional avalia primeiramente a idade e o tipo de pele do utente, uma vez que estas variantes irão direcionar as escolhas seguintes.

Desta forma, depois de se ver estas respostas respondidas, o farmacêutico deverá proceder assim ao aconselhamento:

Os cuidados para obter uma pele saudável devem garantir a sua nutrição e proteção, no sentido de evitar as agressões externas a que constantemente é sujeita ao longo do dia. Para tal, o utente deve realizar uma correta limpeza de pele, hidrata-la e nutri-la, uma vez que este gesto diário permite conservar a camada protetora natural que ajudará no processo de retardamento de envelhecimento. Os cuidados diários de limpeza e hidratação deverão estender-se ao pescoço e zona do decote ^[52].

O farmacêutico deverá ainda recomendar o utente sobre o uso de protetor solar com elevado fator de proteção em qualquer altura do ano. Tal medida é fundamental para poder atrasar o envelhecimento cutâneo e evitar a formação de manchas, uma vez que os raios UV estão associados ao aumento de radicais livres e à danificação de estruturas cutâneas importantes como fibras de colagénio e elásticas ^[45].

Posteriormente, poderá orientar a nível dos tratamentos faciais existentes para o combate do envelhecimento cutâneo como a radiofrequência, luz pulsada, microdermoabrasão, *peelings* químicos, etc.

A complementação destes cuidados com suplementos orais tem um papel muito importante na saúde da pele. De um modo geral, ela permite, de uma forma sistémica, evitar lesões ambientais e/ ou reparar e melhorar o aspeto de senescência. Foi demonstrado, num estudo, que um suplemento oral que continha óleo de linhaça, luteína, β -caroteno, ácido ascórbico, vitamina E, zinco e selénio melhorou as rugas significativamente ^[54].

Por fim, e não menos importante, o farmacêutico deverá aconselhar o utente quanto a medidas não farmacológicas como a prática de uma alimentação rica em vitaminas e antioxidantes (β -carotenos, bioflavonóides, vitamina C, soja, etc) e a beber pelo menos 1,5L de água diariamente de forma a evitar a perda de água e humidade da pele (uma das principais causas de envelhecimento). Vários estudos permitem comprovar a importância da alimentação no retardamento do envelhecimento ^[54] (Anexo 25).

Pelo mencionado se infere a responsabilidade e importância do aconselhamento, cabendo ao farmacêutico a orientação aquando a dispensa de produtos cosméticos e suplementos. Este deve assegurar-se que o utente compreendeu a informação, sabe como e onde aplicar o produto, conhece as reações adversas que daí possam resultar e os cuidados a ter em conta devido a essa utilização.

2.5. Caso Clínico – Aconselhamento Dermocosmético ANTI-RUGAS **Mulher de 63 anos (MA), sujeita a uma exposição prolongada ao sol, solicita aconselhamento acerca de um creme anti-rugas adequado para a sua pele. (Maio 2014)**

Aconselhamento farmacêutico: Depois de estabelecer um diálogo com a utente foi fácil perceber que:

- ✓ Possuía pele seca e rugas de expressão bem como rugas finas (grau 1);
- ✓ O creme anti-rugas anteriormente usado era “*um creme da ORIFLAME®*”;
- ✓ Não possuía nenhum tipo de alergia, pelo menos que tivesse conhecimento;
- ✓ Não sofria de nenhum problema de pele;
- ✓ Não usava protetor solar, apenas quando ia à praia;
- ✓ Lavava a cara todos os dias, com sabão rosa;
- ✓ Quanto à alimentação diz que “*come de tudo*”;

No sentido de promover um aconselhamento eficaz, tentei transmitir confiança á utente bem como adequar o meu discurso ao seu nível social. O produto anti- envelhecimento que aconselhei tratou-se de um creme para pele seca: **LIERAC® COHÉRANCE L.IR**. Este creme utiliza o poder dos microcristais de turmalina capazes de recriar a luz IV para relançar a síntese de fibras de colagénio conferindo um aumento de firmeza e de conforto por quem o usa. Este creme possui, ainda, na sua composição vetores aceleradores de colagénio III, ácido hialurónico

(permite preencher e alisar a pele), extratos de grainha de romã (antioxidantes) e agentes hidratantes à base de manteiga de karité e glicerina vegetal (confere hidratação e nutrição à pele). Este creme deve ser aplicado de manhã e/ ou à noite no rosto. ^[56]

Posto isso, expliquei, ainda, a importância de uma correta limpeza de pele e hidratação diária, bem como, deveria proceder para a sua realização. Tentei, igualmente, mostrar a importância da fotoproteção, recomendando a utilização de protetor solar com elevado fator de proteção.

Quanto à alimentação, referi que uma dieta equilibrada e rica em vitaminas e antioxidantes é a chave para a prevenção oral, contribuindo no sentido de evitar lesões e/ou reparar e melhorar o aspeto de senescência.

MA aconselhada em Maio 2014 para um creme anti-rugas (LIERAC® COHÉRANCE L.IR) diz “o creme não me está a fazer efeito, quero trocar” (Julho 2014).

Aconselhamento farmacêutico: Desta forma, tentei perceber os motivos da rejeição do creme, dos motivos pela qual a utente não se encontra satisfeita e, ainda, perceber se seguiu todos os outros conselhos dados no aconselhamento anterior. A utente revela que cumpriu os outros conselhos e que apreciou a textura do creme, porém não notou grandes diferenças.

Deste modo, decidi mudar-lhe o creme, anteriormente aconselhado, para um creme da **SESDERMA® AGLICOLIC 20 CREME NUTRITIVO**. Este creme consiste num creme nutritivo anti- envelhecimento com ácido glicólico livre e incorporado em lipossomas que irá estimular a síntese de colagénio, reafirmando e suavizando as linhas de expressão. Contém além deste, outros compostos ativos tais como: ácido hialurónico, polissacarídeos vegetais, óleo de jojoba que formam um filme viscoelástico protetor que mantém o estado funcional da estrutura fundamental da epiderme, com ação descongestionante e regeneradora da epiderme. Remove, ainda, as células mortas do estrato córneo da pele, reduzindo a sua espessura e alisando a superfície cutânea. Deve ser aplicado sobre uma pele limpa e seca e de preferência à noite ^[53].

Além do creme, aconselhei-lhe um sérum anti-envelhecimento da **SESDERMA® C-VIT** concentrado de ativos para potenciar os benefícios do tratamento anti-envelhecimento e despigmentante da pele (uma vez que ela apresentava também manchas hiperpigmentadas) ^[53].

A utente volta à farmácia para comprar novamente o creme, por já ter terminado e quando questionada sobre o efeito do creme que levou da última vez diz “ noto mais diferença mas ainda assim não estou totalmente satisfeita”(Outubro 2014).

Aconselhamento farmacêutico: Visto da última vez ter apresentado uma gama bastante boa e completa com resultados já publicados a nível de eficácia no tratamento de rugas e, a utente estar satisfeita com eles, decidi aconselha-la a realizar tratamentos faciais que a Farmácia realiza como complemento dos cosméticos anti- envelhecimento usados. Deste modo, a utente foi encaminhada para realizar 6-8 sessões de radiofrequência (1xsemana) intercalando 1x mês com o VPL.

Posto isso, predispus-me a acompanhar estes tratamentos e, ao fim de 4 sessões, já foi possível verificar-se algumas melhorias a nível da flacidez e da melhoria de aparência de algumas rugas mais superficiais (Anexo 28).

2.6. CONCLUSÃO

A sociedade, de um modo geral, atribui um valor cada vez mais significativo à estética preocupando-se, cada vez, mais com a vertente do envelhecimento cutâneo. Nesta linha de pensamento, o farmacêutico surge como colaborador na tentativa de direccionar os utentes nos tratamentos anti- idade.

Desta forma, é possível verificar-se uma melhoria significativa na aparência de MA, não tendo ocorrido efeitos colaterais durante o tratamento dermocosmético.

3. CASO CLÍNICO 2 – IMPORTÂNCIA DOS SUPLEMENTOS ALIMENTARES NA PERDA DE PESO EM CASOS DE OBESIDADE / EXCESSO DE PESO

3.1. MOTIVAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA

A obesidade/ excesso de peso representa um dos grandes problemas de saúde do século XXI. Para além de se destacar no âmbito da saúde, com os números assustadores que tem apresentado, é, em particular, um assunto que me desperta bastante interesse.

Existem inúmeras práticas diárias que podemos adotar que nos permitem evitar esta doença, tais como, ter uma alimentação saudável, praticar exercício físico, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, assim como usar suplementos alimentares.

Pessoalmente, nunca acreditei que o consumo de suplementos alimentares pudesse acrescecentar resultados positivos, ou pelo menos, tão positivos quanto os que pude observar. Presenciei, o acompanhamento de algumas pessoas que recorreram a este tipo de suplementos e verifiquei que o seu uso foi bastante favorável, conseguindo ajudar as pessoas na perda de peso.

Como tal, tentei informar-me o máximo que pude sobre suplementos alimentares de forma a poder tornar o meu aconselhamento o melhor possível, participei em formações sobre o assunto e, desta forma senti que consegui ajudar muitas pessoas a obterem os resultados pretendidos.

3.2. INTRODUÇÃO

A obesidade e excesso de peso tornaram-se um problema global, sendo mesmo referidos pela OMS como um dos desafios mais sérios na Saúde Pública do século XXI ^[56]. Temos assistido, nas últimas décadas, a um aumento preocupante da obesidade a nível mundial, tendo o número de pessoas obesas ou com excesso de peso duplicado nas últimas décadas, passando de 857 milhões em 1980 para 2,1 mil milhões em 2013, em todo o Mundo ^[57]. Em Portugal, o cenário também é preocupante, sendo já considerado o 3º país com maior percentagem em mulheres obesas e o 6º lugar, no que toca, à proporção de rapazes com excesso de peso ^[58].

3.3. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE OBESIDADE

A obesidade ou excesso de peso é um distúrbio energético em que ocorre um armazenamento excessivo de energia. Quando existe um equilíbrio entre o que é ingerido, bem como, o gasto energético, o peso corporal é normalmente mantido ^[59]. A quantidade de gordura acumulada varia com a idade e como o género das pessoas. Portanto, os critérios utilizados para definir obesidade e excesso de peso precisam ser baseados na idade, no género e no estilo de

vida ^[60]. As medidas clinicamente úteis para avaliar uma situação de peso excessivo são aquelas que, para além de apresentarem uma boa correlação com a ocorrência de riscos para a saúde, não são invasivas, são económicas, fáceis de usar e refletem modificações, a curto e longo prazo, da gordura corporal ^[61]. O procedimento padrão para avaliar o peso, e saber se o indivíduo apresenta excesso de peso ou obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet, que se determina dividindo o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m). No caso do adulto (idade ≥ 18 anos), o excesso de peso corresponde a um estado de pré-obesidade (IMC: 25-29,9 Kg/m²). A partir de um IMC de 30,0 Kg/m² a pessoa já é considerada obesa, podendo atingir diferentes classes ou graus e respetivo risco de comorbilidades (Tabela 3) ^[57].

Tabela 3 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades (OMS 2000).

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	<18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Variação normal	18.5-24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0-29.9	Aumentado
Obesidade grau I	30.0-34.9	Moderado
Obesidade grau II	35.0-39.9	Grave
Obesidade grau III	≥ 40.0	Muito Grave

Este índice deve, porém, ser considerado com precaução, porque o mesmo IMC pode não significar o mesmo risco de morbilidade e mortalidade entre os vários grupos populacionais. Há variações de acordo com a etnia, o sexo, a idade e a morfologia do corpo. A distribuição anatómica da gordura corporal pode também modificar o risco para a saúde, sabendo-se que a localização da adiposidade no segmento superior do corpo (gordura visceral) origina maiores riscos para a saúde do que a localização no segmento inferior. Indivíduos obesos, cuja localização de gordura se faz sobretudo junto das coxas, pernas e nádegas (ginóide) por oposição aos que têm a gordura distribuída na zona abdominal (andróide), apresentam menos complicações de saúde. Por esta razão, a medição do perímetro de cintura constitui outro parâmetro de interesse clínico que pode ser utilizado de forma independente, ou em associação com o IMC, para identificar indivíduos em maior risco de desenvolverem problemas de saúde (Tabela 4) ^[62].

Tabela 4 - Circunferência da cintura limite para o risco de complicações associadas à obesidade, segundo o sexo.

Risco de complicações metabólicas	Circunferência da cintura	
	HOMEM	MULHER
Risco aumentado	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Risco muito aumentado	≥ 102 cm	≥ 88 cm

A etiologia da obesidade é difícil de ser identificada e caracterizada. Essa dificuldade deve-se, ao fato, de obesidade ser uma doença multifatorial, onde contribuições fisiológicas e estilos de vida, podem controverter a sua etiologia. A obesidade pode ser causada por fatores exógenos (fatores externos de origem comportamental, dietética e ambiental ou causada por medicamentos, responsável por 95% dos casos) ou endógenos (relacionada com fatores genéticos, psicológicos, endócrinos e metabólicos) ^[63-68].

Os indivíduos com excesso de peso ou obesidade apresentam maior risco de desenvolverem várias doenças, particularmente: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, bem como doenças osteoarticulares, apneia do sono e certos tipos de cancro ^[57,65].

O uso do termo “síndrome metabólica” aumentou acentuadamente e descreve a forte relação entre a obesidade abdominal com a hipertensão, dislipidémia e a resistência à insulina, afectando cerca de 20-30% da população europeia ^[57,63].

3.4. TRATAMENTO DA OBESIDADE

O tratamento clínico da obesidade é difícil, pois não é objetivo somente a perda de peso, mas também a manutenção da perda de peso.

A ingestão calórica é um dos fatores que leva à obesidade, por isso torna-se necessário entender o padrão alimentar do indivíduo. Este é resultado do consumo habitual dos alimentos ^[69]. Quando se avaliam os comportamentos anormais e as práticas incorretas de combate de peso, verifica-se que estas estão associadas à insatisfação pessoal e à baixa auto-estima, sendo expressada por insatisfação com o peso atual, fazendo com que o indivíduo não esteja bem consigo próprio ^[70]. O paciente deverá então centralizar o seu plano alimentar em alimentos hipocalóricos, hipogordurosos, ricos em fibras e aprender a programar as suas refeições de forma a não ficar mais de 3 horas sem comer. Deve ainda mastigar, lentamente, os alimentos e comer devagar, evitando a síndrome de “ioiô” que altera a taxa de metabolismo basal, diminuindo a massa magra e aumentando a gordura corporal. Desta forma, a reeducação

alimentar, na prática, significa aprender a lidar com a alimentação sem medos nem ansiedades, escolhendo os alimentos adequados em quantidade e qualidade. O objetivo não é impor uma nova forma de se alimentar, mas verificar os erros e propor mudanças, adaptando-se ao estilo de vida, condição socioeconómica e aos padrões culturais ^[65,72].

A atividade física regular apresenta vários benefícios no tratamento da obesidade ou no excesso de peso uma vez que aumenta o gasto energético, estimula a resposta termogénica, aumenta a taxa de metabolismo basal, aumenta a oxidação e mobilização de gorduras e, ainda, melhora o condicionamento cardíaco ^[62].

O aumento da auto-estima é, também, é um objetivo que se pretende alcançar, tendo em conta, que elevados níveis de ansiedade estão normalmente associados a estes doentes.

Quanto à terapia medicamentosa, quando utilizada a curto prazo, apresenta elevados benefícios durante a sua utilização, no entanto, verifica-se que após a sua interrupção, a maior parte das pessoas volta a aumentar de peso. O objetivo do tratamento medicamentoso é diminuir o peso corporal, manter o peso e prevenir recuperação do peso. Os fármacos devem apresentar poucos efeitos colaterais e grande margem de segurança. O uso de fármacos para combater esta patologia apenas está indicada em casos de $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ou $IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2$, se associado a comorbilidades, como diabetes, hipertensão ou dislipidémia ^[72-75].

A indústria farmacêutica continua a apostar neste ramo e ir em conta do medicamento ideal que permite a perda de peso de forma rápida e em segurança. Com o conhecimento de que a obesidade envolve múltiplos fatores, o foco está nos medicamentos com múltiplos mecanismos de ação e medicamentos para serem utilizados em conjunto com uma dieta equilibrada e atividade física. O medicamento, atualmente disponível, em Portugal, para o tratamento da obesidade é o orlistato (Xenical[®] 120mg). Este fármaco liga-se às enzimas do sistema digestivo (lípsases) e impede-as de decompor parte da gordura que ingeriu na refeição. A gordura não digerida não pode ser absorvida, sendo eliminada pelo seu corpo. Como só atua em presença de gordura proveniente dos alimentos, caso faça uma refeição sem gordura não necessita de tomar o medicamento. Este fármaco deve ser tomado cuidadosamente, uma vez que apresenta alguns efeitos secundários (dor de cabeça, mal-estar abdominal, necessidade urgente de defecar, flatulência, fezes gordurosas, níveis diminuídos de açúcar no sangue) e interfere com alguns medicamentos (anticoagulantes, ciclosporina, sais de iodo e/ou levotiroxina, amiodarona) ^[56,62,65,71,76-79].

Até há bem pouco tempo, ainda circulava no mercado um medicamento designado por Reductil[®] (sibutramina 10mg) que atuava por inibição da recaptção de noradrenalina/serotonina e dopamina. Foi retirado do mercado em Janeiro de 2010 por apresentar vários efeitos adversos graves sendo um deles o aumento do ritmo cardíaco ^[81,90].

Existe, porém, outra alternativa bastante apetecível que ajuda na perda de peso que são os suplementos alimentares. Consideram-se suplementos alimentares:

“São géneros alimentícios que se apresentam em forma doseada (ex. cápsulas, comprimidos, saquetas em pó) e destinam-se a complementar uma alimentação normal, não devendo ser usados como substitutos da dieta. Constituem fontes concentradas de determinadas substâncias com efeito nutricional ou fisiológico, utilizadas de forma isolada ou em associação, como sejam vitaminas, minerais, plantas e extratos de planta, aminoácidos, ácidos gordos essenciais, fibras, entre outros, que se destinam a ser tomadas, apenas por via oral, em unidades medidas de quantidade reduzida” ^[83,84].

Os suplementos alimentares, ao se apresentarem sob a forma de comprimidos, cápsulas, pós, ampolas bebíveis, entre outras, podem ser confundidos com medicamentos, pelos consumidores. Esta fronteira torna-se ainda mais ténue quando adquiridos na Farmácia. Contudo, muitas são as diferenças que os caracterizam (Tabela 5) ^[83]:

Tabela 5 - Diferenças entre Suplementos Alimentares e Medicamentos

Suplementos alimentares	Medicamentos
Não podem alegar propriedades profiláticas, de tratamento ou cura de doenças. Podem, contudo, fazer-se acompanhar por alegações de saúde, desde que devidamente autorizadas.	Têm necessariamente que apresentar propriedades profiláticas, de tratamento ou cura de doenças.
São abrangidos pela legislação relativa aos géneros alimentícios, independentemente da sua composição.	São abrangidos pela legislação referente aos medicamentos.
São tutelados pela DGAV.	São tutelados pelo INFARMED.
Não são exigidas provas de qualidade, segurança e eficácia prévias à sua colocação no mercado.	São exigidas provas de qualidade, segurança e eficácia prévias à sua colocação no mercado.
Não é necessária autorização de introdução no mercado para sua comercialização, sendo apenas necessário notificar a DGAV.	É necessário a concessão de uma autorização de introdução no mercado (AIM) para sua comercialização.

Fiscalização do cumprimento dos requisitos legalmente aplicáveis compete à ASAE.	Fiscalização do cumprimento dos requisitos legalmente aplicáveis compete ao INFARMED.
Ocorrência de efeitos indesejáveis relacionados com a toma deve ser reportada à DGAV.	Ocorrência de RAM deve ser notificada às autoridades regionais de Farmacovigilância

Dados de um estudo de mercado realizado em Portugal, revelam que cerca de 80% dos Portugueses utiliza ou já utilizou um suplemento alimentar, sendo que, destes, 26% se referem aos dietéticos ^[85].

Os suplementos alimentares, isolados ou combinados, são de fácil acesso à população, sendo por isso mais fácil adquirir um suplemento alimentar do que recorrer a ajuda e aconselhamento de um profissional de saúde (nutricionista) ^[86]. O maior acesso à informação e a crescente tendência para procurar fontes de bem-estar físico e psíquico, contribuem para este aumento, o qual é acompanhado por uma maior oferta em número e diversidade de suplementos alimentares disponíveis na Farmácia ^[87].

A toma de suplementos alimentares, quando realizada corretamente, pode trazer benefícios à saúde, já a toma indiscriminada, ou por indivíduos com patologias ou a tomar outros medicamentos, pode colocar em risco a saúde. Por estes motivos, a compra destes produtos na farmácia tem a clara mais-valia da dispensa personalizada após avaliação das características e necessidades de cada produto. Constitui, portanto, um desafio garantir um aconselhamento de excelência nesta área por parte do farmacêutico. Para que este aconselhamento seja possível, é essencial que a farmácia tenha acesso a informação específica, completa e isenta sobre cada produto, que permita a melhor orientação dos seus utentes e a identificação de potenciais problemas resultantes da toma por determinados grupos populacionais, contribuindo para uma utilização racional dos suplementos alimentares ^[87].

