



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Nova de Alfena

Marta Filomena Barbosa da Costa | 200904593

2014

Relatório de Estágio Curricular em Farmácia Comunitária

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Nova de Alfena

De janeiro a novembro de 2014

Marta Filomena Barbosa da Costa

Orientador: Dr. Avelino Ferreira Pontes

Tutor FFUP: Prof.(a) Doutor(a) Susana Isabel Pereira Casal Vicente

novembro 2014

Declaração de Integridade

Eu, Marta Filomena Barbosa da Costa, abaixo assinado, nº 200904593, aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Muitas são as pessoas que contribuíram com a sua ajuda e apoio, quer ao longo dos anos de estudo, quer na nesta etapa final de conclusão do Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Não posso deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos ao longo dos seguintes parágrafos.

À Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, em especial à Professora Susana Casal, por toda a orientação, compreensão e ajuda ao longo do estágio e também na reta final de correção do relatório.

À Professora Paula Fresco, por todos os ensinamentos cruciais que me transmitiu na unidade curricular de Cuidados Farmacêuticos, que se revelaram fundamentais na elaboração do meu projeto desenvolvido no estágio curricular na Farmácia Nova de Alfena, assim como na minha postura enquanto Farmacêutica estagiária.

Aos Professores do Laboratório de Tecnologia Farmacêutica do Departamento de Ciências do Medicamento, em especial ao Professor Paulo Costa com quem trabalhei e aprendi imenso na Unidade Curricular de Projeto I, e à Professora Isabel Almeida que me orientou e apoiou na mobilidade de Erasmus.

Ao Professor Santo Scalia, com quem tive o privilégio de trabalhar em Itália na mobilidade de Erasmus, que me recebeu no seu laboratório de trabalho, me transmitiu novos conhecimentos científicos e me apoiou profissional e pessoalmente nas adversidades que surgiram por estar fora do meu país e sem a minha família.

A toda a equipa de colaboradores da Farmácia Nova de Alfena, que me acompanhou e muito me ensinou nestes seis meses de estágio, com a qual foi um privilégio trabalhar todos os dias.

Ao Doutor Avelino Ferreira Pontes, Diretor Técnico de Farmácia Nova de Alfena, por toda a compreensão, sem a qual não poderia conciliar o estágio na Farmácia com a mobilidade de Erasmus, pelos ensinamentos que me transmitiu e pela oportunidade e confiança que me mim depositou para o acompanhar na elaboração e implementação do Serviço de Seguimento Farmacoterapêutico na Farmácia.

À minha família, em especial aos pais, irmã, avós e tia que sempre me apoiaram incondicionalmente, e sem os quais não teria chegado a este ponto. À minha irmã, pelo seu exemplo de estudante dedicada e profissional exemplar, que apesar de não ser da mesma área, sempre foi uma ajuda e uma inspiração.

A todos os meus amigos, que me acompanharam estes anos e se mantêm para a vida, alguns dos quais conheci graças à minha passagem pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, que sempre me apoiaram e deram força. Em especial ao Emanuel Martins, pelo seu apoio que me fez acreditar que iria correr tudo bem.

A todos, mais uma vez um sincero obrigada pelo que significaram ao longo de todos os anos de estudo e também nesta reta final.

Resumo

O Farmacêutico, enquanto Profissional de Saúde, tem como principal função promover a saúde e prevenir a doença junto da população de uma forma responsável e competente, garantindo o uso racional do medicamento. O fácil acesso à Farmácia por parte do utente e a proximidade existente entre este e o Farmacêutico levam à criação de uma relação de confiança e faz com que muitas vezes o Farmacêutico seja o primeiro profissional de saúde que o utente procura e no qual confia.