Atualmente, existe uma grande variedade de suplementos alimentares que alegam promover a perda de peso, sendo que estão disponíveis, um grande número de substâncias diferentes bem como de combinações possíveis ^[86,88,89]. Dentro destes, podemos salientar os mais usuais como:

- **CLA (ácido linoleico conjugado):** Conjunto de isómeros do ácido linoleico capazes de “queimar gorduras” nomeadamente através do *uptake* de ácidos gordos pelo adipócito. A maioria dos suplementos alimentares que contêm CLA contém 60-90% deste, sob a forma de ácidos gordos livres ou triglicerídeos ^[90-94].

Gaullier *et al.* estudaram os efeitos da suplementação com CLA sob ambas as formas (ácidos gordos livre e triglicerídeos), em indivíduos com excesso de peso, durante um ano, e verificaram uma redução da massa gorda. Relativamente aos efeitos adversos, o grupo controle e o grupo experimental não apresentavam diferenças significativas. Porém, uma revisão recente concluiu que não existe evidência suficiente de que o CLA tenha efeitos na redução de peso. Desta forma, o CLA parece não apresentar evidência científica que justifique a sua utilização na redução de peso. Por outro lado, torna-se necessária a avaliação da eficácia, segurança e possíveis efeitos adversos da sua utilização por longos períodos de tempo ^[95-99].

- **CHÁ VERDE:** É obtido pela infusão de folhas da planta *Camellia sinensis* que têm propriedades antioxidantes, dada a sua riqueza em polifenóis como os flavonóides e as catequinas ^[100]. O chá verde tem sido utilizado em suplementos alimentares, como sendo capaz de promover a perda de peso.

Os efeitos do chá verde e seus componentes na obesidade têm sido estudados, bem como os mecanismos de ação possivelmente envolvidos ^[101]. O efeito da ingestão de chá verde foi avaliado, durante 12 semanas, em indivíduos obesos, observando-se uma diferença de peso significativa entre o grupo experimental e o grupo controlo. Observaram-se também diferenças significativas no metabolismo basal à oitava semana, pelo que os autores sugerem que a perda de peso se poderá dever a um aumento do gasto energético e da oxidação da gordura. Porém, existem outros estudos controversos, sendo por isso necessário realizar mais pesquisas em humanos, bem estruturados, durante períodos de tempo mais extensos e que avaliem, inclusivamente, a segurança da sua ingestão a longo prazo. Também foram relatados casos de toxicidade hepática associados à toma de chá verde, daí a necessidade de mais estudos ser importante ^[102-104].

- **GARCÍNEA CAMBOGIA:** O fruto desta planta por ser rico em ácido hidroxicítrico (AHC), ajuda a controlar o apetite entre as refeições ao mesmo tempo que limita a conversão dos açúcares em gordura. Deste modo, o “stock” vai ser reduzido e o processo de perda de peso acelerado ^[105].

No que se refere à redução de peso, um estudo recente que testou a eficácia e segurança de um suplemento alimentar contendo AHC, em conjunto com uma dieta de 2000kcal diárias e um programa de exercício físico (30 minutos, 5 dias por semana), observou uma redução de peso e IMC de 5,4% e 5,2%, respetivamente, bem como um aumento da excreção de metabolitos dos ácidos gordos, um marcador da oxidação da gordura. Relativamente à segurança, neste estudo não foram reportados efeitos adversos significativos. Apesar, de aparentemente bem tolerado, mais estudos são necessários para comprovar a eficácia deste composto ^[106-110].

- **L-CARNITINA:** A Carnitina é uma amina que deriva dos aminoácidos lisina e metionina. A L-carnitina é a sua forma ativa, que se sabe ser responsável por facilitar o transporte dos ácidos gordos para a mitocôndria ^[111]. A L-carnitina tem sido utilizada como suplemento alimentar, preconizando promover a perda de peso, bem como, garantir uma maior resistência ao exercício físico ^[57,58]. Estas alegações baseiam-se, respetivamente, no papel que esta desempenha na lipólise e na teoria de que, por este motivo, a sua suplementação poderia levar, entre outros mecanismos, a uma menor utilização do glicogénio muscular promovendo um melhor desempenho durante o exercício físico ^[114-117].

Não foram encontrados resultados relativamente à segurança da utilização da L-carnitina, bem como possíveis efeitos adversos. Presentemente, tendo em conta a literatura existente referente à sua eficácia e segurança, a L-carnitina não apresenta evidência científica que justifique a sua utilização como suplemento alimentar para a perda de peso ^[117].

- **GLUCOMANANO:** É uma fibra solúvel que tem sido usado como suplemento alimentar, pela sua alegada capacidade de aumentar a saciedade ^[88,117].

Um estudo, que avaliou os efeitos da suplementação com glucomanano, concluiu que, em conjunto com uma alimentação equilibrada e exercício físico, este desencadeia a uma significativa melhoria da composição corporal (embora esta não se tenha traduzido numa significativa redução de peso), bem como, dos níveis plasmáticos das lipoproteínas de alta densidade (HDL) e da relação TG/HDL ^[118]. Desta forma, o glucomanano parece ser bem tolerado, assim como ter alguma influência na perda de peso, porém serão necessários mais estudos quanto à eficácia e segurança a longo prazo da utilização deste composto ^[119].

- **CRÓMIO:** O crómio é um mineral essencial e cofator da insulina, fundamental para um correto metabolismo dos hidratos de carbono e dos lípidos. A sua absorção é facilitada quando este é conjugado com o ácido picolínico, um derivado do triptofano, formando-se o picolinato de crómio ^[120]. Num estudo realizado em mulheres que estavam a tomar suplementação em crómio comparado com grupo controle demonstraram que o crómio tem efeito na saciedade e ingestão alimentar ^[120-123].

Atualmente, embora pareça existir uma ténue redução de peso na suplementação de crómio, são necessários mais estudos que avaliem, a longo prazo, a eficácia do crómio na redução de peso, bem como a segurança da sua suplementação, de forma a identificar possíveis efeitos adversos.

- **QUITOSANO:** O quitosano é um polissacarídeo derivado da quitina, componente principal do exosqueleto dos crustáceos que por se ligar às moléculas de gordura vai inibir a sua absorção no lúmen intestinal ^[117]. Os efeitos adversos mais frequentes

incluem sintomas gastrointestinais como obstipação e flatulência ^[88]. Uma vez que o quitosano deriva de um componente do exosqueleto dos crustáceos, a sua ingestão por indivíduos alérgicos ao marisco é desaconselhada. A literatura existente parece indicar que o quitosano não apresenta efeitos na redução de peso o que, em conjunto com os efeitos adversos descritos, não justifica a sua utilização como suplemento alimentar para a redução de peso ^[124-127].

3.5. PAPEL DO FARMACÊUTICO NO ACONSELHAMENTO SOBRE PERDA DE PESO DE FORMA EQUILIBRADA E SOBRE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Cabe ao farmacêutico orientar, bem como, sugerir possíveis alterações e/ou mudanças no estilo de vida e, conseqüentemente, nos hábitos alimentares do paciente. Atualmente, a “cura para emagrecer” necessita de um programa de tratamento que inclui mudanças no modo de vida, conscientização em relação à escolha dos alimentos e à adequação do gasto energético (actividade física) que terão de ser incorporados a longo prazo para a manutenção de perda de peso ^[128].

Existe uma forte associação entre o desenvolvimento da obesidade/excesso de peso e a vivência psicológica específica. O tratamento da obesidade pressupõe uma mudança comportamental, o que justifica a intervenção psíquica ^[65]. Os pensamentos que surgem na mente de qualquer indivíduo são fatores que influenciam o estilo de vida e, inevitavelmente, o controlo do peso corporal. Certos tipos de pensamento produzem emoções negativas, o que pode piorar o seu estilo de vida ^[56].

É necessário que o doente se reconheça como parte ativa das mudanças a desenvolver e concretizar. Desta forma, o farmacêutico deve conseguir motivar o doente de forma a que ele consiga ultrapassar esta barreira. Em síntese, os fatores de motivação podem ser agrupados nas seguintes categorias, nos quais se incluem as razões/causas que impulsionam a motivação: Psicológicos (imagem corporal e auto-estima), Financeiros (incentivos monetários e bonificações), Qualidade de Vida (actividade do quotidiano e vida social), Médicos (saúde e prevenção) e Outros (acompanhamento do profissional de saúde, por exemplo) ^[132,133].

Quanto ao aconselhamento farmacêutico a nível dos suplementos alimentares, o farmacêutico deverá ter acesso à informação específica e completa sobre cada produto e desta forma poder oferecer um melhor aconselhamento.

Apesar de existir uma grande variedade de suplementos alimentares que promovem a perda de peso, a evidência científica a favor da sua eficácia e segurança é limitada.

No excesso de peso e/ou obesidade é comum a associação de outras patologias, como já referidas anteriormente. Uma vez que a utilização dos suplementos alimentares aumenta em doentes com maior IMC ^[129], torna-se muito importante que os profissionais de saúde, nomeadamente, os farmacêuticos, estejam atentos, questionando os doentes acerca da eventual utilização dos suplementos alimentares. Muitos doentes não consideram estes produtos medicamentos e poderão, inadvertidamente, ocultar a sua ingestão. Também durante a gravidez é necessária especial atenção, dada a incerteza sobre possíveis efeitos teratogénicos dos suplementos alimentares.

Em todo o caso, é o doente que decide se tomará ou não determinado suplemento alimentar. Mais do que mostrar uma posição rígida ou forçar a mudança de opinião, o farmacêutico deverá fornecer informações claras e suficientes, realçar os custos e benefícios e mostrar opções alternativas, de forma a permitir ao doente tomar uma decisão informada, prestando os seus serviços com objetividade e respeitando as necessidades e valores individuais ^[134,135]. É importante referir que, em Portugal, 55% dos utilizadores de suplementos alimentares têm conhecimento destes produtos através de profissionais de saúde ^[85]. Dada a permanente evolução da ciência e o constante surgimento de novos produtos, cabe-nos a nós, farmacêuticos, mantermo-nos informados e atualizados para que essas informações sejam as mais corretas possíveis.

3.6. CASOS CLÍNICOS

Foram acompanhados na Farmácia Moura dois utentes (homem e mulher), ao longo de alguns meses. Apesar de termos aconselhado estes dois utentes a procurar ajuda médica, de forma a poderem emagrecer de forma saudável e equilibrada, estes por diversos motivos recusaram-se. De forma a podermos colaborar da melhor maneira com este emagrecimento voluntário, decidimos para além do nosso aconselhamento durante a dispensa dos suplementos alimentares acompanhá-los nesta “luta” (Tabela 6). Assim, sempre que estes dois utentes vinham à Farmácia realizar uma nova compra de suplementos alimentares medíamos o seu peso e calculávamos o seu IMC, massa gorda e massa magra, bem como, medíamos o seu perímetro de cintura de forma a verificar a evolução dos resultados.

Tabela 6 - Casos clínicos

HOMEM ♂	MULHER ♀
Idade: 41 anos Altura: 1,75 m Peso inicial: 90Kg Profissão: Professor Atividade Física: Caminha 15 minutos/dia Patologias: Apneia do sono, TG ↑ Medicação: Minoxidil tópico Peso pretendido: 78 Kg	Idade: 35 anos Altura: 1,60 m Peso inicial: 86,6 Kg Profissão: Costureira Atividade Física: Caminha 15 minutos/dia Patologias: Problemas na tiróide Medicação: Pílula (Diane 35) Peso pretendido: 65 Kg Outras informações: Foi mãe (2x)
IMC= 29,3 (pré-obesidade) Massa magra= 32,0 Kg Massa gorda= 30,9 Kg Perímetro cintura:103 cm	IMC= 33,8 (obesidade grau I) Massa magra= 22,6 Kg Massa gorda= 48,7 Kg Perímetro cintura:106 cm
Aconselhamento Farmacêutico (Junho/Julho): ✓ Dieta equilibrada e baixa em calorias; ✓ Aconselhamento do uso dos suplementos*: 1, 2, 3 e 4	Aconselhamento Farmacêutico (Março): ✓ Dieta equilibrada e baixa em calorias; ✓ Aconselhamento do uso dos suplementos*: 1, 2, 3 e 4
Agosto: Peso: 84,1 Kg (Perdeu 5,9 Kg) IMC: 27,7 (pré-obesidade) Massa magra: 32,1Kg Massa gorda: 30,6 Kg Perímetro de cintura: 98 cm	Maio Peso: 76,5 Kg (Perdeu 10,1 Kg) IMC: 30 (obesidade grau I) Massa magra: 26Kg Massa gorda: 41,7 Kg Perímetro de cintura: 92 cm
Aconselhamento Farmacêutico (Agosto): ✓ Continuação da dieta equilibrada baixa em calorias; ✓ Aconselhamento do uso de suplementos*: 1,4 e 5.	Aconselhamento Farmacêutico (Maio): ✓ Continuação da dieta equilibrada baixa em calorias; ✓ Aconselhamento do uso de suplementos*: 1,4 e 5

Outubro:	Outubro:
Peso: 75,9 Kg (Perdeu 14,1 Kg)	Peso: 65,6 Kg (Perdeu 21 Kg)
IMC: 25,5 (pré-obesidade)	IMC: 25,8 (pré-obesidade)
Massa magra: 30,1Kg	Massa magra: 27,1Kg
Massa gorda: 25 Kg	Massa gorda: 37,4 Kg
Perímetro de cintura: 88cm (Reduziu 15 cm)	Perímetro de cintura: 81cm (Reduziu 25 cm)
Aconselhamento Farmacêutico (Outubro):	Aconselhamento Farmacêutico (Outubro):
✓ Continuação da dieta equilibrada baixa em calorias;	✓ Continuação da dieta equilibrada baixa em calorias;
✓ Aconselhamento do uso de suplementos*: 1, 3 e 4.	✓ Aconselhamento do uso de suplementos*: 1, 3, 4, 5

***Suplemento 1:** Multivitamínico e mineral; Contém na sua constituição prebióticos (aumentam a capacidade do organismo absorver os minerais e provovem a síntese de vitaminas, bem como, ajudam a regular o trânsito e flora intestinal, contribuindo para o reforço do sistema imunitário) e Ginseng (ajuda a fortalecer a nível físico e mental ajudando na redução do stresse) ^[136].

Suplemento 2: Contém extrato de cardo mariano com padronização de 80% de silimarina. É usado em situações de desconforto hepático e/ou biliar. A silimarina constitui a fracção ativa desta planta, responsável pela atividade hepatoprotetora.

Desta forma, este suplemento tem uma acção antioxidante, que auxilia na regeneração celular, bem como, uma acção anti-inflamatória e anti-fibrinogénica. Permite, ainda, o aumento de proteínas hepáticas e a estabilização das membranas celulares dos hepatócitos ^[136].

Suplemento 3: Contém crómio+ L-carnitina + Garcinia cambogia + complexo de plantas contribuindo para a manutenção de níveis de glucose no sangue e para o normal metabolismo dos macronutrientes. Para além disso, ajuda no controle de apetite e na redução de massa gorda ^[136].

Suplemento 4: Constituído por um complexo de plantas (ananás, grainha de uva, castanheiro-da-índia) – a sua acção sinérgica modela, tonifica e diminui a sensação de pernas pesadas favorecendo a circulação e a eliminação de água e toxinas ^[136].

Suplemento 5: Complexo de CLA + extrato de chá verde + extrato de erva mate + vitamina E atuam de forma complementar otimizando vários processos associados à acumulação de massa gorda corporal, originando uma diminuição do número e tamanho dos adipócitos, o que se

traduz numa diminuição da massa gorda corporal e numa melhoria de silhueta. Têm além disso, uma ação termogénica e diurética ^[136].

*NOTA: Por não ser possível referir as marcas de suplementos alimentares (necessário autorização da marca) referi apenas a sua composição.

3.7. CONCLUSÃO

Desta forma, podemos concluir que este acompanhamento por parte do Farmacêutico foi benéfico para a perda de peso em segurança para estes dois utentes, uma vez que estes atingiram os seus objetivos de forma mais informada e segura. Verificou-se uma perda de peso de 14,1 Kg para o homem e de 21 Kg para a mulher, sem terem sido relatados efeitos colaterais por nenhum deles.

BIBLIOGRAFIA

1. Ordem dos farmacêuticos: Farmácia comunitária. Acessível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebFarma_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909 [acedido em 10 de outubro de 2014];
2. Conselho Nacional da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. Ordem dos Farmacêuticos, Revisão nº 3 de 2009;
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 171/2012 de 1 de agosto. Acessível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2012/08/14800/0403004045.pdf> [acedido a 27 de setembro de 2014];
4. SIFARMA 2000 - Manual Geral v. 2.8.1. Acessível em: <http://pt.scribd.com/doc/140773552/Manual-Sifarma-2000> [acedido em 12 de setembro de 2014];
5. ANÁLISE DA APLICAÇÃO INFORMÁTICA SIFARMA. Acessível em: <http://www3.dsi.uminho.pt/jac/documentos/exemploanaliseati.pdf>. [acedido em 12 de setembro de 2014];
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 20/2013 de 14 de fevereiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-G1_DL_20_2013_1ALT.pdf [acedido em 15 de setembro];
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_VF.pdf. [acedido em 17 de setembro];
8. MINISTÉRIO DA ECONOMIA E DO EMPREGO: Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro. Diário da República, 1ª Série, n.º 229;
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei nº 152/2012 de 12 de julho. Acessível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/29622/0364903653.pdf>. [acedido em 22 de setembro];
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei nº 34/2013 de 27 de fevereiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_V/083-G0B_DL_34_2013.pdf. [acedido em 22 de Setembro];
11. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS: Decreto-Lei n.º 95/2004 de 22 de abril. Acessível em: <http://ofporto.org/upload/documentos/763153-Prescricao-e-preparacao-de-manipulados.pdf>. [acedido em 12 de outubro de 2014];

12. INFARMED: Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACA_O_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf. [acedido em 12 de outubro de 2014];
13. PORTAL DA SEGURANÇA ALIMENTAR. Decreto-Lei n.º 216/2008 de 11 de Novembro. Acessível em: http://www.segurancalimentar.com/leg_desc1.php?id=2143. [acedido em 12 de outubro de 2014];
14. DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de Junho. Acessível em: http://www.confagri.pt/legislaca/Decreto_Lei_74_2010.pdf. [acedido em 12 de outubro de 2014];
15. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Decreto-Lei n.º 115/ 2009 de 17 de junho. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/docs/1/8668596.PDF>. [acedido em 17 de outubro de 2014];
16. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Decreto-Lei n.º 148/2008 de 28 de julho. Acessível em: http://www.groquifar.pt/divisao_legislacao.php?id=80. [acedido em 05 de outubro de 2014];
17. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTE_S/DM/DECRETO_LEI_145_09. [acedido em 30 de setembro de 2014];
18. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Portaria n.º 46/2012 de 13 de fevereiro. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACA_O_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/44-0_Port_46_2012_REV.pdf. [acedido em 24 de outubro de 2014];
19. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Portaria 198/2011 de 18 de maio. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACA_O_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/44-0_Port_46_2012_REV.pdf. [acedido em 23 de outubro de 2014];
20. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Despacho n.º 9187/2011 de 21 de julho. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACA_O_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/044-A0_Desp_9187_2011_REV.pdf. [acedido em 24 de setembro de 2014];
21. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Decreto-Lei n.º 106/2010 de 1 de outubro. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/DETALHE_NOVIDADE?itemid=6826744. [acedido em 24 de setembro de 2014];

22. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Portaria nº 137-A/2012 de 11 de maio. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/043-A8_Port_224-A_2013.pdf. [acedido em 24 de setembro de 2014];
23. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Portaria nº 24/2014 de 31 de janeiro. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/113-D1A1_Port_24_2014_VF.doc. [acedido a 13 de outubro].
24. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Decreto-Lei nº 48-A/2010 de 13 de maio. Acessível em: https://www.adse.pt/document/DL_48_A_2010_13_maio.pdf. [acedido em 13 de outubro de 2014];
25. INFARMED: Norma relativas à dispensa do medicamento. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_dispensa.pdf. [acedido em 17 de outubro de 2014].
26. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Despacho nº 17690/2007 de 23 de julho. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/011-D1_Desp_17690_2007.pdf. [acedido a 15 de Setembro de 2014].
27. Soares MA (2002). A pele como órgão. In: Soares MA, eds. *Medicamentos não prescritos. Aconselhamento Farmacêutico*. 2ª edição. Publicações Farmácia Portuguesa, Lisboa, 442-43;
28. MINISTÉRIO DE SAÚDE: Portaria nº 1429/2007 de 2 de Novembro. Acessível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV/023-A3_Port_1429_2007.pdf. [acedido em 13 de outubro de 2014];
29. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*; 26: 21-39.
30. Aulas de Fisiopatologia e Farmacoterapia (2013). Hipertensão Arterial. Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.
31. NIH Medline Plus: Glucose test – blood. Acessível em <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003482.htm>. [acedido em 23 de julho de 2014].