Em Farmácia Comunitária, a presença do Farmacêutico é obrigatória uma vez que, para além da dispensa do medicamento e de toda a informação que deve ser dada ao utente, esclarecendo todas as suas dúvidas e garantindo o bom uso do medicamento, deve também reconhecer possíveis erros no que diz respeito a interações ou até duplicações da terapêutica; deve também aconselhar o doente em casos de auto-medicação, prestar indicação farmacêutica em transtornos menores de saúde e perceber quando deve indicar o utente ao médico. O aconselhamento passa também pela dermofarmácia e cosmética e outros produtos existentes na Farmácia e por tentar promover uma boa adesão à terapêutica por parte do utente, tendo sempre uma linguagem acessível e adequada a cada utente.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes, sendo que na primeira pretendo descrever as atividades desenvolvidas no estágio na Farmácia Nova de Alfena, e na segunda, o projeto de Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico que está em fase de implementação na Farmácia e foi desenvolvido por mim e pelo Diretor Técnico, o Dr. Avelino Ferreira Pontes.

Com a primeira parte do meu relatório, pretendo caracterizar a Farmácia e o papel do Farmacêutico, e também relatar de forma sucinta, os conhecimentos adquiridos e as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Para a segunda parte do relatório, escolhi retratar o serviço de Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico de utentes polimedicados, por ter tido o privilégio de trabalhar na sua implementação com o Dr. Avelino. Na minha opinião, e cada vez mais, o Farmacêutico deve fazer uso dos seus conhecimentos e capacidades e privilegiar a proximidade com o utente como formas de intervir, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do utente e promover a racionalização da terapêutica. Com uma avaliação cuidada dos medicamentos usados pelos utentes polimedicados e contínua monitorização do tratamento farmacológico, pode-se evitar Problemas Relacionados com a Medicação e, conseqüentemente, diminuir a morbidade mortalidade associada a estes utentes, bem como os gastos inerentes.

O meu estágio teve a duração de seis meses no total. Contudo, teve de ser repartido de forma a ser conciliado com a minha mobilidade de Erasmus de 3 meses. Assim sendo, as datas do meu estágio foram as seguintes: de 13 de janeiro a 14 de fevereiro de 2014 e de 16 de junho a 14 de novembro de 2014.

Abstract

The Pharmacist, as Health Care Professional, has as main function to promote health and prevent disease among the population in a responsible and competent way, ensuring the rational use of the medicines. The easy access to the Pharmacy by the patient and the close proximity between him and the Pharmacist lead to the creation of a trust relationship and, frequently, the Pharmacist is the first health care professional who the patient chooses and trusts.

In a Community Pharmacy the presence of a Pharmacist is compulsory given the fact that, in addition to the dispensing of the medicines and all the information that must be given to the patient, clarifying all the doubts and ensuring the rational use of the medicines, he must also recognise possible mistakes concerning drug interactions and overdose; he must also advise the patient in cases of automedication, provide pharmaceutical indication related to minor health problems and understand when he must advise the patient to go to the doctor. The advice is also related to dermopharmacy and cosmetics and other products that exist in the Pharmacy as well as trying to promote a good adherence to the therapy by the patient, having a simple and appropriate language according to the patient.

This report is divided into two parts. In the first part, I describe the activities that I have done during my traineeship in the *Fármacia Nova de Alfena* and in the second part, I describe the project of Pharmacotherapeutic Follow-up Consultations which is being implemented and was developed by the person in charge of the Pharmacy, the *Diretor Técnico*, Dr. Avelino Ferreira Pontes, and me.

With the first part of this report, I intend to characterise the Pharmacy and the role of the Pharmacist, as well as to report briefly the knowledge acquired and the activities developed during my traineeship.

In the second part of my report, I have chosen to focus on the Pharmacotherapeutic Follow-up Consultations of polymedicated patients because I had the privilege of working in the implementation of this project along with Dr. Avelino. In my opinion, more and more, the Pharmacist should use his knowledge and capacities and value the proximity with the patient as ways to intervene in order to contribute to the improvement of the quality of life of the patient and promote the rationalisation of the therapy. With a careful assessment of the medicines used by the polymedicated patients and the continuing monitoring of the pharmacological treatment, it is possible to prevent Drug Related Problems and consequently, diminish the morbidity mortality associated with these patients as well as the inherent costs.