32. NIH Medline Plus: Cholesterol Levels. Acessível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/summer12/articles/summer12pg6-7.html>. [acedido a 23 de julho de 2014].
33. Casabona G, Presti C, Manzini M, Machado C (2013). Radiofrequência ablativa fraccionada: um estudo-piloto com 20 casos para rejuvenescimento da pálpebra inferior. *Surg Cosmet Dermatol* 2014, 6(1): 50-5;
34. Tortora GJ, Derrickson BH, (2009). *Principles of Anatomy and Physiology: Maintenance and Continuity of the Human Body*. 12ª edição. John Wiley and Sons, Hoboken N.J.
35. Pringle F, Penzer R (2002). Normal skin: its function and care. In: Penzer R, eds. *Nursing Care of the Skin*. 2ª edição. Butterworth Heinemann, Oxford, 20-45.
36. Murphy G, (1997). Histology of the skin. In: Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, eds. *Lever's Histopathology of the Skin*. 3ª edição. Lippincott-Raven, Philadelphia, 5-50.
37. Borges FS (2006). *Modalidades Terapêuticas nas disfunções estéticas*. 1ª edição. Phorte editora, S.Paulo, 232-36.
38. Friedman O (2005). Changes associated with the aging face. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*; 13: 371-80.
39. Waller JM, Maibach HI (2005). Age and skin structure and function, a quantitative approach II: blood flow, pH, thickness, and ultrasound echogenicity. *Skin Research and Technology*; 11: 221- 35.
40. Sudel KM, Venzke K, Mielke H, Breitenbach U, Mundt C, Jaspers S (2005). Novel aspects of intrinsic and extrinsic aging of human skin: beneficial effects of soy extract. *Photochemistry and Photobiology*; 81:581 - 87.
41. Phillips T, Kanj L (1994). Clinical manifestations of skin aging. In: Squier C, Hill MW, eds. *The Effect of Aging in Oral Mucosa and Skin*. 1ª edição. CRC Press, Florida, 25-40.
42. Fisher GJ, Kang S, Varani J (2002). Mechanisms of photoaging and chronological skin aging. *Archives of Dermatology* ; 138:1462-70.
43. Soares MA (2002). A pele como órgão. In: Soares MA, eds. *Medicamentos não prescritos. Aconselhamento Farmacêutico*. 2ª edição. Publicações Farmácia Portuguesa, Lisboa, 442-43;
44. Morita A (2007). Tobacco smoke causes premature skin aging. *Journal of Dermatological Science*; 48:169-75.
45. Barata EA (2002). Produtos Cosméticos e suas formas naturais. In: Barata EA, eds. *Cosméticos. Arte e Ciência*. 1ª edição. Lidel, Lisboa, 57-66.

46. Arruda L, Arruda A, Stocco P, Ota F, Assumpção E, Langens S, *et al.*, (2012). Avaliação de dermocosmética com retinaldeído, nicotinamida e *vitis vinífera* no fotoenvelhecimento cutâneo de mulheres entre 25 e 40 anos de idade. *Surgical and Cosmetic Dermatology*; 4(1): 38-44.
47. Crocco E, Alves R, Alessi C (2012). Eventos adversos do ácido hialurónico injectável. *Surgical and Cosmetic Dermatology* ; 4(3): 259-63.
48. Baumann L (2009). *Cosmetic Dermatology: Principles and Practice*. 2ª edição. Mc Graw-Hill, New York.
49. Jerry LM, Kristen MK (2006). Prevention and Treatment of Skin Aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*; 1067: 323-331.
50. Mattos R, Filippo A, Torezan L, Campos V (2009). Fontes de energia não laser no rejuvenescimento parte II. *Surgical and Cosmetic Dermatology*; 1(2); 80-86.
51. Alster TS, Tanzi E (2004). Improvement of neck and cheek laxity with a nonablative radiofrequency device: a lifting experience. *Dermatologic Surgery*; 30:503-7.
52. Enríquez T, Nazra J (2005). *100 Conselhos Anti-Idade*. 7041ª Edição. Círculo Leitores, Mafra.
53. SESDERMA® - Antienvelhecimento. Acessível em: www.sesderma.pt (acedido em 20 de outubro de 2014).
54. Addor FA (2011). Abordagem nutricional do envelhecimento cutâneo: correlação entre os efeitos em fibroblastos e os resultados clínicos. *Surgical and Cosmetic Dermatology*; 3(1): 12-6.
55. LIERAC® – Visage. Acessível em: www.lierac.fr (acedido em 20 de outubro de 2014).
56. Insel PM, Turner RE, Ross D (2007). *Nutrition*. 3ª edição. Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 346-66.
57. Tavares CF (2007). *Combater a obesidade. Por uma alimentação saudável*. 1ª edição. Junta de Freguesia de Fafe, Fafe.
58. Campos A. Portugal é o terceiro país da Europa Ocidental com mais raparigas obesas. *Jornal Público*. Lisboa, 29 maio. 2014.
59. Escrivão *et al.* (2000). Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76 (Suplemento 3): 305-10.
60. Bandini L, Flynn A (2003). Nutrição Excessiva. In: Gibney MJ, Macdonald IA, Roche HM, eds. *Nutrition and Metabolism*. 1ª edição. Blackwell Publishing Ltd, Oxford, 293-301.

61. Cummings S, Parham ES, Strain GW (2002). Position of the American Dietetic Association: weight management. *Journal of the American Dietetic Association*. 102 (8) : 1145-55.
62. Moreira P (2005). Obesidade : muito peso, várias medidas. 2ª edição. Âmbar, 13-131.
63. Insel PM, Turner RE, Ross D. Nutrition. 3rd ed ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2007. p. 346 - 366.
64. Obesidade em Portugal e no mundo (2008). *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*. Lisboa, 2-231.
65. Obesidade, prevenção e terapêutica (2008). Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade. Lisboa, 23-95.
66. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 70(1):115-26.
67. Segal NL, Allison DB (2002). Twins and virtual twins: bases of relative body weight revisited. *International Journal of Obesity* ; 26(4):437-41.
68. Perusse L, Rankinen T, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, et al. (2005). The human obesity gene map: *Obesity research* ;13(3):381-490.
69. Farmácias Portuguesas. Julho/Setembro'12. Especial Suplementos Alimentares. Farmácia Prática 33.
70. Pittler MH, Ernst E (2004). Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*. 79(4):529-36.
71. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (2007). The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response: summary. *World Health Organization, Regional Office for Europe*; Copenhagen ; 1 - 35.
72. Kruger J, Galuska DA, Serdula MK, Jones DA (2004). Attempting to lose weight: specific practices among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 26(5):402-6.
73. Clifton PM (2008). Dietary treatment for obesity. *Nature Clinic Practice Gastroenterol He-patol*. 5(12):672-81.
74. Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS (2001). Obese patients perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *JAMA Internal Medicine* ; 161(17):2133-9.
75. Labib M (2003). The investigation and management of obesity. Best Practice No 168. *Journal of Clinical Pathologie* ; 56(1):17-25.

76. Foster GD, Nonas C (2004). Managing obesity: a clinical guide. *American Dietetic Association*. Chicago:152 - 154.
77. Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults. *National Institute for Clinical Excellence*; 2001.
78. INFARMED : Orlistato. Acessível em :
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50561&tipo_doc=fi.
[acedido em 01 de julho de 2014).
79. Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults. *National Institute for Clinical Excellence*; 2001.
80. INFARMED : Redutil. Acessível em :
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/DETALHE_NOVIDADE?itemid=9946639. [acedido a 01 de julho de 2014].
81. Farmácias Portuguesas. Julho/Setembro'13. Suplementos Alimentares. *Farmácia Prática* 37. Cedime
82. Farmácias Portuguesas. Abril 08. Suplementos e Produtos “Naturais” na Farmácia. *Farmácia Prática* 16.
83. CIAV: Decreto-Lei nº 136/2003 de 28 de Junho. Acessível em:
http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=42014. [acedido a 5 de julho].
84. Felício JA, Guilherme J, Rodrigues R (2006). Estudo de mercado sobre o consumo de suplementos alimentares em Portugal.
85. Saper RB, Eisenberg DM, Phillips RS (2004). Common dietary supplements for weight loss. *American Family Physician*. 70(9):1731-8.
86. Jimenez-Saenz M, Martinez-Sanchez MdC (2007). Camellia Sinensis liver toxicity. *Journal of Hepatology*. 47(2):297-98.
87. Pittler MH, Ernst E (2004). Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*. 79(4):529-36.
88. Dwyer JT, Allison DB, Coates PM (2005). Dietary supplements in weight reduction. *Journal of the American Dietetic Association*. 105(5 Suplemento 1):80-6.
89. Larsen TM, Toubro S, Astrup A (2003). Efficacy and safety of dietary supplements containing CLA for the treatment of obesity: evidence from animal and human studies. *The Journal of Lipid Research*. 44(12):2234-41.
90. Park Y, Albright KJ, Liu W, Storkson JM, Cook ME, Pariza MW (1997). Effect of conjugated linoleic acid on body composition in mice. *The Journal of Lipid Research*; 32(8):853-8.

91. Mourão DM, Monteiro JBR, Brunoro CNM, Stringheta PC, Minim VPR, Dias CMGC (2005). Ácido Linoleico conjugado e perda de peso. *Revista de Nutrição*. 18(3):391-99.
92. Kamphuis MM, Lejeune MP, Saris WH, Westerterp-Plantenga MS (2003). The effect of conjugated linoleic acid supplementation after weight loss on body weight regain, body composition, and resting metabolic rate in overweight subjects. *International Journal of Obesity*. 27(7):840-7.
93. Kamphuis MM, Lejeune MP, Saris WH, Westerterp-Plantenga MS (2003). Effect of conjugated linoleic acid supplementation after weight loss on appetite and food intake in overweight subjects. *European Journal of Clinical Nutrition*. 57(10):1268-74.
94. Gaullier JM, Halse J, Høy K, Kristiansen K, Fagertun H, Vik H, *et al.* (2004). Conjugated linoleic acid supplementation for 1 y reduces body fat mass in healthy overweight humans. *American Journal of Clinical Nutrition*. 79(6):1118-25.
95. Gaullier JM, Halse J, Høy K, Kristiansen K, Fagertun H, Vik H, *et al.* (2005). Supplementation with conjugated linoleic acid for 24 months is well tolerated by and reduces body fat mass in healthy, overweight humans. *Journal Nutrition*; 135(4):778-84.
96. Larsen TM, Toubro S, Gudmundsen O, Astrup A (2006). Conjugated linoleic acid supplementation for 1 y does not prevent weight or body fat regain. *American Journal of Clinical Nutrition*; 83(3):606-12.
97. Malpuech-Brugere C, Verboeket-van de Venne WP, Mensink RP, Arnal MA, Morio B, Brandolini M, *et al.* (2004). Effects of two conjugated linoleic Acid isomers on body fat mass in overweight humans. *Obesity Research*. 12(4):591-8.
98. Salas-Salvado J, Marquez-Sandoval F, Bullo M (2006). Conjugated linoleic acid in-take in humans: a systematic review focusing on its effect on body composition, glucose, and lipid metabolism. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*; 46(6):479-88.
99. Navarro V, Fernandez-Quintela A, Churrua I, Portillo MP (2006). The body fatlowering effect of conjugated linoleic acid: a comparison between animal and human studies. *Journal of Physiology and Biochemistry*. 62(2):137-47.
100. Cheng TO (2006). All teas are not created equal: the Chinese green tea and cardiovascular health. *International Journal of Cardiology*; 108(3):301-8.
101. Monteiro R, Assuncao M, Andrade JP, Neves D, Calhau C, Azevedo I (2008). Chronic green tea consumption decreases body mass, induces aromatase expression, and changes proliferation and apoptosis in adult male rat adipose tissue. *Journal Nutrition*. 138(11):2156-63.

102. Auvichayapat P, Prapochanung M, Tunkamnerdthai O, Sripanidkulchai BO, Auvichayapat N, Thinkhamrop B, *et al.* (2008). Effectiveness of green tea on weight reduction in obese Thais: A randomized, controlled trial. *Physiology Behavior*. 93(3):486-91.
103. Kovacs EM, Lejeune MP, Nijs I, Westerterp-Plantenga MS (2007). Effects of green tea on weight maintenance after body-weight loss. *British Journal of Nutrition*. 2004; 91(3):431-7.
104. Jimenez-Saenz M, Martinez-Sanchez MdC (2007). Camellia Sinensis liver toxicity. *Journal of Hepatology*. 47(2):297-98.
105. Preuss HG, Rao CV, Garis R, Bramble JD, Ohia SE, Bagchi M, *et al.* (2004). An overview of the safety and efficacy of a novel, natural (-)-hydroxycitric acid extract (HCA-SX) for weight management. *Journal of Medicinal Chemistry*; 35(1-6):33-48.
106. Lim K, Ryu S, Nho HS, Choi SK, Kwon T, Suh H, *et al.* (2003). Hydroxycitric acid ingestion increases fat utilization during exercise in untrained women. *Journal of Nutritional Science Vitaminology*; Tokyo. 49(3):163-7.
107. Vasques CA, Rossetto S, Halmenschlager G, Linden R, Heckler E, Fernandez MS, *et al.* (2008). Evaluation of the pharmacotherapeutic efficacy of Garcinia cambogia plus Amorphophallus konjac for the treatment of obesity. *Phytotherapy Research*. 22(9):1135-40.
108. Yonei Y, Takahashi Y, Hibino S, Watanabe M, Yoshioka T (2008). Effects on the Human Body of a Dietary Supplement Containing L-Carnitine and Garcinia cambogia Extract: A Study using Double-blind Tests. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*; 42(2):89-103.
109. Saito M, Ueno M, Ogino S, Kubo K, Nagata J, Takeuchi M (2005). High dose of Garcinia cambogia is effective in suppressing fat accumulation in developing male Zucker obese rats, but highly toxic to the testis. *Food and Chemical Toxicology*. 43(3):411-9.
110. Hayamizu K, Tomi H, Kaneko I, Shen M, Soni MG, Yoshino G (2008). Effects of Garcinia cambogia extract on serum sex hormones in overweight subjects. *Fitoterapia*. 79(4):255-61.
111. Shills ME, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ. In: *Modern Nutrition in Health and Disease*. 10 edição. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia: 1725-37.

112. Villani RG, Gannon J, Self M, Rich PA (2000). L-Carnitine supplementation combined with aerobic training does not promote weight loss in moderately obese women. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. 10(2):199-207.
113. Brass EP (2000). Supplemental carnitine and exercise. . *American Journal of Clinical Nutrition*. 72(2 Suplemento):618S-23S.
114. Hullar I, Fekete SG, Mezes M, Glavits R, Gaspard A, Febel H (2008). Effects of oral L-carnitine, L-lysine administration and exercise on body composition and histological and biochemical parameters in pigeons. *Journal of Animal Physiology and Animal Nutrition*. 92(3):411-8.
115. Melton SA, Keenan MJ, Stanciu CE, Hegsted M, Zablah-Pimentel EM, O'Neil CE, *et al.* (2005). L-carnitine supplementation does not promote weight loss in ovariectomized rats despite endurance exercise. *International Journal for Vitamins and Nutrition Research*. 75(2):156-60.
116. Brandsch C, Eder K (2002). Effect of L-carnitine on weight loss and body composition of rats fed a hypocaloric diet. *Annals of Nutrition and Metabolism*; 46(5):205-10.
117. Saper RB, Eisenberg DM, Phillips RS (2004). Common dietary supplements for weight loss. *American Family Physician*. 2004; 70(9):1731-8.
118. Kraemer WJ, Vingren JL, Silvestre R, Spiering BA, Hatfield DL, Ho JY, *et al.* (2007). Effect of adding exercise to a diet containing glucomannan. *Metabolism*. 56(8):1149-58.
119. Keithley J, Swanson B. Glucomannan and obesity: a critical review. *Alternative Therapies In Health and Medicine*. 11(6):30-4.
120. Anton SD, Morrison CD, Cefalu WT, Martin CK, Coulon S, Geiselman P, *et al.* (2008). Effects of chromium picolinate on food intake and satiety. *Diabetes Technology Therapeutics*. 10(5):405-12.
121. Martin J, Wang ZQ, Zhang XH, Wachtel D, Volaufova J, Matthews DE, *et al.* (2006). Chromium picolinate supplementation attenuates body weight gain and increases insulin sensitivity in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 29(8):1826-32.
122. Preuss HG, Echard B, Perricone NV, Bagchi D, Yasmin T, Stohs SJ (2008). Comparing metabolic effects of six different commercial trivalent chromium compounds. *Journal of Inorganic Biochemistry*. 102(11):1986-90.
123. Stallings DM, Hepburn DD, Hannah M, Vincent JB, O'Donnell J (2006). Nutritional supplement chromium picolinate generates chromosomal aberrations

- and impedes progeny development in *Drosophila melanogaster*. *Mutation Research/ Genetic Toxicology and Environmental* . 2006; 610(1-2):101-13.
124. Zhang J, Liu J, Li L, Xia W (2008). Dietary chitosan improves hypercholesterolemia in rats fed high-fat diets. *Nutrition Research*. 28(6):383-90.
125. Mhurchu CN, Poppitt SD, McGill AT, Leahy FE, Bennett DA, Lin RB, *et al.* (2004). The effect of the dietary supplement, Chitosan, on body weight: a randomised controlled trial in 250 overweight and obese adults. *International Journal Obesity*. 28(9):1149-56.
126. Gades MD, Stern JS (2003). Chitosan supplementation and fecal fat excretion in men. *Obesity Research* ; 11(5):683-8.
127. Jull AB, Ni Mhurchu C, Bennett DA, Dunshea-Mooij CA, Rodgers A (2008). Chitosan for overweight or obesity. *Cochrane Database Systematic Reviews*.(3):CD003892.
128. Gambarini GP, Dâmaso AR (2003). Métodos de avaliação e recomendação alimentar para obesos. In: Dâmaso A, eds. *Obesidade*. 2ª edição. Medsi, São Paulo: 341-66.
129. Blanck H, Serdula M, Gillespie C, Galuska D, Sharpe P, Conway J, *et al.* (2007). Use of nonprescription dietary supplements for weight loss is common among Americans. *Journal of the American Dietetic Association*; 107:441-47.
130. Poínhos R, Correia F, Maia A, Pinhão S Oliveira B, Medina JL (2005). Efeitos da motivação e do acompanhamento no tratamento da obesidade. In: Poínhos R, Correia F, Maia A, Pinhão S Oliveira B, Medina JL, eds. *Alimentação Humana*. Volume 11, Número 1; 27 - 38.
131. Ryan RM, Deci EL (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychology*. 55(1):68-78.
132. Dienstbier RE. Perspectives on motivation. University of Nebraska Press; 1991.
133. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, *et al.* (2007). Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obesity Surgery*. 17(11):1487-91.
134. ADA (2008). Ethics Opinion: Weight Loss Products and Medications. *Journal American Dietetic Association*. 108:2109-13.

135. Graça P, Santos A, Franchini B, Mateus P, Lourenço S. Princípios orientadores para uma ética profissional na área das Ciências da Nutrição. Associação Portuguesa dos Nutricionistas; Maio de 2008.
136. Catálogo de produtos 2013 da marca dos suplementos alimentares.

ANEXOS

Anexo 1 - Farmácia Moura, vista do exterior.



Anexo 2 - - Farmácia Moura, vista do exterior (outra prespetiva).

Anexo 3 - Interior da Farmácia (1).



Anexo 4 - Interior da Farmácia Moura (2).



Anexo 5 - Interior da Farmácia Moura (3).



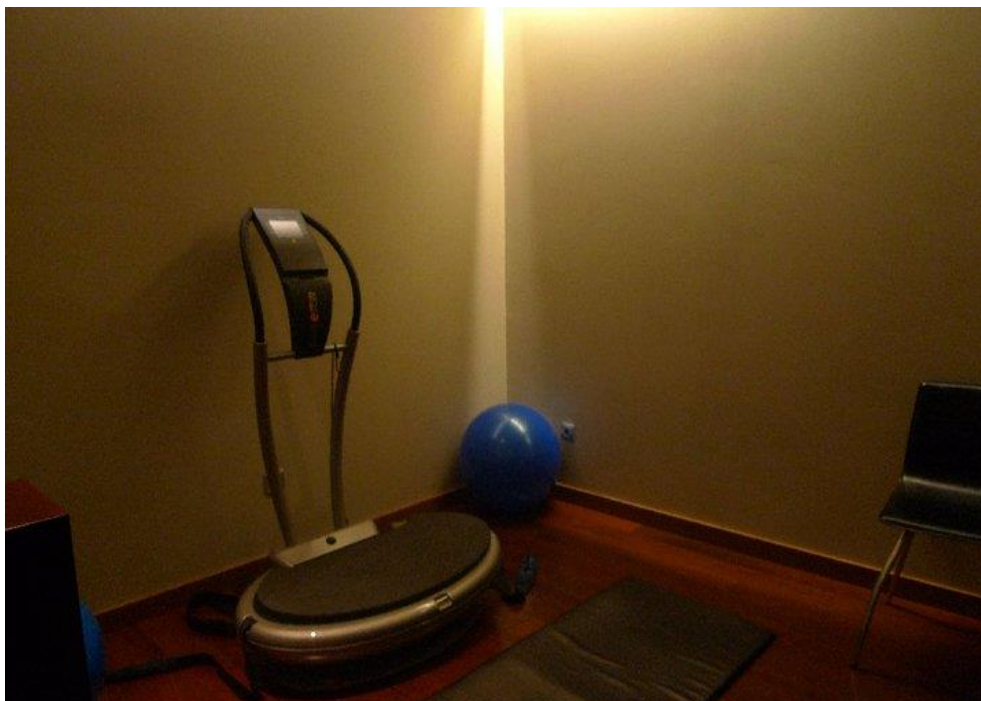
Anexo 6 - Sala de espera para os tratamentos.



Anexo 7 - Gabinetes de Estética para realização de tratamentos.



Anexo 8 - Gabinetes de Estética para realização de tratamentos (II).



Anexo 9 - Armazenamento dos medicamentos genéricos.



Anexo 10 - Armazenamento dos medicamentos de marca em gavetas.



Anexo 11 - Armazenamento dos medicamentos em excesso.



Anexo 12 - Armazenamento dos produtos sem rotação.



1	01	100	0010	3694892	0	5
Região Norte	Receita médica não renovável	Sistema central	Centro Emissor/ Entidade utilizadora	Sequên- cia nacional	Nº de vias (Neste caso é 0 por ser não renovável)	Check digit

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Receita Médica Nº

1011000010369489205

Utente: [redacted] RN

Telefone: [redacted] R.C.: [redacted]

Entidade Responsável: ADSE

Nº de Beneficiário [redacted]

[redacted] CS GUIMARÃES

Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Telefone: 253420400

R DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia Nº Extenso Identificação Óptica

1 Paracetamol, 1000 mg, Comprimido, Blister - 18 unidade(s) 1 Uma *50036432*

Posologia - 1 comp 12/12 hrs duante 7 dias

2 Ergotamina + Paracetamol + Beladona (alcalóides) + Cafeína, Associação, Comprimido revestido por película 1 Uma *50079573*

Posologia - 1 comp em SOS

3

4

Validade: 30 DIAS

Data: 2014-11-07

(assinatura do Médico Prescritor)

Dados do

Identificação do
médico
prescritor

Prescrição por
DCI

Posologia e
duração do
tratamento

Nº de
embalagens

Data da
prescrição e sua
validade

Assinatura do
médico
prescritor

Anexo 13 - Receita médica eletrónica.

GOVERNO DE PORTUGAL
Ministério da Saúde

Receita Médica N.º
8010000001537801903

Utente: [Redacted]
N.º de Ute [Redacted]
Telefone: [Redacted]
Entidade Responsável: SNI
N.º de Beneficiário: [Redacted]

R. C.: R

RECEITA MANUAL
Exceção legal:
☒ a) Falência informática
☐ b) Inadaptação do prescriptor
☐ c) Prescrição no domicílio
☐ d) Até 40 receitas/mês

Identificação do médico prescriptor (Se for pensionista tem vinheta verde. Neste caso, trata-se de um consultório particular).

Especialidade: [Redacted]
Telefone: [Redacted]

Vinheta do Local de Prescrição

R_x DCI/Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem N.º Extensão

1	2 1 p de 500	2 em
2	Posologia	
3	Posologia	
4	Posologia	

Validade: 30 dias
Data: 2014/11/10
(aaaa/mm/dd)

(assinatura do Médico prescriptor)

Modelo n.º 1806 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Exceção

Identificação do médico prescriptor

Anexo 14 - Receita médica manual.

Identificação
sob a forma de
código de
barras de cada
medicamento
dispensado e
comparticipado
, preço total,
valor total da
receita, encargo
do utente em
percentagens,
comparticipação
do Estado ou
outra entidade.

FARMÁCIA MOURA FAFEFARMA FARMÁCIA, S.A. - FAFE
Dir. Téc.: Dra ALDA MARIA SANTANA DA ROCHA
Reg. C.R.C. 508470625

CAPITAL SOCIAL: 500.000 Euros
Nº de Contribuinte:
DOCUMENTO PARA FACTURAÇÃO
01 - R/L/S:28/28/31
Rec.:
Ben.:

R00dD.JnVQNC - VENDA - 432809 (2) 07/11/14

Prod	PVP	PRef	Qt	Comp	Utente
1) *9661637* - Rantudil 90 Retard, 90 mg x 60 cáps 1	23,07	0,00	1	8,54	14,53
2) *5440967* - Ben-U-Ron, 1000 mg x 18 comp	2,79	1,85	1	0,68	2,11
3) *4507398* - Kainever, 2 mg x 14 comp	3,34	0,00	1	1,24	2,10
T:	29,20		3	10,46	18,74

Declaro que: Me foram dispensadas as 3 embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.
Direito de Opção:
2 Exerci o direito de opção para o medicamento com preço superior ao 5.º preço mais barato.

Ass. do Utente _____

[Assinatura]

7/11/14

[Assinatura]

Farmácia Moura
Dra Alda Maria Santana da Rocha
Rua Montenegro, 191
4820-280 Fafe
Tel: 253 599 473 - Fax: 253 598 451
NIF: 508 470 625

Assinatura do
utente

Assinatura e
data do
profissional
de saúde que
aviou a
receita

Carimbo da
farmácia

Anexo 15 - Verso de uma receita médica.

Alimentos a evitar em caso de ÁCIDO ÚRICO

✓ Deve-se evitar todos os alimentos ricos em purina como:



Cerveja



Sumos de fruta



Mariscos



Bacalhau



Cavala



Truta



Miúdos



Cabrito/vitela



Salmão

Anexo 16 - Póster ilustrativo sobre quais os alimentos a evitar quando se tem ÁCIDO ÚRICO.

Alimentos a evitar em caso de GOTA



Frango



Coelho



Presunto



Amendoim



Nozes



Grão de bico



Feijão



Espinafres



Couve-flor



Ervilhas



Cogumelos



**Lagosta/
mariscos**



Carnes de vaca

Anexo 17 - Póster ilustrativo sobre quais os alimentos a evitar quando se tem GOTA.

Anexo 18 - Concurso de fotografia realizado nas redes sociais de forma a divulgar a Farmácia Moura.**Anexo 19 - Entrega do prémio do Concurso de Fotografia à vencedora.**

Anexo 20 - Folheto Informativo sobre a Campanha Anti-Tabaco.

CAMPANHA ANTITABÁGICA



**DIA MUNDIAL SEM
TABACO – 31 DE
MAIO**

farmácia
moura

CURIOSIDADES

- ✓ Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de cinco milhões de pessoas morrem todos os anos devido ao consumo de tabaco, 1,5 milhões das quais são mulheres.
- ✓ O cigarro é hoje a principal causa de morte previsível no mundo. Uma a cada dez mortes em todo o planeta está relacionada ao tabaco.
- ✓ Para se ter uma ideia da tragédia que é o cigarro, morrem mais pessoas de doenças relacionadas ao tabagismo do que de SIDA, cancro de mama e acidentes automobilísticos juntos.
- ✓ Pessoas que fumam consomem em média 40% mais recursos dos sistemas de saúde que os não fumantes.
- ✓ Um simples cigarro contém mais de 4000 substâncias químicas, pelo menos 400 delas sabidamente tóxicas ao organismo e mais de 50 reconhecidas como carcinogénicas (que causam cancro).



O QUE VAI NO CIGARRO?

Até setecentos aditivos químicos talvez entrem nos ingredientes utilizados na fabricação de cigarros, mas a lei permite que os fabricantes guardem a lista em segredo. No entanto, constam entre os ingredientes:



QUANDO DEIXAR DE FUMAR (...)

- 1 mês** - Aumenta a perfusão da pele melhorando sua aparência
- 3 a 9 meses** - Os problemas respiratórios, como a tosse, desaparecem. A função pulmonar aumenta em 10%
- 1 ano** - Risco de infarto cai pela metade
- 10 anos** - Risco de cancro de pulmão cai pela metade
- 15 anos** - Risco de infarto é igual ao de não fumantes.

Após **15 dias de abstinência do cigarro** o risco de cancro cai em 90%, todavia, nunca será igual ao de quem nunca fumou.

Sabia que:

MULHER / TABACO

- ✓ As mulheres jovens, que tomem a pílula e fumem, correm um risco "multíssimo grande" de enfarte agudo do miocárdio. A junção tabaco/pílula é "uma bomba explosiva" para as mulheres.
- ✓ Quer o tabaco, quer a pílula, "são altamente agressivos para a parte vascular". Essa a razão pela qual a mistura dos dois produtos se torna extremamente perigosa para as mulheres.
- ✓ O risco aumenta quando a exposição se inicia antes dos 15 anos de idade, em particular para as mulheres, uma vez que o tabaco reduz a proteção relativa aparentemente conferida pelos estrogénios. As mulheres que recorrem à anticonceção oral (toma da pílula) e que fumam estão sujeitas a um maior risco de acidente cardiovascular: por exemplo, o risco de enfarte do miocárdio aumenta de seis a oito vezes.



DEPOIMENTO – A PÍLULA E O CIGARRO PUSERAM-ME NUMA CADEIRA DE RODAS

Minha história seria igualzinha à de tantas outras raparigas não fosse pelo acidente vascular que me transportou para uma estrada assustadora, solitária e cheia de obstáculos. Aos 19 anos, namorando firme, procurei a ginecologista para escolher um método contraceutivo, pois não queria correr o risco de uma gravidez indesejada. Por indicação dela, optei pela pílula. Depois de três anos de uso ininterrupto, comecei a sentir dores de cabeça frequentes e fortíssimas. Queixei-me no consultório, mas a médica não deu a devida importância. Da mesma forma, ela ignorou o fato de que eu fumava desde os 16 anos. Combinados, cigarro e pílula agiram no meu corpo como um coquetel molotov, uma bomba que explodiu por meio de uma trombose, coágulo formado na artéria e que impede a circulação do sangue. Isso ocorreu no meu cérebro e provocou um AVC (acidente vascular cerebral). Tive convulsões e entrei em coma. Claro, nem toda mulher que fuma e utiliza anticoncepcional acaba como eu. Mas o risco existe e aumenta conforme a tendência e o histórico de

cada pessoa. Segundo os médicos que me trataram, sinais como dores de cabeça intensas podem ser indicio de doença mais séria. As investigações feitas posteriormente pela equipe de médicos do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, onde fiquei internada por 72 dias - boa parte deles inconsciente -, indicaram que fui vítima de um silencioso e traiçoeiro problema ligado a hipertensão e circulação sanguínea. A combinação do cigarro, que é vasoconstritor, com a pílula anticoncepcional, que pode provocar complicações cardiovasculares em pessoas com tendência a essas patologias, potencializou o mal. Na época do acidente, eu era uma jovem ativa. Tinha amigos, namorado, saía para dançar e adorava viajar. Corria 12 quilómetros por dia e praticava remo. Na hora do almoço, aproveitava a folga no trabalho para me exercitar na academia. Era farmacêutica recém-formada pela Universidade de São Paulo e cursava pós-graduação em administração industrial. Também fazia aulas de italiano, pois sonhava em estudar na Itália. Até fantasiava, às vezes, que poderia me casar por lá. Em 2 de maio de 1994, no fim do expediente, peguei meu irmão mais novo na faculdade e voltamos para casa. Tinha combinado com minha mãe de irmos ao shopping, mas, quando escovava os dentes após o jantar, senti

forte tontura. Só tive tempo de gritar por socorro antes de ter convulsões. Depois, só a escuridão. Acordei um mês e meio mais tarde. Na cama do hospital, não conseguia me mover. Pior, não falava e nem mesmo balbuciava. Achei que estava dentro de um pesadelo, pois aquilo não podia ser real. Mas as horas e os dias foram passando, intermináveis, destruindo qualquer esperança de que ficaria boa. Muito menos ter a vida que sempre tive, ativa e dinâmica. Tecnicamente, possuo uma tetraparesia, lesão que causa paralisia dos membros, e isso permite apenas que eu tenha sensibilidade no corpo e faça pequenos movimentos com o braço esquerdo. O suficiente para que eu arraste a mão em câmara lenta e, com um único dedo, consiga digitar palavras e torná-las ideias e emoções.

Luiza Flores

**A MULHER DEVE FAZER A SUA
ESCOLHA - OU A PÍLULA OU
TABACO E NÃO A MISTURA
EXPLODIAM!!!**



Anexo 21 - Folheto informativo sobre Gripes e Constipações.



Os sintomas de Gripe são semelhantes aos da constipação comum nalguns aspectos como:

- Dor de garganta
- Nariz tapado ou pinga do nariz
- Tosse
- Dores de cabeça

Outros sintomas gerais podem ser intensos:

- Febre (pode estar ausente nalgumas pessoas)
- Calafrios
- Dores no corpo e cansaço
- Vômitos e diarreia (em algumas pessoas, mais comum nas crianças).

Farmácia Moura
Rua Montenegro 191,
4820 Fafe
Telefone: 253 599 473
Fax: 253 598 451



CONSTIPAÇÃO COMUM

A constipação comum é uma infecção respiratória muito contagiosa que afeta o nariz, a garganta. Cura habitualmente em 10 dias.

Principais sintomas de constipação:

- Nariz entupido, pinga do nariz, espirros;
- Dor e inflamação da garganta;
- Tosse;
- Dores de cabeça;
- Cansaço;
- Febre (geralmente é baixa).

Tratamento:

Medicamentos para a febre e a dor, anti-inflamatórios e descongestionantes, associados a uma boa hidratação e repouso, são as principais medidas terapêuticas.

GRIFE

- A gripe é uma doença respiratória contagiosa que pode ter gravidade moderada a grave.
- A maioria dos doentes cura em poucos dias (até duas semanas).
- O **tratamento** da gripe não é complicada é melhante ao da constipação comum — repouso, hidratação, controle da febre e da dor, anti-inflamatórios e descongestionantes habitualmente são suficientes. Em casos mais graves recorre-se a antibioterapia.

A vacina da gripe pode ser administrada, aqui, na sua Farmácia.



Vacina da Gripe

A gripe pode ser prevenida com uma **vacina** anual que é eficaz exclusivamente para esta doença, não protegendo contra outras infecções bacterianas. Esta vacina está indicada sobretudo em pessoas com mais de 65 anos, crianças com menos de 5 anos, grávidas e doentes crónicos.

Benefícios da Vacina da Gripe.

- Diminuição do número e duração das crises;
- Diminuição da gravidade das exacerbações;
- Permitem racionalização da utilização de antibióticos e de outros fármacos;
- Melhoram a qualidade de vida da criança, do adulto e das famílias;
- Diminuem os custos da utilização de recursos de saúde;

Anexo 22 - Montra da Farmácia Moura (Junho de 2014).



Anexo 23 - Parte da montra da Farmácia Moura (Durante o Mundial 2014).



ANEXOS DO CASO CLÍNICO 1

Anexo 24 - Artigo sobre o estudo do efeito de um produto cosmético.

**Artigo Original**

Avaliação de dermocosmético com retinaldeído, nicotinamida e *vitis vinifera* no fotoenvelhecimento cutâneo de mulheres entre 25 e 40 anos de idade
Assessment of dermocosmetics containing retinaldehyde, nicotinamide and Vitis vinifera in the cutaneous photoaging of women between 25 and 40 years old

Autores:
Lucia Helena Favaro de Arruda¹
Ana Carolina B. Bazan Arruda²
Paula L. Stocco³
Fernanda S. Ota⁴
Elvira C. Assumpção⁵
Sthephani S.B. Langen⁶
Adilson Costa⁷
Un Sun Park⁸
Carla A. H.V. Myashiro⁹

Este estudo avaliou um produto dermocosmético com retinaldeído, nicotinamida e *vitis vinífera* de forma a avaliarmos a sua ação sobre o fotoenvelhecimento cutâneo.

Assim, avaliou-se 40 mulheres com idades compreendidas entre 25 a 40 anos. Apenas 36 completaram o estudo. Foi possível concluir deste estudo que o produto contendo retinaldeído, nicotinamida e extrato de *Vitis vinífera* em sua formulação foi seguro no tratamento do fotoenvelhecimento cutâneo destas mulheres uma vez que foi possível verificar-se uma melhoria de vários parâmetros, tais como rugas, linhas finas, flacidez, aparência em geral e, ainda redução de manchas e da oleosidade da pele. Destacam-se também os resultados obtidos pelo ultrassom e pela biópsia cutânea, que demonstraram aumento na quantidade de colagénio da pele.

Anexo 25 - Artigo sobre o efeito de uma alimentação equilibrada na prevenção do envelhecimento cutâneo.

Artigo
original**Abordagem nutricional do envelhecimento cutâneo: correlação entre os efeitos em fibroblastos e os resultados clínicos***Nutritional approach to skin aging: correlation between the effects on fibroblasts and clinical results*

O estudo teve duração de 112 dias e envolveu 60 mulheres com idade entre os 30-60 anos. Apenas 48 levaram o estudo até ao fim. Todas as participantes ingeriam diariamente, até ao final do estudo, uma cápsula do suplemento Eximinia Temporize® (Herbarium Laboratório Ltda, Brasil), cada cápsula contendo óleo de linhaça (266,24 mg), luteína (4mg), licopeno (5,1 mg), β -caroteno (600 mcg), ácido ascórbico (45mg), vitamina E e acetato (10mg) e selénio (34mcg).

A associação de antioxidantes como tocoferol, β -caroteno, caratenoides, e óleo de linhaça foi observada na pele humana, em estudo com grupo controle, revelando melhorias significativas da rugosidade em relação ao controle.

Deste forma, foi possível verificar que os suplementos alimentares, conforme a dose e associação proposta, são actualmente aliados no cuidado da pele fotoenvelhecida.

Anexo 26 - Declaração de Autorização/ Consentimento da Utente para a utilização das fotografias.**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO /CONSENTIMENTO**

Eu, [REDACTED], residente em [REDACTED], portadora do bilhete de identidade/ cartão de cidadão nº 4820 - 234 Faf, declaro que autorizo a estagiária da Farmácia Moura, Natacha Gomes, a utilizar a minha imagem em suporte de vídeo ou fotografias para o seu relatório de estágio, bem como para futuras apresentações.

Também declaro que não ficou acordada nenhuma contrapartida monetária em causa.

Data: 8, Outubro de 2014

Assinatura: [REDACTED]

Farmácia Moura
Dra Alda Maria Santana da Rocha
Rua Montenegro, 191
4820-260 Fafe
Tel: 253 599 473 - Fax: 253 598 451
NIF: 508 470 625

Anexo 27 - Declaração de Autorização/ Consentimento de utilização de fotografias tiradas na Farmácia Moura, pela DT.**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO /CONSENTIMENTO**

Eu, Alda Maria Santana da Rocha, Diretora Técnica da Farmácia Moura, Fafe, portadora do número mecanográfico P 3 804, declaro que autorizo a estagiária Natacha Gomes a utilizar as imagens tiradas a uma utente, bem como todas as outras fotografias tiradas na Farmácia para o seu relatório de conclusão de estágio e para futuras apresentações.

Data: 18, Novembro 2014

Assinatura: Alda Maria Santana da Rocha

Farmácia Moura
Dra Alda Maria Santana da Rocha
Rua Montenegro, 191
4820-280 Fafe
Tel: 253 599 473 - Fax: 253 598 451
NIF: 508 470 625

Anexo 28 - Sessões de Radiofrequência realizadas pela utente.

1 sessão (08/10/2014)



2 sessão (15/10/2014)



3 sessão (22/10/2014) – não me foi possível acompanhar esta sessão, uma vez que me encontrava numa formação da *La Roche Posay*.

4 sessão (29/10/2014) – última sessão acompanhada por mim devido à finalidade do meu estágio. Porém, MA deverá realizar mais 2 sessões.





Aumento da elasticidade e firmeza da pele, atenuando as
rugas presentes



Aumento de firmeza e elasticidade da pele, bem como
redução das rugas em volta do lábio.

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

www.ff.up.pt



U.PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

CHAA — Centro Hospitalar do Alto Ave

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Ana Catarina Correia Lopes e Natacha Gomes

2014

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Agosto de 2014 a Setembro de 2014

Natacha Gomes

Orientador: Dr.^a Ariana Araújo

Novembro de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Natacha Gomes, abaixo assinado, nº 200908092, 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

O período de estágio que realizei nos Serviços Farmacêuticos do CHAA, foi uma experiência única e irrepetível, onde me enriqueci imenso quer em termos pessoais, quer em termos dos meus conhecimentos científicos e práticos da profissão farmacêutica. Hoje, reconheço melhor a importância extraordinária do Farmacêutico no contexto hospitalar e devo esta oportunidade de alargar horizontes a todos quantos me permitiram. Durante a minha formação na Faculdade não tive qualquer contato com a área Hospitalar, o que a meu ver está muito errado uma vez que foi uma área muito interessante e onde o Farmacêutico tem um papel ativo. Seria bom, futuramente, a Faculdade de Farmácia pensar em integrar uma unidade curricular que permitisse dar bases sobre esta área.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Dra. Ariana Araújo, Diretora dos Serviços Farmacêuticos do CHAA, por ter proporcionado esta oportunidade de estágio aos estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e pela sua inteira disponibilidade para responder a qualquer dúvida e pela prestação de auxílio em qualquer situação.

Porque o sucesso de uma instituição depende principalmente das pessoas que a constroem, devo um enorme agradecimento a todos os Farmacêuticos, em especial atenção para Dra. Cidália Lisboa, Nélon Gomes e Sofia do Carmo por serem os meus orientadores das três áreas pela qual passei e, por me terem ensinado tudo o que aprendi neste estágio permitindo que se tornasse uma experiência inesquecível.

Obrigada a todos por me terem feito sentir parte de uma equipa magnífica.

A todos os restantes elementos dos Serviços Farmacêuticos do CHAA, agradeço de igual forma pela vossa disponibilidade e auxílio sempre que precisei.

Por fim, gostaria de agradecer à Ana Catarina Lopes, minha companheira nesta aventura de “ser estagiário no CHAA”, por todos os momentos fantásticos de boa disposição, cooperação e amizade que conseguimos viver em apenas dois meses!

ÍNDICE GERAL

Declaração de Integridade	II
Agradecimentos.....	III
Lista de Abreviaturas	VI
1.Centro Hospitalar Alto Ave (CHAA).....	1
2.Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos.	1
2.1.Espaço físico e Horário de funcionamento	1
2.2. Recursos Humanos	2
2.3. Recursos Informáticos	3
2.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica	3
2.5. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamento	3
3. Seleção, Aquisição e Armazenamento de Produtos Farmacêuticos	4
3.1. Gestão de existências	4
3.2. Sistemas e Critérios de aquisição	4
3.2.1 Concurso Administração Central do Sistema de Saúde	4
3.2.2 Ajustes Diretos	5
3.2.3 Aquisição de medicamentos de Autorização de Utilização Especial	5
3.2.4 Aquisição de Psicotrópicos e Estupefacientes.....	5
3.2.5 Aquisição de Hemoderivados.....	5
3.2.6 Aquisição de Medicamentos por Pedido de Empréstimo	5
3.3. Receção e conferência de produtos adquiridos.....	6
3.4. Armazenamento dos Produtos/prazos de validade	6
3.4.1 Armazenamento especial	6
4. Sistemas de distribuição de medicamentos	6
4.1. Distribuição Clássica/Tradicional	7
4.1.1 Reposição de <i>stock</i> nivelados	7
4.1.2 Reposição de <i>stock</i> por troca de módulos.....	8
4.1.3 Distribuição Individualizada/Personalizada	8
4.2. Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária	8
4.3. Distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório	9
4.4. Medicamentos sujeitos a controlo especial	10
4.4.1Psicotrópicos e Estupefacientes	10
4.4.2 Hemoderivados	11
4.4.3 Medicamentos extra-formulário	12
4.4.4 Anti-infecciosos	12

5. Produção e Controlo de Medicamentos	13
5.1. Preparação de Medicamentos Estéreis	13
5.1.1 Preparação de citotóxicos	13
5.1.2 Misturas para Nutrição Parentérica	15
5.2. Preparação de manipulados (medicamentos não estéreis)	17
5.3. Reembalagem e Reetiquetagem	17
6. Informação sobre medicamentos e outras actividades de farmácia clínica	18
6.1. Farmacovigilância	18
6.2. Participação do Farmacêutico em Ensaios Clínicos	19
Considerações Finais.....	21
Bibliografia	22
Anexos.....	A
1- Requisição à Farmácia Kit Medicação Domiciliária	A
2- Requisição à Farmácia de Antibióticos	B
3- Receita Médica apresentada no Ambulatório	C
4- Termo de Responsabilidade	D
5- Exemplar do Folheto Informativo	E
6- Póster: Qual a importância da Intervenção Farmacêutica?	F
7- Requisição de psicotrópicos e estupefacientes	G
8- Folha de registo de hemoderivados	H
9- Pedidos extra-formulários	I
10- Protocolo da Quimioterapia	J
11- Folha de Registo das preparações de quimioterapia/Receção dos “OK’s”	K
12- Tabuleiro com material necessário à preparação de quimioterapia	L
13- Controlo/ Garantia de qualidade da Preparação de quimioterapia	M
14- Folha de registo de transporte dos citotóxicos	N
15- Pedido de controlo microbiológico	O
16- Quantidades necessárias para a preparação de NP	P
17- Controlo/ Garantia de qualidade da preparação de NP	Q
18- Folha de registo da preparação/ receção de NP	R
19- Folha de registo de transporte de NP	S
20- Registo diário das pressões da antecâmara	T
21- Póster: Produção de medicamentos estéreis.....	U
	V

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIM	Autorização de introdução no mercado
AO	Assistente Operacional
AUE	Autorização de Utilização Excecional
BPH	Boas Práticas Hospitalar
CCIH	Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar
CFL	Câmara de Fluxo de Ar Laminar
CHAA	Centro Hospitalar do Alto Ave
CIM	Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos
CNFT	Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
CQSD	Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
DCI	Denominação Comum Internacional
DIDDU	Distribuição individual diária em dose unitária
DMRA	Distribuição de medicamentos em regime ambulatório
DTC	Distribuição Tradicional ou Clássica
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EM	Esclerose Múltipla
FH	Farmácia Hospitalar
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
GHAf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
HD	Hospital de dia
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
NP	Nutrição Parentérica
SC	Serviço Clínico
SF	Serviços Farmacêuticos
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UCPC	Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos
UPMNP	Unidade de Preparação de Misturas Nutritivas para Nutrição Parentérica
URF	Unidades Regionais de Farmacovigilância

1. CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE (CHAA)

O Centro Hospitalar do Alto Ave, designado por CHAA está localizado em Guimarães, freguesia de Creixomil. Abrange os concelhos de Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto, Fafe, Guimarães e Vizela, dando apoio a um total de 350 000 pessoas. O CHAA é constituído pela Unidade Hospitalar de Guimarães, Unidade Hospitalar de Fafe e Unidade de internamento de Cabeceiras de Basto. O Centro Hospitalar é constituído por 11 pisos e nele trabalham cerca de 1700 profissionais de saúde, distribuídos pelos vários serviços que constituem a sua oferta clínica. O Centro Hospitalar é dividido em 3 edifícios, situando-se a Farmácia no piso 1 do edifício principal.

2. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

2.1. Espaço físico e horário de funcionamento

Os Serviços Farmacêuticos (SF) devem, sempre que possível, ter uma localização estratégica no hospital. Os SFH do CHAA situam-se no piso 1 do edifício central, permitindo o fácil acesso externo (fornecedores) e interno (pessoal do hospital). Para além disso, a localização dos SF também obedece a outros pressupostos implícitos no manual das BPH, nomeadamente:

- Implantação de todas as áreas, incluindo os armazéns, no mesmo piso;
- O sector de distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório localiza-se próximo da circulação normal deste tipo de doentes;
- Proximidade com os sistemas de circulação vertical. ^[1]

Os SF do CHAA estão representados na figura 1.

O Horário de funcionamento dos SF é de segunda-feira a sexta-feira entre as 9:00h e as 18:00h. Após este horário, existe um farmacêutico de prevenção para garantir a prestação de serviços a qualquer emergência.

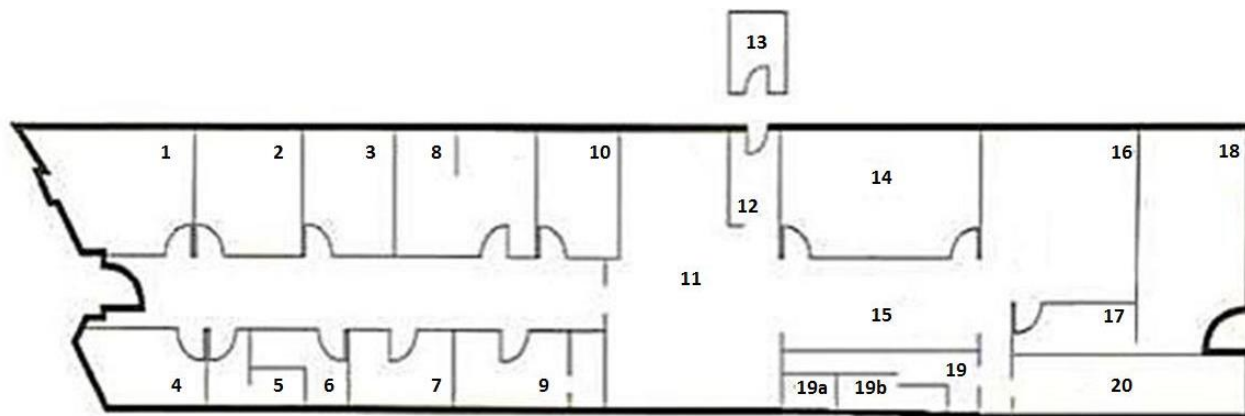


Figura 1. Organização dos SF do CHAA.

- | | |
|---|--|
| 1. Gabinete Administrativo | 12. Área de armazenamento desinfetantes |
| 2. Gabinete Diretora Técnica | 13. Armazém de produtos inflamáveis e gases medicinais |
| 3. Gabinete do Farmacêutico-Adjunto | 14. Gabinete Farmacêutico |
| 4. Vestiários | 15. Área de DIDDU com KARDEX |
| 5. Instalações sanitárias femininas | 16. Área de DIDDU manual |
| 6. Instalações sanitárias masculinas | 17. Sala de reuniões |
| 7. Armazém de Psicotrópicos, Estupefacientes, Benzodiazepinas e Hemoderivados | 18. Armazém de produtos de grande volume |
| 8. Laboratório | 19. Área de preparação de estéreis |
| 9. Reembalagem e Reetiquetagem | 19a. Camara de preparação para nutrição parentérica |
| 10. Gabinete Técnica Coordenadora | 19b. Camara de preparação de citotóxicos |
| 11. Área de Distribuição Clássica | 20. Ambulatório |

2.2. Recursos Humanos

Os recursos humanos são a base essencial para dos SFH. Os SF são dirigidos pela Dr.^a Ariana Araújo e o seu funcionamento é assegurado por uma equipa constituída por Farmacêuticos, Técnicos de Diagnostico e Terapêutica (TDT), Assistentes Operacionais (AO) e Funcionários Administrativos (Tabela 1).

O bom entendimento e colaboração entre os diferentes membros da equipa são contributos fundamentais para a qualidade dos serviços prestados aos doentes.

Tabela 1. Esquema representativo da distribuição dos Recursos Humanos dos SF

Diretora dos SF
Dr. ^a Ariana Araújo

Farmacêuticos	TDT	AO	Administrativos
Dr. ^a Aurora Leocádio	TDT Virgínia Freitas (Técnica Coordenadora)	Cidália Araújo	Carina Morais
Dr. ^a Cidália Pinto Lisboa	TDT Ana Carvalho	Eduardo Luz	José António Bastos
Dr. José Costa	TDT Célia Torres	Fernando Sousa*	
Dr. ^a Maria Conceição Rebelo*	TDT Nelson Cardoso	Rui Pimenta	
Dr. ^a Márcia Silva	TDT Raquel Pereira		
Dr. Nelson Gomes	TDT Rita Bizarro		
Dr. ^a Paula Martins	TDT Sónia Mendes		
Dr. ^a Sofia Ferreira			
Dr. ^a Sofia Jordão			

* Unidade Hospitalar de Fafe

2.3. Recursos Informáticos

Os SF utilizam como suporte informático o programa Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF). Entre as várias funcionalidades desta ferramenta de apoio evidencia-se, a possibilidade de gestão de encomendas, armazenamento, prescrições e distribuição aos vários SC.

2.4. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A CFT é responsável pelo desenvolvimento, implementação e acompanhamento da política do medicamento do CHAA, com o objetivo de assegurar a garantia de qualidade, eficácia e controlo de custos.

A Comissão é constituída no máximo por seis membros (3 médicos e 3 farmacêuticos). É presidida pelo diretor clínico do hospital. ^[2]

2.5. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamento (FHNM)

O FHNM consiste numa lista de medicamentos aprovada pela CNFT, que funciona como instrumento de apoio e orientação à prescrição nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Este formulário contém todos os medicamentos necessários a uma terapêutica ajustada à generalidade das patologias que surgem a nível hospitalar. A utilização de medicamentos não

incluídos no FHNM depende da respetiva inclusão em adenda ao mesmo formulário, a aprovar pela CNFT. A proposta, caso obtenha a concordância da CFT do Hospital, ou da Administração Regional de Saúde, interessada é submetida à aprovação da CNFT. As adendas, após aprovação, são publicitadas pela CNFT nos mesmos termos em que é publicitado o Formulário Nacional de Medicamentos.^[3]

3. SELEÇÃO, AQUISIÇÃO E ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

3.1. Gestão de existências

A gestão de existências está ajustada às necessidades de cada medicamento existente no SFH, deste modo, é criado um equilíbrio que impede situações de rotura de *stock* ou excesso de *stock*, que se traduz em paralisação de capital. Os principais objetivos do controlo de *stocks* relacionam-se com a dispensa de produtos aos SC quando solicitados, bem como reduzir os custos de existências ao mínimo praticável.

O GHAF apresenta um papel importante para uma melhor gestão, uma vez que, o controlo da entrada/ saída dos produtos é maior, potencializando a gestão administrativa e financeira.

3.2. Sistemas e critérios de aquisição

Trata-se de um processo com o propósito de adquirir os medicamentos adequados às necessidades farmacoterapêuticas dos Doentes, atendendo aos critérios farmacoeconómicos. A aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é da responsabilidade do Diretor dos SF em articulação com o serviço de aprovisionamento.

3.2.1. Concurso Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

Trata-se de um concurso público, da responsabilidade do Ministério da Saúde, para os produtos mais consumidos pelos Hospitais a nível nacional. As propostas dos fornecedores interessados são apresentadas e submetidas à análise, sendo escolhido aquelas que apresentam a melhor relação custo/benefício. As propostas selecionadas são colocadas no Catálogo Público de Aprovisionamento. Este catálogo apresenta para cada produto todos os fornecedores aprovados, e as condições que cada um oferece e com base nesta informação, a Diretora dos SF decide a que fornecedor efetuará a compra.

3.2.2. Ajustes diretos

Processo de compra realizado quando se pretende adquirir um produto cuja necessidade não estava prevista, e por isso não encontra-se abrangido por um concurso de aquisição, ou perante situações urgentes como, rotura de *stock* de um medicamento.

3.2.3. Aquisição de medicamentos de Autorização de Utilização Excecional (AUE)

Em algumas circunstâncias, poderão existir medicamentos sem AIM, sendo necessário proceder à importação do produto. No entanto, essa compra carece de autorização por parte do INFARMED. Para que a compra seja autorizada é necessário a AUE, que representa um pedido de autorização de compra em que vários dados devem ser preenchidos. Este procedimento de aquisição de medicamentos que necessitem de AUE está definido na Deliberação nº105/CA/2007 de 1 de Março, que estabelece o Regulamento sobre Autorizações de Utilização Especial e Excecional de Medicamentos.

3.2.4. Aquisição de psicotrópicos e estupefacientes

A aquisição de psicotrópicos e estupefacientes implica o preenchimento de uma requisição própria juntamente com a nota de encomenda. Após o devido preenchimento e autentificação da requisição pelo fornecedor e Diretora dos SF, o original deste documento permanece com os SF e o duplicado com o fornecedor. ^[4]

3.2.5. Aquisição de Hemoderivados

A aquisição de produtos derivados do plasma humano é obrigatoriamente realizada via catálogo ACSS. Estes produtos são selecionados após consulta e análise das suas características e condições de aquisição, disponíveis no catálogo *online*.

3.2.6. Aquisição de Medicamentos por Pedido de Empréstimo

Em situações pontuais, o farmacêutico responsável dos SF entra em contato com SFH próximos para aquisição de medicação em falta. Esta circunstância pode ser secundária a atrasos de entrega de encomendas por parte dos laboratórios, o aumento do consumo de um determinado medicamento ou em casos de rotura de *stock* por erros de gestão.

3.3. Receção e conferência de produtos adquiridos

A receção e conferência dos produtos adquiridos pelos SF são realizadas no armazém de grandes volumes. As encomendas são acompanhadas pela respetiva guia de remessa e fatura emitida pelo fornecedor e pela guia de transporte emitida pelo responsável pelo transporte.

Em caso de inconformidade, o fornecedor é contactado para a regularização da situação. Esta pode ser resolvida através da devolução dos produtos em causa e posterior envio dos produtos corretos ou por meio de uma nota de devolução com descrição do motivo.

Após a conferência dos produtos, anexa-se a guia de entrada ao documento que a acompanha (fatura ou guia de remessa), colocando a data e assinatura nos mesmos. Os administrativos dos SF são os responsáveis pela introdução da encomenda no sistema informático.

3.4. Armazenamento dos produtos/prazos de validade

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser feito de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança.^[1]

No CHAA, armazenamento dos produtos nos SF é feito tendo em conta a ordem alfabética da DCI, prazo de validade (FEFO – *first expired, first out*), especialidade e as necessidades especiais do medicamento.

3.4.1. Armazenamento especial

Certos medicamentos e produtos apresentam determinadas particularidades e por isso o seu armazenamento requer condições especiais ou locais específicos.

Fármacos que exigem refrigeração encontram-se em frigoríficos equipados com sistema de alarme automático. Os produtos citotóxicos são armazenados em local próprio e exclusivo e os medicamentos destinados ao ambulatório encontram-se junto do local de atendimento. Os hemoderivados e os estupefacientes e psicotrópicos (2 cofres e 2 armários) estão apartadamente numa área reservada de acesso restrito separada dos restantes produtos. Por fim, os produtos inflamáveis encontram-se no exterior dos SF, num local seguro e de fácil acesso.

4. SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Uma das responsabilidades e funções dos SFH é a dispensa e distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde aos diferentes SC existentes no CHAA. A distribuição de medicamentos tem como objetivo:

- Garantir o cumprimento da prescrição;
- Racionalizar a distribuição dos medicamentos;
- Garantir a administração correta do medicamento;
- Diminuir os erros relacionados com a medicação (administração de medicamentos não prescritos, troca da via de administração, erros de doses, etc.);
- Monitorizar a terapêutica;
- Reduzir o tempo de enfermaria dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos;
- Racionalizar os custos com a terapêutica.^[1]

Nos SFH do CHAA existem os seguintes sistemas de distribuição:

- Distribuição Clássica/Tradicional:
 - Reposição de *stocks* nivelados;
 - Reposição de *stocks* por troca de módulos;
 - Distribuição individualizada/Personalizada.
- Distribuição Individual Diária em Dose Unitária;
- Distribuição Medicamentos em Regime de Ambulatório.

4.1. Distribuição clássica/ Tradicional

A distribuição Clássica/Tradicional tem como finalidade a reposição de *stocks* de medicamentos e outros produtos farmacêuticos não fornecidos pelo DDDU.

A composição quantitativa e qualitativa dos *stocks* é acordada entre o farmacêutico responsável e o enfermeiro chefe do respetivo serviço.

Este tipo de distribuição de medicamento apresenta algumas desvantagens como a falta de controlo da terapêutica por parte do farmacêutico e maior dificuldade no controlo dos prazos de validade e *stocks* nas enfermarias.

4.1.1. Reposição de *stocks* nivelados

Este procedimento é efetuado com uma periodicidade pré-estabelecida, isto é, por requisição eletrónica o enfermeiro chefe, nos dias estabelecidos com o farmacêutico responsável, elabora a encomenda com base no *stock* existente e envia-a aos SFH. Posteriormente, a requisição é avaliada e validada pelo farmacêutico responsável. Após validação, o farmacêutico procede à emissão da requisição e o TDT prepara a encomenda. Por fim, um AO transporta a encomenda até ao serviço onde o enfermeiro chefe deverá assinar a folha de receção.^[5]

Ainda na distribuição Clássica/Tradicional, são fornecidos *kits* de medicamentos aos doentes após cirurgia de ambulatório de acordo com a prescrição do médico (Anexo 1). Existem 5 tipos de *kits* para 3 dias de medicação: 2 *kits* para adultos e 3 pediátricos. Alguns

medicamentos, como antibióticos para profilaxia pré-operatória e os abortivos (misoprostol e mifepristone), possuem um *stock* no serviço e a sua reposição é executada após envio do registo de uso (Anexo 2), sendo debitados ao doente e ao SC.

4.1.2. Reposição de *stocks* por troca de módulos

Tal como na reposição de *stocks* nivelados, a reposição de *stocks* por troca de módulos tem por base uma listagem anteriormente criada pelo farmacêutico responsável e o enfermeiro chefe do serviço e esta reposição é feita de acordo com um periodicidade previamente estabelecida. O farmacêutico responsável efetua a requisição através do GHAF, debitando ao SC as unidades que serão repostas posteriormente pelo TDT. Nos dias estabelecidos para a reposição, o AO transporta aos SF os módulos para que sejam substituídos por outros repostos.

4.1.3. Distribuição individualizada/Personalizada

Os medicamentos necessários a cada doente são requeridos de forma individualizada, e são dispensados pelos Serviços Farmacêuticos também de forma individualizada. Os medicamentos abrangidos pela distribuição individualizada/Personalizada são: psicotrópicos e estupefacientes, citotóxicos, hemoderivados, medicamentos extra-formulário e produtos de nutrição para neonatologia.

A distribuição personalizada permite estabelecer uma relação entre a terapia medicamentosa e cada doente, vigiar o cumprimento de *guidelines* e protocolos e utilizar o sistema de justificação para medicamentos com características especiais. ^[6]

4.2. Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)

A distribuição individual diária em dose unitária tem como principais objectivos assegurar a validação da prescrição, o cumprimento integral do plano terapêutico, a diminuição dos erros associados à dispensa e administração, uma melhor adesão do doente à terapêutica e o cumprimento dos procedimentos e normativos legais relativos a recursos humanos, instalações e equipamentos, processos organizacionais e técnicos. ^[7]

Assim sendo, o sistema de DIDDU consiste na dispensa das doses de medicamentos necessárias para o doente internado para um período de 24 horas exceto, na sexta-feira de cada semana cuja medicação é enviada aos SC a triplicar.

O farmacêutico é responsável pela validação da prescrição médica através da sua avaliação científica. O médico prescreve a medicação para cada doente internado por via do GHAF e o farmacêutico procede posteriormente à sua validação elaborando o perfil farmacoterapêutico do doente em causa. Caso exista algo considerável relativamente à prescrição, o farmacêutico deve enviar um alerta informático ao médico. Se existir algum erro inerente à prescrição, este deve

ser anotado no formulário de Notificação de Erros de Medicação disponível no portal interno do CHAA. [8]

Após validação de todas as prescrições, são impressos os mapas de preparação da terapêutica de cada serviço que servem de base à preparação da medicação por parte do TDT.

Os medicamentos são distribuídos em malas, identificadas por SC, subdivididas em gavetas individuais, rotuladas com o nome e número do processo. As malas podem ser preparadas de modo manual ou através de um sistema semi-automático, o KARDEX. Este aparelho funciona como um dispensador de medicamentos, permitindo assim uma melhor e mais rápida distribuição da medicação.

No caso de a medicação requerer condições especiais de conservação ou a sua dimensão não é compatível com as gavetas, esta é transportada em sacos devidamente identificados.

Quando a medicação não é utilizada no período para a qual se destina, retornando aos SF nas gavetas das malas, o TDT efetua o seu registo e seguidamente o farmacêutico responsável faz as revertências da medicação no GHAF. Estas devoluções são registadas informaticamente por serviço e por doente, permitindo que os produtos voltem a entrar no *stock* dos SF.

4.3. Distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório

Este sistema de distribuição permite a dispensa direta de fármacos a doentes não internados, possibilitando a continuidade do tratamento em ambiente familiar e a redução dos custos inerentes ao internamento. Para além disso, a DMRA permite um maior controlo e vigilância em determinadas patologias crónicas assegurando a adesão dos doentes à terapêutica, bem como a sua segurança e eficácia, pelo que deve, no momento da dispensa, fornecer ao utente toda a informação inerente à correta utilização da medicação, esclarecendo-o quanto à posologia, modo de administração, conservação, contra-indicações e possíveis efeitos adversos. [9]

Nos SF do CHAA, dispensa-se gratuitamente medicação específica para patologias bem definidas, tais como: Reumatologia, HIV/SIDA, Hepatite B, Hepatite C, Neoplasias, Esclerose Múltipla, Esclerose lateral amiotrófica, Insuficiência renal crónica, Doença de Crohn, entre outras.

A dispensa de medicação é efetuada mediante a prescrição médica individualizada (Anexo 3). O GAHF auxilia na dispensa de medicação, pois através da introdução do número do processo do utente tem-se acesso à sua ficha, permitindo assim aceder ao histórico de tratamento e desta forma controlar a medicação do utente. No primeiro ato de dispensa, o utente deve comprometer-se com as condições de utilização dos medicamentos, através da assinatura do termo de responsabilidade e, por isso, deve ser sempre o utente a dirigir-se aos SF. (Anexo 4)

Com o objetivo de detetar e corrigir possíveis erros associados a DMRA, procede-se a impressão de uma relação das receitas por patologia, para depois, serem conferidas e arquivadas.

A dispensa de medicação normalmente é feita para 30 dias, permitindo assim um maior vigilância terapêutica que se deve à potencial carga tóxica dos fármacos e o seu elevado valor económico. Ao longo da dispensa, o farmacêutico tenta ainda perceber junto do doente se há adesão ao tratamento, se tem verificado reações adversas, nomeadamente através de programas de farmacovigilância ativa, e prevenir, identificar ou resolver problemas relacionados com a utilização dos medicamentos de forma a conseguir os melhores resultados na saúde. ^[10]

Durante o nosso estágio, elaboramos folhetos informativos para os medicamentos destinados ao ambulatório (Anexo 5) para que estes sejam entregues no momento da dispensa da medicação. Para além disso, tendo como base a informação concedida pelo Dr. Nelson Gomes, realizamos um *poster* sobre intervenção farmacêutica e breve análise dos resultados de um inquérito de satisfação sobre o atendimento no ambulatório (Anexo 6).

4.4. Medicamentos sujeitos a controlo especial

4.4.1. Psicotrópicos e estupefacientes

Atendendo ao fato de estes medicamentos apresentarem uma margem terapêutica estreita e um grau de dependência física e psíquica elevadas, devem obedecer a condições especiais de segurança. Deste modo, encontram-se sob a égide do Ministério da Justiça e Saúde – Decreto-lei nº 15/93 de 22 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico do consumo e tráfico de estupefacientes e psicotrópicos.

No SF do CHAA todo o manuseamento destes medicamentos é feito por Farmacêuticos. Sendo assim, é obrigação do FH garantir o seu rigoroso controlo, desde, a sua receção até à sua distribuição – Portaria nº 981/98 (2ª série).

O armazenamento destas substâncias é feito por ordem alfabética de DCI, em 2 cofres e 2 armários, que se localizam numa sala de acesso condicionado, à qual só os FH têm acesso.

Em todos os serviços existe um *stock* fixo de estupefacientes e psicotrópicos que é definido entre o FH responsável e o Enfermeiro Chefe de cada serviço. Este *stock* é conferido, diariamente, pelos Enfermeiros, sendo armazenados em local próprio e fechado à chave. A distribuição é então feita por reposição de *stock*. A requisição é feita em modelo especial, que corresponde ao registo de administração de cada Doente. Cada requisição é referente a uma só substância ativa na qual podem constar vários Doentes aos quais foi prescrito o mesmo medicamento. Na requisição deve constar: nome do serviço requisitante, nome do medicamento (DCI), dose e forma farmacêutica, nome do(s) doente(s), rubrica do Enfermeiro responsável e data, quantidade administrada, quantidade fornecida, assinatura e nº mecanográfico do diretor do serviço ou seu substituto (Anexo 7).

O FH recebe a requisição, confere a quantidade, atribui um número sequencial que regista num caderno próprio, e assina. De seguida, regista informaticamente a requisição e debita ao SC. Após este registo, o FH avia o pedido, colocando os medicamentos num saco preto, devidamente fechado, para posteriormente serem transportados ao SC, pelos AO. Nos SC, o enfermeiro responsável pela medicação confere e assina a requisição na presença dos AO. O duplicado fica arquivado nos SC, e o original é arquivado nos SF. A listagem de todos os movimentos destas substâncias, é enviada ao INFARMED, trimestralmente. [6, 9]

Durante o nosso estágio efetuamos o aviamento de algumas requisições, constatando que os mais requisitados são as benzodiazepinas, mais precisamente, alprazolam, diazepam, oxazepam, midazolam e os estupefacientes morfina, fentanilo e petidina.

4.4.2. Hemoderivados

Os produtos hemoderivados são entendidos como, medicamentos que derivam do sangue e plasma humano, sendo a sua aquisição, dispensa e administração legislada pelo Despacho Nº 1051/2000, do Ministério da Defesa Nacional e de Saúde, de 30 de Outubro [11].

Entre os vários hemoderivados existentes incluem-se: albumina e soluções contendo proteínas plasmáticas, imunoglobulinas, fatores de coagulação e antiproteases e frações derivadas do plasma e suas combinações. Este tipo de medicamentos abrange os Serviços de Internamento, Blocos, Consultas, Serviço de Urgência e Observações.

Estes medicamentos sofrem um controlo muito rigoroso, uma vez que são de origem biológica, havendo por isso vários perigos associados. Estes, são sujeitos a estudos por lote, por parte do Laboratório de Qualidade do INFARMED, o qual emite um certificado de aprovação.

A requisição destes produtos é feita em papel, em modelo próprio constituído por duas vias: a primeira fica arquivada nos SF e a segunda que é arquivada no processo clínico do Doente. A requisição destina-se apenas a um doente e deve ser corretamente preenchida (Anexo 8).

Modo de preenchimento da folha de aquisição:

➤ Preenchimento pelo médico

- ✓ Nome do medicamento;
- ✓ Forma farmacêutica, dose e duração da terapêutica;
- ✓ Justificação clínica;
- ✓ Assinatura, nº mecanográfico e data de requisição.

➤ Preenchimento pelo Farmacêutico

- ✓ Numeração sequencial da requisição;
- ✓ Nº lote e laboratório de origem;

- ✓ Quantidade dispensada;
- ✓ Nº de certificado de autorização de utilização de lote (CAUL) do INFARMED.

Todas as embalagens fornecidas são etiquetadas com o nome do Doente e nº do processo de forma a obter um maior controlo da administração e a devolução dos produtos não administrados. O responsável que recebe o produto deve igualmente assinar a requisição e datar a mesma. Todos os produtos que não forem utilizados devem ser devolvidos aos SF devendo o Enfermeiro mencionar na via de serviço o número de embalagens que devolve e a data. O Farmacêutico, por sua vez, deve registar a receção da devolução na via farmácia, do número de embalagens recebidas e do respetivo lote, bem como, proceder à sua revertência no sistema de gestão informático.

4.4.3. Medicamentos extraformulário

Quando o médico está perante um quadro clínico que no seu entendimento exige uma terapêutica que não consta no formulário interno do CHAA, a sua prescrição deve ser acompanhado da justificação de extra-formulário (Anexo 9). O fornecimento destes medicamentos apenas é realizado após a autorização da Diretora dos SFH e da Direção Clínica.

Assim a justificação apresentada deve conter as seguintes informações: Identificação do doente, cama, nº de processo e serviço requisitante; Diagnóstico; DCI, dose, forma farmacêutica e posologia; Justificação para a necessidade do seu uso; Data e assinatura do médico prescritor; Concordância do Diretor de serviço e da CFT.

4.4.4. Anti-infecciosos

A gestão desse ato terapêutico é mais complexo do que o vulgar entendimento da maior parte dos utilizadores uma vez que o incumprimento das indicações do seu uso pode levar ao aparecimento de espécies multirresistentes que resultam em doenças infecciosas, de expressão clínica grave, cuja solução impõe tratamento e supervisão hospitalares.

Se por um lado o Hospital é procurado como centro de recursos para situações patológicas, a verdade é que este espaço é igualmente uma fonte de múltiplas infeções que potencializa um maior número de resistências aos anti-infecciosos. Esta constatação impõe a necessidade de cuidadosa ponderação na escolha de agentes antimicrobianos a serem utilizados em contexto hospitalar.

Existem anti-infecciosos de prescrição livre, de prescrição justificada e de restrição. A flexibilidade da escolha justifica que o CHAA tenha selecionado a cefazolina como antimicrobiano para a profilaxia microbiana a ser administrada por um período máximo de 24 horas ^[12].

5. PRODUÇÃO E CONTROLO DE MEDICAMENTOS

Nem sempre a Indústria Farmacêutica consegue acompanhar a individualização da terapêutica, sendo necessário, em casos específicos de patologias / grupos etários adaptar a terapêutica farmacológica. Deste modo, a Farmácia Hospitalar tem necessidade de integrar nos seus serviços uma área de produção e controlo de medicamentos.

A preparação e dispensa de medicamentos manipulados nos SF hospitalares são reguladas pelo Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de Abril e pela Portaria Nº 594/2004 de 2 de Junho, que aprova as “Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar”.

No CHAA, a área de produção de medicamentos está dividida em duas áreas:

1. Área de produção de medicamentos estéreis: Unidade de preparação de medicamentos citotóxicos e Unidade de preparação de misturas para nutrição parentérica.
2. Área de produção de medicamentos não-estéreis.

5.1. Preparação de medicamentos estéreis

5.1.1. Preparação de Citotóxicos

O cancro é uma das principais causas de morte no mundo. A mortalidade associada a esta patologia deverá continuar a aumentar, atingindo 13,1 milhões de pessoas em 2030. Sendo assim, a quimioterapia desempenha um papel cada vez mais importante no tratamento de doenças neoplásicas, não havendo no entanto uma cura definitiva.

No CHAA são preparados diariamente um número considerável de preparações de citotóxicos. A terapia com citotóxicos destina-se a vários tipos de neoplasias, sendo as mais frequentes: o carcinoma da mama, ovário, próstata, cólon-retal e gástrico.

A preparação de medicamentos citotóxicos é efetuada de forma centralizada numa Unidade de Preparação de Medicamentos Citotóxicos (UPMC) localizada nos serviços farmacêuticos. Esta unidade é constituída por uma zona negra, que consiste numa área de documentação, armazenamento e área de apoio à preparação dos protocolos, antecâmara onde o operador se equipa e faz a higienização adequada, sala limpa de uso exclusivo para a preparação da terapêutica oncológica onde existe uma camara de fluxo laminar vertical classe II B. Existe um *transfer* de materiais da sala negra para a sala limpa.

A preparação desta medicação é efetuada de acordo com a prescrição médica e de forma a garantir a assepsia e a estabilidade do medicamento, a segurança do operador e de modo a evitar a contaminação ambiental.

O médico prescreve o tratamento oncológico ao doente, de acordo com os protocolos de terapêutica antineoplásica (Anexo 10), aprovados a nível nacional, como por exemplo, FOLFIRI (Irinotecano, Levofolinato de sódio e 5- Fluorouracilo). Esta prescrição corresponde a um ciclo de tratamento, no qual está incluído, medicação para pré-quimioterapia (ex: ondansetron – efeitos secundários), fármacos citotóxicos e a medicação pós-quimioterapia (ex: dexametasona – efeitos secundários). De modo a simplificar a preparação da medicação e evitar o desperdício de fármaco, a administração dos fármacos é programada no dia anterior de modo a que, no mesmo dia, sejam assistidos doentes que façam o mesmo ciclo de tratamento.

O processo de preparação divide-se em 3 partes: Receção e dupla validação das prescrições (farmacêutico); Manipulação das preparações (técnico de farmácia ou farmacêutico); Pós-manipulação (farmacêutico).

A prescrição é enviada ao SF com antecedência. O Farmacêutico recebe as prescrições e valida as mesmas. A validação consiste na verificação de dados como a posologia prescrita para cada citotóxico em função da superfície corporal do doente e de eventuais reduções de doses explícitas na prescrição, cálculo do volume de citotóxico a usar para obter a dose indicada, volume final e ritmo de perfusão. Contudo, a quantidade do fármaco pode ser em função do peso ou então da clearance hepática como acontece com a carboplatina. Estes cálculos sofrem uma dupla validação, ou seja, é feita por dois Farmacêuticos diferentes, em momentos diferentes para garantir que tudo está correto. Após validação, o Farmacêutico debita os consumos ao doente e elabora uma lista de medicamentos necessários para as preparações do dia seguinte e imprime os rótulos identificativos de cada preparação. O TDT destacado, com base na lista criada, coloca num tabuleiro todos os medicamentos necessários para as preparações. Além disso, prepara-se igualmente a preparação da medicação pré e pós-quimioterapia que cada doente irá realizar.

No dia do tratamento, o Farmacêutico aguarda que o Enfermeiro do Hospital de Dia do Serviço de Oncologia dê o “OK” para proceder à preparação devendo sempre registar a hora (Anexo 11). Este “OK” é dado apenas quando os resultados analíticos do doente, estão em condições para avançar com o tratamento, e desde modo, proceder à preparação da medicação. Após confirmação, prepara-se os tabuleiros com os medicamentos citotóxicos (Anexo 12), reagentes e todo o material necessário (seringas, contentor), sendo todo o material descontaminado com álcool a 70 %. O material é transportado para dentro da camara pelo *transfer* e a comunicação é feita pelo intercomunicador (Anexo 13).

É importante referir que todas as preparações são individualizadas, e que após a sua preparação, o operador envia para o exterior da camara, sendo anotada a hora de saída da

preparação da camara. Após a manipulação, o Farmacêutico valida a prescrição, inspecionando a cor, presença de precipitado ou partículas estranhas, e conferindo os volumes. De seguida, a preparação é rotulada e selada num saco. Se as preparações forem fotosensíveis, são colocadas em sacos pretos devidamente selados (se possuir na sua composição Levofolinato de sódio, 5-Fluorouracilo, entre outros). As preparações são enviadas em malas próprias, para o serviço de Oncologia (Hospital de Dia), por um AO, sendo registada a hora de envio, juntamente com a assinatura do AO que transporta, e o Enfermeiro que receciona a medicação (Anexo 14).

O controlo microbiológico da CFLV é realizado quinzenalmente (Anexo 15). Este controlo consiste na utilização de 4 placas de gelose por contacto em pontos previamente definidos por um período de 10 segundos, antes e durante a preparação. As placas são identificadas com data e localização e enviadas para o laboratório de microbiologia.^[14]

Tivemos oportunidade de participar, durante um dia, na preparação de medicação com substâncias citotóxicas, acompanhando todo o procedimento desde a preparação propriamente dita até a administração ao doente.

5.1.2. Misturas para nutrição parentérica (NP)

A nutrição consiste na ingestão, digestão, absorção e metabolização de nutrientes em quantidades e proporções tais, que permitem a normal morfologia e funcionamento do organismo, e adequado desenvolvimento do mesmo.

De modo a manter o metabolismo ou a corrigir desequilíbrios nutricionais, cada indivíduo, saudável ou doente, tem necessidades individuais em macro e micronutrientes.

A NP está indicada sempre que o paciente está impossibilitado de usar a via entérica. As formulações para a NP apresentam-se como preparações injetáveis, prontas ou de preparação extemporânea. Atualmente, existem no mercado uma grande variedade de bolsas para NP, no entanto, existem casos especiais às quais não conseguem dar resposta.

A nutrição artificial (NA) consiste assim no aporte de macro (proteínas, hidratos de carbono e lípidos) e micronutrientes (electrólitos, oligoelementos e vitaminas) quantitativa e qualitativamente, adequados a cada doente. É considerada uma terapêutica segura e eficaz desde que se observem os seguintes requisitos: Adequação do esquema nutritivo à situação clínica do doente; Monitorização clínica e laboratorial; Correção dos aportes em função da evolução clínica.

Os serviços farmacêuticos do CHAA dispõem de uma Unidade de Preparação de Misturas Nutritivas para Nutrição Parentérica (UPMNNP). A preparação de bolsas para NP destina-se, essencialmente, ao serviço de Neonatologia.

Nesta unidade são ainda manipulados outro tipo de preparações que exigem condições assépticas. Atualmente, é preparada a medicação para a Doença de Pompe, quinzenalmente, cuja administração é feita no HD-Polivalente.

Como acontece com os citotóxicos, o FH é responsável pela validação da prescrição médica da nutrição parentérica (Anexo 16). O FH deve assim:

- ✓ Verificar e validar a prescrição, dados do doente e dados de cada componente da mistura (lote, validade);
- ✓ Comprovar a concentração final da mistura, estabilidade, incompatibilidades, volume prescrito, condições de administração e duração do tratamento;
- ✓ Preparar as bolsas de administração parentérica;
- ✓ Organizar os ficheiros dos doentes;
- ✓ Debitar os consumos aos serviços clínicos.

No CHAA, as bolsas para NP são preparadas numa sala asséptica com camara de fluxo laminar horizontal (previamente desinfetada) de modo a proteger a preparação.

A preparação para NP é preparada em duas fases: Fase hidrossolúvel (preparada em bolsa revestida com papel de alumínio devido à fotossensibilidade das vitaminas) e a Fase lipossolúvel (preparada em seringa opaca). Ambas são etiquetadas, onde constam os seus constituintes e respetivas quantidades, identificação do serviço, do doente e operador; data de preparação, validade e indicação do processo de conservação.

A preparação da fase hidrossolúvel consiste na adição dos maiores volumes, glucose a 5% e 10% e solução de aminoácidos, seguindo-se a adição de electrólitos monovalentes, bivalentes, sendo o cálcio o último constituinte a ser adicionado. Nessa altura, deve-se inspecionar a eventual formação de algum precipitado. As vitaminas hidrossolúveis dissolvidas em água destilada são as últimas a serem adicionadas a esta solução, pois conferem cor, impedindo a visualização de precipitado, caso haja. Após a adição de cada componente deve-se sempre homogeneizar a solução. Terminando a adição de todos os componentes hidrossolúveis, e antes de se fechar a bolsa, inverte-se a bolsa de forma a evitar fenómenos de floculação localizada. Por fim, comprime-se ligeiramente a bolsa para eliminar todo o ar e fecha-se hermeticamente.

Na segunda fase é preparada a solução lipossolúvel em seringa opaca, para proteger da luz. De seguida é acoplada ao sistema de administração parentérica. Depois de preparada a bolsa é rotulada, embalada e enviada ao SC em malas fechadas, devidamente identificadas, por um AO do SC. Chegando ao SC, o Enfermeiro responsável confere as preparações e assina a recepção, sendo devolvida a mala à UCPN.^[15]

As bolsas de nutrição parentérica preparadas devem ser isentas de microrganismos, pela qual devem ser tomadas todas as medidas de assepsia para evitar qualquer tipo de

contaminação. Neste sentido, é feito regularmente, a manutenção e controlos microbiológicos da CFLH. Esta por sua vez é verificada e controlada duas vezes por ano. Os SF dispõem de um contrato de manutenção, entre o hospital e uma firma idónea (Anexos 17,18, 19 e 20).

Tivemos a oportunidade de assistir à preparação de uma bolsa parentérica assim como visitar o serviço de Neonatologia. Na nossa primeira visita a este serviço, foi-nos lançado um desafio pela Enfermeira Chefe em acompanharmos o crescimento e evolução do prematuro para o qual preparamos a bolsa parentérica. Deste modo, assistimos de perto a evolução do prematuro havendo assim maior convivência e cuidados entre Enfermeiros, Médicos e Farmacêuticos, o que se traduz, a nosso ver, num benefício para todos.

Realizamos ainda no âmbito da preparação de medicamentos estéreis um póster que reflete as percentagens de medicamentos estéreis produzidos nos CHAA nos últimos seis meses e de acordo com cada serviço (Anexo 21).

5.2. Preparação de manipulados (medicamentos não estéreis)

Em determinadas situações há necessidade de criar formas farmacêuticas adaptadas a um doente específico. Nos SF do CHAA são também criadas preparações de medicamentos não estéreis as quais incluem cremes, soluções, pomadas, formulações pediátricas e soluções orais, havendo uma área própria para a sua manipulação. Esta é constituída por uma zona de pesagens, uma banca de preparação e uma área de lavagem do material. Antes da preparação de qualquer forma farmacêutica, é feita uma prévia preparação do campo de trabalho: Limpeza do campo de trabalho com álcool a 70°; Reunião do material e matérias-primas necessárias; Equipamento do técnico: bata, luvas, máscara, gorro.

Existe igualmente 2 pastas na qual são arquivadas todas as fichas de preparação dos manipulados mais requisitados pelos serviços clínicos onde contém a informação necessária ao processo de fabrico e outra pasta com as fichas técnicas de todos os manipulados onde constam o serviço requisitante, fornecedor do produto, nome comercial, número de lote e validade; tipo de manipulado, dose e quantidade preparadas; assinatura do operador e data de preparação.

Durante o nosso estágio tivemos oportunidade de preparar alguns manipulados, nomeadamente, colutórios de clorhexidina (usados sobretudo em paciente que realizam quimioterapia).^[13]

5.3. Reembalagem e Reetiquetagem

A reembalagem corresponde ao acondicionamento e identificação da dose unitária de um medicamento para que este seja integrado no circuito do medicamento relativamente à prescrição médica, aviamento e posterior administração ao Doente. A reembalagem e rotulagem de medicamento unidose, deve ser efetuada de maneira a assegurar a segurança e qualidade do medicamento. Os objetivos são: garantir identidade do medicamento reembalado; proteger

medicamentos dos agentes ambientais; assegurar que o medicamento reembalado é utilizado com segurança, rapidez e comodidade.

Este processo implica que cada unidade contenha uma quantidade de medicamento destinado a uma só toma, que permita uma fácil identificação, que seja de abertura fácil e segura e que proporcione uma adequada protecção do conteúdo a agentes ambientais. Estes medicamentos são cedidos na DIDDU e, em alguns casos no ambulatório.

Deste modo, sempre que é necessário fracionar, reembalar ou reetiquetar, elabora-se um pedido, que tem de ser registado. Este pedido é registado na ficha de produção, onde deve conter o nome do medicamento, número de fabrico, data de preparação, quantidade, nome comercial do medicamento, o lote de origem, nome do laboratório, o lote atribuído e o prazo de validade atribuído (se sofreu manipulação ou não está na embalagem primária (de origem), o prazo atribuído é no máximo de seis meses ou de 25% do tempo remanescente da embalagem original; se não sofreu manipulação o prazo de validade é igual ao original).

Quando não é necessário reembalar a medicação, realiza-se apenas a reetiquetagem. Sendo assim, é necessário registar na ficha de produção, o nome do medicamento, data, número de fabrico, quantidade, lote e prazo de validade, devendo nas etiquetas constar o nome do medicamento, prazo de validade e o lote. No fim da reembalagem e da reetiquetagem, é sempre anexado à ficha de produção um rótulo e uma etiqueta, para posterior verificação por parte do FH. Só após esta validação é que a medicação pode entrar novamente no circuito.

6. INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS E OUTRAS ATIVIDADES DE FARMÁCIA CLÍNICA

6.1. Farmacovigilância

Segundo o INFARMED, a Farmacovigilância visa melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da Saúde Pública, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos. A necessidade de cumprir os atos supra-referidos levou à sua institucionalização formando-se com esse objectivo o SNF (Sistema Nacional de Farmacovigilância) em 1992; rege-se atualmente pelo Decreto-Lei nº 242/2002, de 5 de Novembro sendo constituído pela Direção de Gestão do Risco de Medicamentos do INFARMED e por 4 Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF).

Apesar de se realizarem ensaios clínicos e diversos estudos antes da introdução do medicamento no mercado, podem surgir reações adversas medicamentosas (RAM) tendo todos os profissionais de saúde, incluindo o FH, a obrigação, em caso de deteção desta RAM, notificar ao INFARMED. A principal ferramenta de que dispõe é a notificação espontânea realizada pelos profissionais de saúde, de toda a suspeita de reacção adversa causada por medicamentos ou

outros problemas relacionados com medicamentos, nomeadamente desvios de qualidade, perda de eficácia, abuso, intoxicação ou mesmo erros de administração.^[16]

6.2. Participação do farmacêutico em ensaios clínicos

A Lei nº 21/2014, (16/04), define ensaio clínico como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais ou analisar a absorção, a distribuição, metabolismo e eliminação de um ou mais medicamentos experimentais a fim de apurar a respectiva segurança ou eficácia”.^[17]

Os ensaios clínicos podem realizar-se em fases de diferentes níveis. A especificidade e objetivos de cada uma delas requerem ambientes perfeitamente definidos e tem objetivos próprios. No CHAA, apenas se processam os ensaios em fase III que se caracterizam pelo significativo número de elementos da amostra do universo em estudo e serem do âmbito multicêntrico. A responsabilidade da sua gestão está a cargo de uma farmacêutica nomeada (Dra. Paula Martins).

Nos ensaios clínicos são funções atribuídas:

- ✓ Receção dos produtos necessários ao estudo (incluindo placebo e medicação concomitante). Estes deverão estar devidamente etiquetados e identificados de que se trata de “Medicamentos em EC”;
- ✓ Armazenamento e dispensa do medicamento experimental (assegurar as condições óptimas de acondicionamento). O farmacêutico procede a uma revisão da medicação existente;
- ✓ Preparação do medicamento experimental (com integral cumprimento dos requisitos técnicos aplicáveis);
- ✓ Dispensa do medicamento experimental, produtos investigacionais e auxiliares de estudo (seguindo as normas técnicas aplicáveis). Acompanhamento da monitorização do fármaco em investigação;
- ✓ Efetuar o registo de todos os procedimentos pré-definidos para o ensaio clínico, assegurando-se da transmissão eficaz ao participante da posologia, intervalo e modo de administração do medicamento, esclarecendo-o sobre precauções a respeitar e quaisquer dúvidas. É imperativo informá-lo da necessidade de devolver à farmácia o medicamento não utilizado e/ou as embalagens vazias (deve ser registada a data da devolução nas embalagens rececionadas. Posteriormente, o farmacêutico procede à contagem das unidades e regista essa informação no formulário de contabilização. Por fim, devolve ao promotor).

As atividades de encerramento dum EC são organizadas pelo monitor. Nos SF fica o *dossier* final do estudo e é mantido num mínimo de 5 anos após conclusão do EC.

Neste Hospital, a gestão de medicamento experimental é assegurada pelo IVRS (*Interactive Voixe Response System*). Este sistema telefónico com acesso 24 horas permite um tempo útil a reposição de *stocks*. A monitorização das necessidades está a cargo da farmacêutica responsável, que para o efeito, possui uma palavra-passe de acesso ao sistema.

Durante o nosso estágio, foi-nos possível acompanhar os ensaios clínicos que estavam a decorrer no CHAA. Assim, encontram-se a ser desenvolvidos neste hospital 3 ensaios clínicos:

1. Ensaio para testar o fármaco Rilotumab (AMG 102) + epirrubicina + cisplatina + capecitabina (ECX) para o tratamento de 1ª linha do adenocarcinoma gástrico em estado avançado (começo do ensaio a JULHO 2013);
2. Ensaio para testar o fármaco Teclifera 120 mg (cápsulas gastroresistentes) (s.a: fumarato de dimetilo) para o tratamento de Esclerose Múltipla do tipo surto-remissão;
3. Ensaio para comparar o fármaco LCZ696 com o Enalapril de forma a avaliar a mortalidade e morbilidade em pacientes com Insuficiência Cardíaca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do período de estágio que realizei nos SF do CHAA, tive oportunidade de viver uma experiência extraordinariamente enriquecedora quer a nível pessoal como profissional. Neste período, pude contatar com todos os aspetos da intervenção fundamental do Farmacêutico, pelo que observei a premência da participação deste, na prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os utentes da instituição, no âmbito das suas diversas funções profissionais.

O FH, como especialista do medicamento, encontra-se técnica e cientificamente qualificado para dominar todos os aspetos relativos ao medicamento. Por esses motivos aqui mencionados, acho que seria de real importância, o Farmacêutico acompanhar nas consultas do utente, bem como ter acesso ao processo médico deste, para assim poder realizar uma correta validação da sua farmacoterapia.

Por fim, há ainda a destacar o papel do Farmacêutico como membro de uma equipa multidisciplinar empenhada na prestação de cuidados de saúde da maior qualidade, assumindo sempre uma postura de aprendizagem e ensinamento, reunindo as duas vertentes numa atitude pró-ativa em prol da melhoria dos serviços prestados.

Assim, uma vez terminado o período de estágio curricular no âmbito da Farmácia Hospitalar, posso concluir que fiz a escolha mais correta quando optei por conhecer esta área da atividade farmacêutica, uma vez que o conhecimento e a experiência que aqui adquiri, em apenas dois meses, ultrapassaram largamente qualquer expectativa prévia e despoletaram em mim uma enorme curiosidade por conhecer melhor esta área. Penso que toda a gente devia conhecer esta vertente, podendo alargar futuramente o seu leque de opções de trabalho. Sou ainda da opinião que durante a nossa formação académica ao longo destes cinco anos, deveríamos explorar mais outras vertentes onde atuam o Farmacêutico. Além disso, deixo como sugestão, a implementação de estágios curriculares em outros anos da nossa formação académica, não ocorrendo só na nossa fase de conclusão. Além disso, creio que seria uma mais-valia para nós, enquanto futuros farmacêuticos, uma vez que nos permitiria poder explorar mais áreas que o nosso curso nos oferece, bem como nos dar uma melhor preparação para este estágio final.

BIBLIOGRAFIA

[1] Ministério da Saúde, Manual da Farmácia Hospital, 2007

[2] Despacho nº1083/2004, de 1 de Dezembro de 2003;

https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/despacho_1083-2004.pdf (acedido a 5/10/2014)

[3] Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro;

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/052-C_Desp_2061-C_2013_1ALT.pdf (acedido a 5/10/2014)

[4] Portaria nº981/98, de 8 Junho de 1998;

https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/071_Port_981_98.pdf (acedido a 5/10/2014)

[5] SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO CHAA, E.P.E. – Manual de Procedimentos da Distribuição Clássica/Tradicional

[6] SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO CHAA, E.P.E. – Manual de Procedimentos sobre Aquisição, Controlo e Distribuição de Estupefacientes e Psicotrópicos

[7] www.acss.minsaude.pt/Projetos/ProgdoMedicamentoHospitalar/Projecto1/tabid/172/language/pt-PT/Default.aspx?PageContentID=25 (acedido a 7/9/2014)

[8] SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO CHAA, E.P.E. – Manual de Procedimentos Distribuição Diária em Dose Unitária

[9] Ministério da Saúde, Programa do Medicamento Hospital, 2007

[10] Decreto-lei nº 15/93, de 22 de Janeiro. Diário da República, série II, nº 251. 2000

<http://www.dre.pt/pdf1s/1993/01/018A00/02340252.pdf> (acedido a 22/08/2014)

[11] Despacho conjunto nº 1051/2000, de 30 de Outubro. Diário da República, série II, nº 251.

2000

[www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/91A35F4D-2EEE-402B-8675-](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/91A35F4D-2EEE-402B-8675-161792E135D3/17816/1758417585.pdf)

[161792E135D3/17816/1758417585.pdf](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/91A35F4D-2EEE-402B-8675-161792E135D3/17816/1758417585.pdf) (acedido a 21/08/2014)

[12] [www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/medicame](http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/medicamentos/antibiotico+enciclopedia.htm)

[ntos/antibiotico+enciclopedia.htm](http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/medicamentos/antibiotico+enciclopedia.htm) (acedido a 22/08/2014)

[13] Portaria n.º 594/2004, 2 de Junho

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf)
[2004.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/portaria_594-2004.pdf) (acedido a 23/08/2014)

[14] Manual de Preparação de Citostáticos dos Serviços Farmacêuticos do CHAA

[15] Manual de Preparação de Misturas para Nutrição Parentérica dos Serviços Farmacêuticos do CHAA

[16] Decreto-lei n.º 20/2013, 14 de fevereiro;

<http://www.dre.pt/pdf1s/2013/02/03200/0079900912.pdf> (acedido a 23/08/2014)

[17] Lei n.º 21/2014, 16 de abril

[http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2089&tabela=leis&ficha=1&pagi](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2089&tabela=leis&ficha=1&pagina=1)
[na=1](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2089&tabela=leis&ficha=1&pagina=1) (acedido a 23/08/2014)

Anexos

Anexo 1. Requisição à Farmácia Kit Medicação Domiciliária

	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE Acreditação JCI		Código: 0576_Reg_MCI Pág. 1/1
Requisição à Farmácia Kit Medicação Domiciliária - UCA			
Colocar etiqueta de identificação NP Processar: Nome: Data Nascimento:		☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 3 Obs: _____	
Colocar etiqueta de identificação NP Processar: Nome: Data Nascimento:		☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 3 Obs: _____	
Colocar etiqueta de identificação NP Processar: Nome: Data Nascimento:		☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 3 Obs: _____	
Colocar etiqueta de identificação NP Processar: Nome: Data Nascimento:		☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 3 Obs: _____	
Colocar etiqueta de identificação NP Processar: Nome: Data Nascimento:		☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Adulto 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 1 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 2 ☐ Protocolo Kit Med - Domicílio Pediatria 3 Obs: _____	
Requisitado por:	Fornecido por:	Recebido por:	
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	

Anexo2. Requisição à Farmácia de Antibióticos

			Acreditação JCI	Código 0705_Reg_MCI Pág. 1/1
---	---	---	-----------------	------------------------------------

Requisição à Farmácia de Antibióticos	Serviço
Nº Processo: Nome: Data Nascimento: Colocar etiqueta de identificação Observações: _____	Quant. ☐ Amoxicilina + Ac. Clavulânico 2,2g ☐ Cefazolina 1g ☐ Cefuroxima 750mg ☐ Ciprofloxacina 500mg cp. ☐ Clindamicina 600mg ☐ Gentamicina 80mg ☐ Metronidazol 500mg ☐ Vancomicina 1g
Nº Processo: Nome: Data Nascimento: Colocar etiqueta de identificação Observações: _____	Quant. ☐ Amoxicilina + Ac. Clavulânico 2,2g ☐ Cefazolina 1g ☐ Cefuroxima 750mg ☐ Ciprofloxacina 500mg cp. ☐ Clindamicina 600mg ☐ Gentamicina 80mg ☐ Metronidazol 500mg ☐ Vancomicina 1g
Nº Processo: Nome: Data Nascimento: Colocar etiqueta de identificação Observações: _____	Quant. ☐ Amoxicilina + Ac. Clavulânico 2,2g ☐ Cefazolina 1g ☐ Cefuroxima 750mg ☐ Ciprofloxacina 500mg cp. ☐ Clindamicina 600mg ☐ Gentamicina 80mg ☐ Metronidazol 500mg ☐ Vancomicina 1g
Nº Processo: Nome: Data Nascimento: Colocar etiqueta de identificação Observações: _____	Quant. ☐ Amoxicilina + Ac. Clavulânico 2,2g ☐ Cefazolina 1g ☐ Cefuroxima 750mg ☐ Ciprofloxacina 500mg cp. ☐ Clindamicina 600mg ☐ Gentamicina 80mg ☐ Metronidazol 500mg ☐ Vancomicina 1g
Nº Processo: Nome: Data Nascimento: Colocar etiqueta de identificação Observações: _____	Quant. ☐ Amoxicilina + Ac. Clavulânico 2,2g ☐ Cefazolina 1g ☐ Cefuroxima 750mg ☐ Ciprofloxacina 500mg cp. ☐ Clindamicina 600mg ☐ Gentamicina 80mg ☐ Metronidazol 500mg ☐ Vancomicina 1g

Anexo 3. Receita Médica apresentada no Ambulatório

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		Receita Médica Nº * 1 0 1 1 0 0 0 0 6 1 4 3 3 9 0 7 0 2 *	
Utiliza: [Redacted]		RN	
Telefone: [Redacted]		R.C.: [Redacted]	
Entidade Responsável: SNS			
Nº de Beneficiário: [Redacted]			
* R 2 6 9 8 7 *		JOSE MANUEL RIBEIRO	
		Especialidade: GASTROENTEROLOGIA	
		Telefone: 253540330	
		C.H.A.A. H. GUIMARÃES-CEXT	
		* U 0 3 7 1 2 0 *	
R DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia		Nº Extensão	
1 Lamivudina, 100 mg, Comprimido revestido, Blister - 28		2 Duas	
unidade(s)			
Posologia: 1 comp dia		* 5 0 0 2 3 2 1 7 *	
2		28	
3		21-7-20/4	
4		[Signature]	
Validade: 30 dias		[Signature]	
Data: 2014-05-28		(Assinatura do Médico Prescritor)	

Processado por computador - Prescrição Eletrónica Médica - v2.0.0 - SNAIS, L.P.E.

CHAA - Serviços Farmacêuticos
Ambulatório

Declaro que me foram dispensadas as embalagens de medicamentos constantes da receita e prestados os conselhos e informação necessários sobre a sua utilização.

Data:

Assinatura:

Anexo 4. Termo de Responsabilidade

Termo de Responsabilidade

Eu, _____, portador do C.C./B.I. 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 Alto Ave, EPE, responsabilizando-me pela boa utilização do medicamento 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.

O utente:

Anexo 5. Exemplar de Folheto Informativo

CUIDADOS:

Informe o seu médico se:

- ✓ Tem problemas de fígado ou rins;
- ✓ Tem qualquer condição que afete a resistência óssea;
- ✓ Tomar algum análogo da LHRH, tamoxifeno ou terapêutica de substituição hormonal;
- ✓ Tomar outros medicamentos, incluindo os obtidos sem receita médica;

EFEITOS SECUNDÁRIOS: dores de cabeça, afrontamentos, náusea, erupções na pele, dor ou rigidez nas articulações, artrite, fraqueza e osteoporose.

ATENÇÃO:

Contém lactose

PARA QUE SERVE?

Utilizado para tratar o cancro da mama precoce dependente de hormonas em mulheres pós-menopáusicas.

COMO TOMAR:

Tome o medicamento inteiro com água aproximadamente à mesma hora todos os dias; É indiferente se tomar antes, durante ou depois das refeições.

EM CASO DE ESQUECIMENTO:

Não tome uma dose a dobrar para compensar a esquecida; deverá tomar apenas a dose seguinte à hora habitual.

No fim do tratamento devolva à farmácia o medicamento que tiver sobrado.

Em caso de dúvida contacte os serviços farmacêuticos:

253540330

ANASTROZOL



Anastrozol 1 mg



CHAA
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Anexo 6. Poster: Qual a importância da Intervenção Farmacêutica?



Qual a importância da intervenção Farmacêutica?

A. Lopes, N. Gomes, A. Gomes e A. Araújo

CHAA (Centro Hospitalar do Alto Ave) e FFUP (Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto)



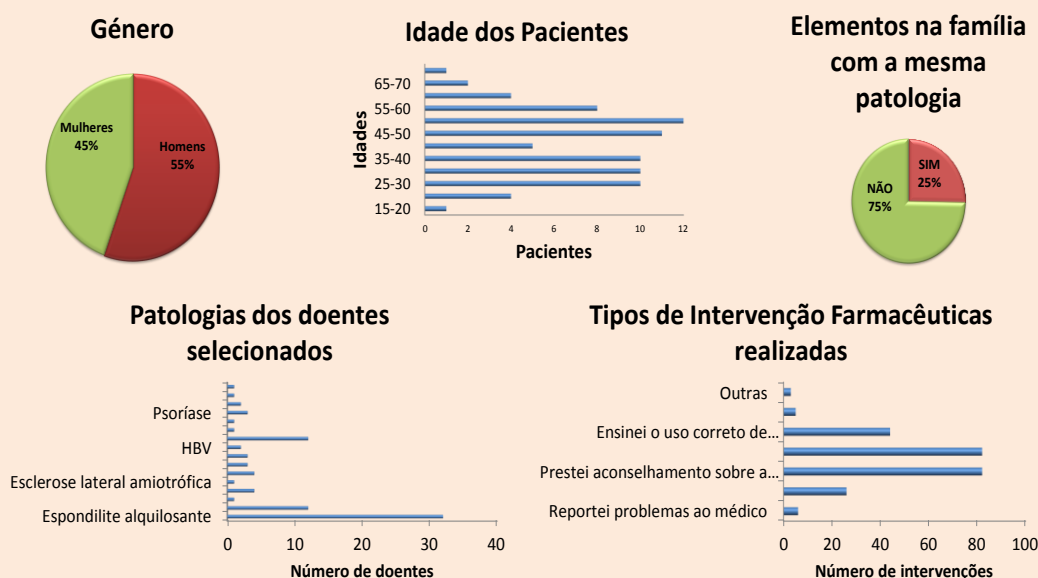
1. Introdução

É da responsabilidade do Farmacêutico proceder a dispensa do medicamento na dose e condições corretas. A distribuição de medicamentos em regime de ambulatório (DMRA) é uma das áreas primordiais dos Serviços Farmacêuticos, que comporta um peso de 60% da despesa total em medicamentos do CHAA, com uma representação média diária de cerca de 70 atendimentos ao público.

A intervenção farmacêutica assume um papel fundamental na DMRA, tendo em conta que no ato da dispensa, o farmacêutico fornece ao utente não só o medicamento mas também toda a informação relevante e necessária para o seu uso eficaz e seguro, assegurando a adesão à terapêutica e identificando problemas relacionados com a utilização dos medicamentos, através de programas de farmacovigilância ativa implementados no serviço.

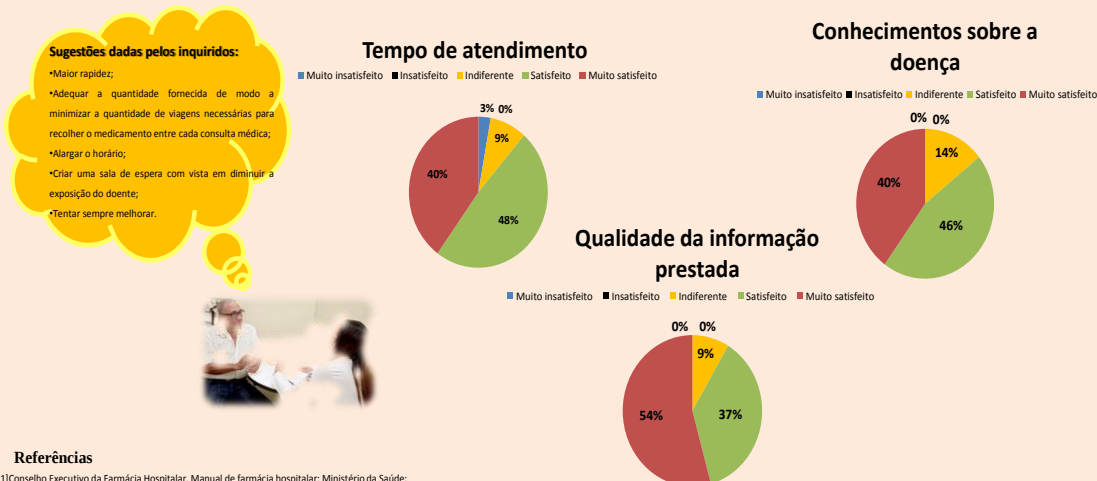
2. Breve análise dos resultados da Intervenção Farmacêutica no Centro Hospitalar do Alto Ave

Para o ato de intervenção farmacêutica foram selecionados 83 pacientes da farmácia de ambulatório, por parte do farmacêutico responsável. Este número de doentes é relativo ao período de 17 de Março até 17 de Setembro de 2014.



3. Breve análise dos resultados de um inquérito de satisfação sobre o atendimento no ambulatório

No sentido de avaliar a qualidade da distribuição de medicamentos em regime de ambulatório elaborou-se um questionário ao qual, responderam 35 utilizadores da Farmácia de Ambulatório. Os resultados obtidos foram:



Referências

- [1] Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Manual de farmácia hospitalar; Ministério da Saúde;
- [2] - Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E - Formulário Interno de Medicamentos;
- [3]- Serviços Farmacêuticos do CHAA, E.P.E - Manual de Procedimentos da Unidade de Farmácia de Ambulatório.

Anexo 7. Requisição de Psicotrópicos e Estupefacientes

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E 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 _____ **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do _____

SERVIÇO _____
SALA _____

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

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

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

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

Anexo 8. Folha de registo de Hemoderivados

Número de série 1950877 VIA FARMÁCIA

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

HOSPITAL CHAA
SERVIÇO Pneumologia

Médico [Redacted] 448642
(Nome legível)
N.º Mec. ou Vinheta 3461
Assinatura [Signature] 513
Data 1/14 Identificação [Redacted]

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

Hemoderivado Protastina **QUADRO B**
(Nome, forma farmacêutica, via de administração)
Dose/Frequência Continuo de 100mg Duração do tratamento indeterminado
Diagnóstico/Justificação Clínica Deficiência de α₁ anti-tríplice

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º 992 1/14 (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos) **QUADRO C**

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
<u>Protastina</u>	<u>1</u>	<u>26VP6T2</u>	<u>Grijols</u>	<u>20314-CALC</u>

Enviado 25/9/14 Farmacêutico [Redacted] N.º Mec. 853

Recebido 25/09/2014 Serviço administrativo N.º Mec. [Redacted]

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por 2 vias (**VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO**), é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. *Excecionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.*

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;

b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Modelo n.º 1804 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

Anexo 9. . Pedidos extra-formulários

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Serviço Clin. Vascular
Hospital Dia

Justificação de Medicamento

Nº Folha:

A ☒ Medicamentos de Justificação Clínica Obrigatória
☐ Medicamentos Extra Formulário

B Data 29/10/14

C Diagnóstico Isquemia grau IV nido

D	Medicamento	Dosagem	Via de Administração	Periodicidade	Duração de tratamento
	<u>Tilactol</u>	<u>100mg</u>	<u>oral</u>	<u>1</u>	<u>30 dias</u>

Anexo 10. Protocolo da Quimioterapia

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Unidade de Oncologia

N.º Proc:	N.º Fonte
Data Nascimento: 01/11/1943	Sexo: Masculino
Conc: GUIMARÃES	Tel.:
4800-GUIMARÃES	Dist/Conc/freg: 030820
Fil.: *	
SNS	

Protocolo: FOLFOX

N.º Folha:

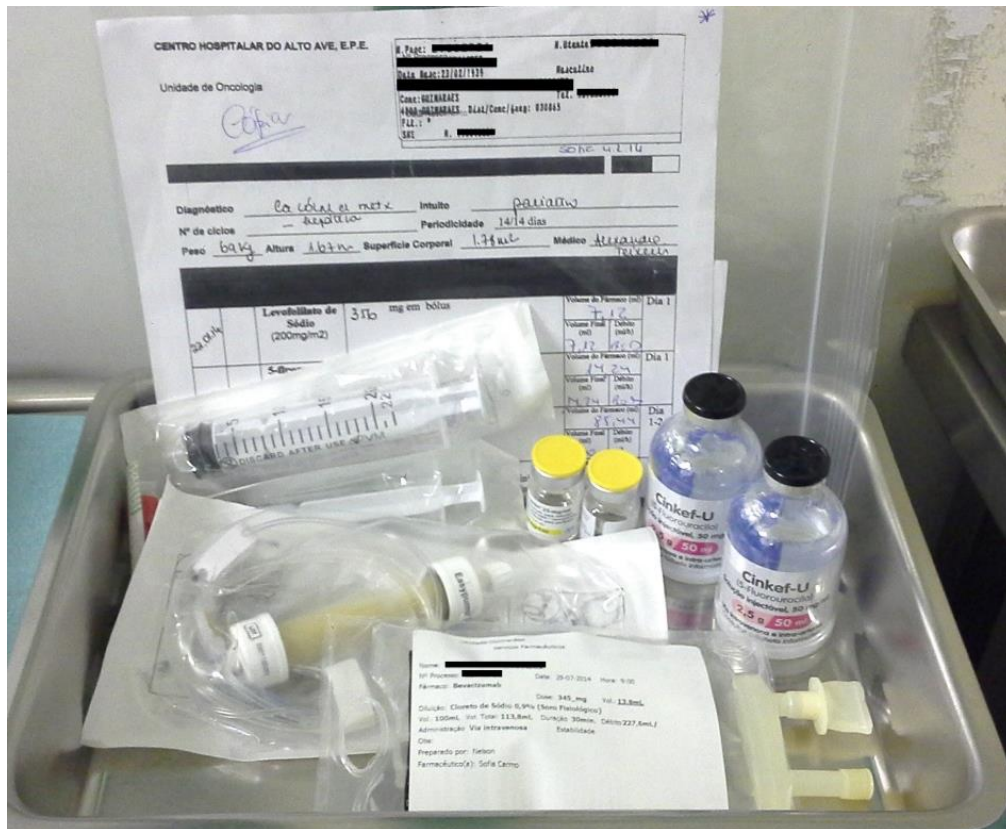
Diagnóstico: Ca. Colon Sigmoides Intuito: adjuvante
 N.º de ciclos: 12 Periodicidade: 14/14 dias
 Peso: 70 kg Altura: 163 cm Superfície Corporal: 1,75 m² Médico: [Assinatura]

TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA						
Data	Fármaco	Dose	Modo de administração		Dias	
25.6.14	Oxaliplatina (85mg/m ²)	118	mg em 500 ml dextrose 5% em perfusão de 2 horas	Volume do Fármaco (ml) 29,6	Dia 1	
				Volume Final (ml) 529,6		
25.6.14	Levofolínato de sódio (200mg/m ²)	350	mg em bólus	Volume do Fármaco (ml) 7	Dia 1	
				Volume Final (ml) 7		
25.6.14	5-fluorouracilo (400mg/m ²)	700	mg em bólus	Volume do Fármaco (ml) 14	Dia 1	
				Volume Final (ml) 14		
25.6.14	5-fluorouracilo (2400mg/m ²)	1200	mg em perfusão contínua de 46 h (Bomba)	Volume do Fármaco (ml) 84	Dias 1 e 2	
				Volume Final (ml) 100		
MEDICAÇÃO PRE-TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA						
	Dexametasona - 15 mg diluído em 100 cc de SF, perfusão de 5 min.				Dia 1	
	Ondansetron - 8 mg diluído em 50 cc de SF, perfusão de 15 min.				Dia 1	
MEDICAÇÃO PÓS-TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA						
08/07/14	Dexametasona - 8 mg PO, após pequeno-almoço				Dia 2-3	
	6-CSF 1 ampola 12h s.c. 5 dias.				DD 3965	
ANÁLISES						
	Perfil 1				D1	
	Perfil 4				4/4 SM	

1.ª Validação: [Assinatura] 2.ª Validação: [Assinatura] 20.6.14

[illegible]

Anexo 12. Tabuleiro com o material necessário à preparação de quimioterapia



Anexo 13. Controlo/ Garantia de Qualidade da Preparação de Quimioterapia



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
Serviços Farmacêuticos



Código
044_Reg_FAR

Controlo/Garantia de Qualidade – Unidade Centra. Preparação Citotóxicos

Data:
Farmacêutico:

Controlo de Qualidade		Prescrição			
Unidade de medida		Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.
		S.A./Lda	S.A./Lda	S.A./Lda	S.A./Lda
Garantia de Qualidade		Farm.	Farm.	Farm.	Farm.
P A R T E I N F O R M A T I V A	Controlo farmacêutico	=			
	Or	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐
	Formação de gel	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐
	Formação de precipitado	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐
	Correspondência de rótulo				
	Identificação da preparação				
	Concentração da preparação				
	Quantidade nominal				
	Nome do doente				
	Data de preparação/lot				
Preço de unidade					

Controlo de Qualidade		Prescrição			
Unidade de medida		Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.
		S.A./Lda	S.A./Lda	S.A./Lda	S.A./Lda
Garantia de Qualidade		Farm.	Farm.	Farm.	Farm.
P A R T E I N F O R M A T I V A	Controlo farmacêutico	=			
	Or	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐
	Formação de gel	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐
	Formação de precipitado	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐
	Correspondência de rótulo				
	Identificação da preparação				
	Concentração da preparação				
	Quantidade nominal				
	Nome do doente				
	Data de preparação/lot				
Preço de unidade					

Controlo de Qualidade		Prescrição			
Unidade de medida		Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.	Tab. n.º Quant.
		S.A./Lda	S.A./Lda	S.A./Lda	S.A./Lda
Garantia de Qualidade		Farm.	Farm.	Farm.	Farm.
P A R T E I N F O R M A T I V A	Controlo farmacêutico	=			
	Or	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐
	Formação de gel	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐
	Formação de precipitado	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐
	Correspondência de rótulo				
	Identificação da preparação				
	Concentração da preparação				
	Quantidade nominal				
	Nome do doente				
	Data de preparação/lot				
Preço de unidade					

Anexo 14. Folha de Registo do Transporte de Citotóxicos



Ministério da Saúde

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Serviços Farmacêuticos



Código
043_Reg_FAR

Registo de Transporte/Recepção de Preparações Citotóxicas

Data: ____/____/____ Farmacêutico: _____

Identificação do doente	Hora do "Ok"	Hora de Envio	Assinatura do Assistente operacional	Hora de chegada ao Serviço	Assinatura do Enfermeiro

Anexo 15. Pedido de Controlo Microbiológico

 Ministério da Saúde	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE Serviços Farmacêuticos	 Código 047_Reg_FAR
--	--	--

Pedido de Controlo Microbiológico

☐ Amostra da preparação nº _____ lote _____

☐ Superfície

☐ Painei inferior CFL-v

☐ Painei lateral CFL-v

☐ Painei posterior CFL-v

☐ Carrq de apoio

☐ Parede da sala

☐ _____

Data: ____/____/____ Requisitado por: _____

Anexo 16. Quantidades necessárias para a Preparação de NP

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS - ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA



06

UG-UCIN

Proc.:

14004303

SOLUÇÃO 1	14004303	4	5	6
Primene	46.80			
NaCl 20%	0.20			
KCl 7,5%	2.60			
Gluconato de Ca 10%	10.01			
Sulfato Magnésio 20%	0.23			
Glicerofosfato Sódio	1.69			
Glicose 30%	33.54			
Glicose 10%	93.21			
Glicose 5%				
Peditrace				
Gluconato Zinco 0.78%	0.21			
Vitaminas hidrossolúveis	1.30			
Heparina	1.92			
Ritmo				
Volume total	191.70			
Volume administrar	147.46			

SOLUÇÃO 2	1	2	3	4	5	6
Lipofundina 20%	31.00					
Vitaminas lipossolúveis	8.20					
Ritmo (ml/h)						
Volume total	39.20					
Volume administrar	19.60					

LOTE	
PRAZO VALIDADE	
CONT. MICROBIOLÓGICO	

PREPARADO POR: _____ em: / /

Anexo 17. Controlo/ Garantia de Qualidade da Preparação de NP

GOVERNO DE PORTUGAL		MINISTÉRIO DA SAÚDE	CHAA CENTRO HOSPITALAR DO APO AVEIRO, EPE	Serviços Farmacêuticos	Código 00_Reg_FAR Pág. 1 / 1
Controlo/Garantia de Qualidade – Unidade de Preparação de Nutrição Parentérica					
Data:			Farmacêutico Responsável:		
Cartão de Qualidade:					
Unidade de Serviço		Paciente			
Unidade de Serviço		Fab. n.º	Fab. n.º	Fab. n.º	Fab. n.º
		Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
		S.A./Lote	S.A./Lote	S.A./Lote	S.A./Lote
Características de Qualidade		Farm.	Farm.	Farm.	Farm.
CONTROLO DE QUALIDADE	Características Farmacológicas				
	Cor	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐			
	Formação de gás	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐			
	Formação de precipitado	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐			
	Coloração do líquido				
	Identificação da preparação				
	Concentração da preparação				
	Quantidade nominal				
	Nome do doente				
	Data de preparação/uso				
		Prazo de validade			
Cartão de Qualidade:					
Unidade de Serviço		Paciente			
Unidade de Serviço		Fab. n.º	Fab. n.º	Fab. n.º	Fab. n.º
		Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
		S.A./Lote	S.A./Lote	S.A./Lote	S.A./Lote
Características de Qualidade		Farm.	Farm.	Farm.	Farm.
CONTROLO DE QUALIDADE	Características Farmacológicas				
	Cor	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐			
	Formação de gás	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐			
	Formação de precipitado	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐			
	Coloração do líquido				
	Identificação da preparação				
	Concentração da preparação				
	Quantidade nominal				
	Nome do doente				
	Data de preparação/uso				
		Prazo de validade			
Cartão de Qualidade:					
Unidade de Serviço		Paciente			
Unidade de Serviço		Fab. n.º	Fab. n.º	Fab. n.º	Fab. n.º
		Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
		S.A./Lote	S.A./Lote	S.A./Lote	S.A./Lote
Características de Qualidade		Farm.	Farm.	Farm.	Farm.
CONTROLO DE QUALIDADE	Características Farmacológicas				
	Cor	CONFORME ☐ NÃO CONFORME ☐			
	Formação de gás	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐			
	Formação de precipitado	PRESENTE ☐ AUSENTE ☐			
	Coloração do líquido				
	Identificação da preparação				
	Concentração da preparação				
	Quantidade nominal				
	Nome do doente				
	Data de preparação/uso				
		Prazo de validade			

Anexo 18. Folha de Registo de Preparação/ Receção de Pedido de NP

Identificação	Data/Hora da Preparação	Farmacêutico Responsável

Entregue por: _____ (Assinatura legível) Nº mecanográfico: _____ Data: _____ Hora: _____	Recepcionado por: _____ (Assinatura legível) Nº mecanográfico: _____ Data: _____ Hora: _____
--	--

Anexo 19. Folha de Registo de Transporte de NP

 GOVERNO DE PORTUGAL	MINISTÉRIO DA SAÚDE	 CHAA Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Serviços Farmacêuticos	Código 00_Reg_FAR Pág. 1/1
---	---------------------	--	------------------------	----------------------------------

Documento de Transporte - Nutrição Parentérica

Serviço de Cuidados Intensivos de Neonatologia

Data	Hora	Identificação	Assinatura do Enfermeiro Responsável

Anexo 20. Registo diário das pressões da antecâmara



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
Acreditação - JCI



Código
0703_Reg_PCI
Pag. 1/1

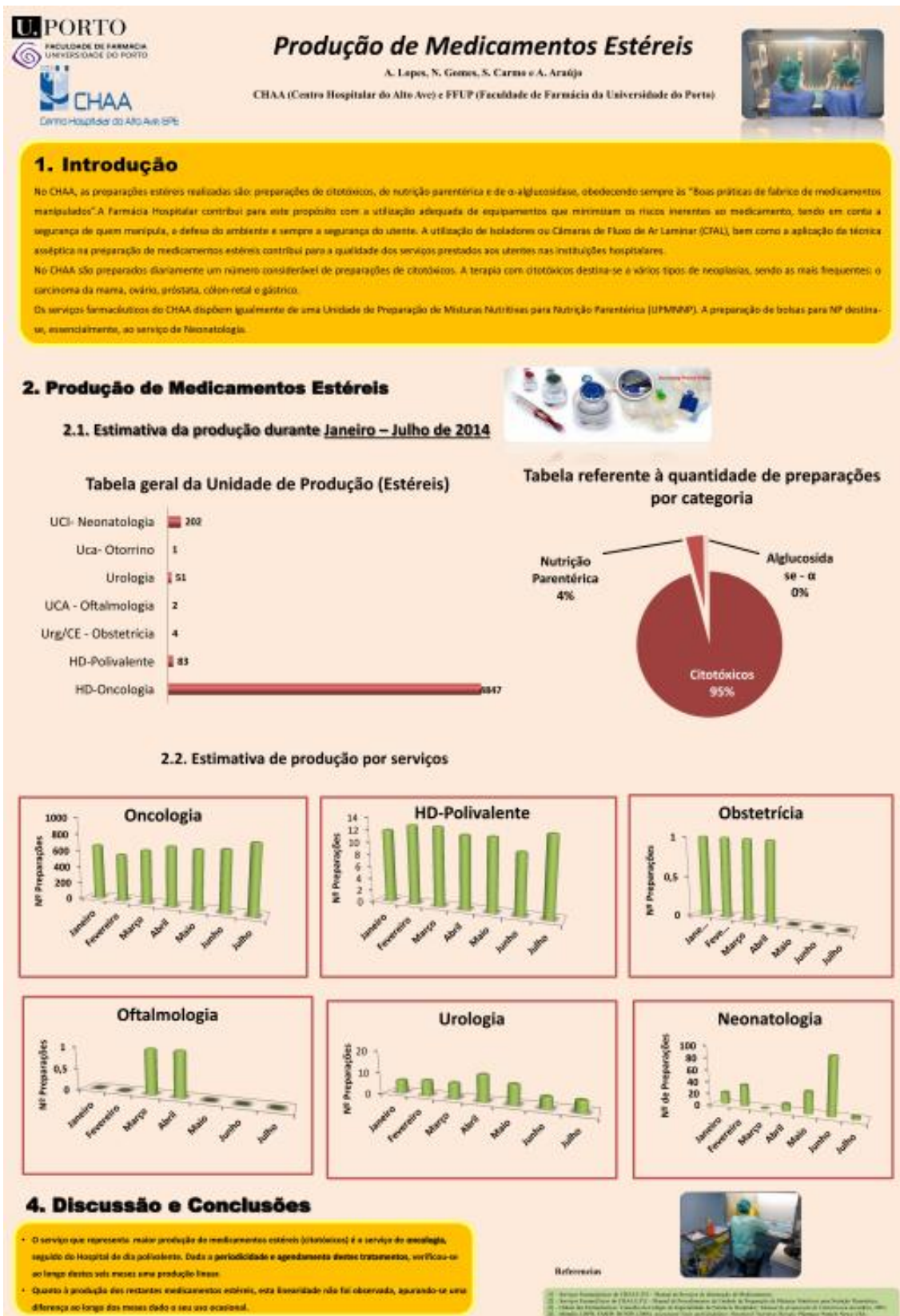
Serviço FARMÁCIA Ano: 2014 Sala PREPARAÇÃO DE FARMACOS

Mapa de Registo da Pressão das Unidades de Produção de Medicamentos

DIAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1												
2	-11	-11		-14	-22		-23	-38				
3	-11	-11	-13	-14	-22	-14	-22	-24	-38			
4	-	-13	-21	-23	-15	-24	-11	-24	-25	-31		
5	-	-14	-22	-24		-14	-24	-14	-23			
6	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
7	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
8	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
9	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
10	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
11	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
12	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
13	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
14	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
15	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
16	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
17	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
18	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
19	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
20	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
21	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
22	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
23	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
24	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
25	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
26	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
27	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
28	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
29	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
30	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	
31	-13	-21	-14	-22	-14	-23	-15	-26		-14	-34	

* valores oscilantes devido a ventos fortes exteriores

Anexo 21. Poster: Produção de Medicamentos Estéreis



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

www.ff.up.pt