My traineeship lasted for six months. However, I had to interrupt it because of my Erasmus Programme which lasted three months. Thus, the dates of my traineeship were the following: from 13th January to 14th February 2014 and from 16th June to 14th November 2014.

Índice

Resumo	IV
Abstract	V
Lista de abreviaturas	IX
Parte I: Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio.....	1
1. Introdução	1
2. Caracterização da Farmácia Nova de Alfena	1
2.1. Localização.....	1
2.2. Espaço físico exterior	1
2.3. Espaço físico interior	2
2.4. Recursos humanos e perfil dos utentes	3
2.5. Horário de funcionamento	4
2.6. Sistema informático	4
3. Biblioteca e fontes de informação	4
4. Gestão Farmacêutica – Seleção, Aquisição e Armazenamento	5
4.1. Gestão e rotação de <i>stocks</i>	5
4.2. Fornecedores	6
4.3. Receção e Verificação de Encomendas	6
4.4. Marcação de Preços	7
4.5. Armazenamento	7
4.6. Controlo dos prazos de validade	8
4.7. Devoluções	8
5. Produtos existentes na Farmácia Nova de Alfena	9
5.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	9
5.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	9
5.3. Medicamentos Manipulados	10
5.4. Produtos e Medicamentos de Uso Veterinário	10

Relatório de Estágio Curricular em Farmácia Comunitária

5.5. Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal	10
5.6. Suplementos Alimentares e Produtos de Alimentação Especial	11
5.7. Produtos Fitoterapêuticos	12
5.8. Dispositivos Médicos	12
5.9. Produtos de Puericultura	12
5.10. Medicamentos e Produtos Homeopáticos	12
6. Dispensa de Medicamentos	13
6.1. Prescrição médica e sua validação	13
6.1.1 Avaliação da Prescrição Médica e Informações a fornecer ao utente	14
6.1.2 Processamento das receitas.....	15
6.2. Regimes de comparticipação	15
6.3. Medicamentos Genéricos	16
6.4. Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes	17
6.5. Medicamentos Manipulados	17
6.6. Produtos de Protocolo da Diabetes Mellitus	18
6.7. Dispensa de Medicamentos não sujeitos a receita médica	18
7. Automedicação e Indicação Farmacêutica	18
8. Serviços prestados na Farmácia	19
8.1. Determinação dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos	19
8.2. Testes de Gravidez	20
8.3. Testes à urina	20
8.4. Administração injetáveis e de Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação	21
8.5. Programa de Cuidados Farmacêuticos	21
8.6. Outros serviços associados	21
8.7. Farmacovigilância	21
8.8. VALORMED e Recolha de Radiografias	21
9. Contabilidade e Gestão na Farmácia – Receituário e Faturação	22
10. Formação contínua durante o estágio	23

11. Cronograma das atividades realizadas na Farmácia Nova de Alfena	23
12. Conclusão	24
Parte II: Caso de Estudo	
Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico	25
1. Enquadramento Teórico	26
1.1. Envelhecimento da População e Polimedicação	26
1.2. Cuidados Farmacêuticos	27
1.3. O Papel e as competências do Farmacêutico	28
1.4. Seguimento Farmacoterapêutico	28
1.4.1 Avaliação	30
1.4.2 Problemas Relacionados com os Medicamentos	30
1.4.3 Resultados Negativos Associados à Medicação	32
1.4.4 Interações	32
1.5. Problemas Relacionados com os Medicamentos resultantes de Hospitalizações	33
1.6. Método de Dáder	33
2. Objetivos	34
3. Métodos	34
3.1. Critérios de seleção	34
3.2. Método para a elaboração das Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico	35
3.3. Documentos de apoio	36
3.4. Avaliação	37
4. Resultados/Discussão	37
5. Conclusão	40
Referências Bibliográficas	41
Anexos	47

Lista de Abreviaturas

FC – Farmácia Comunitária

FNA – Farmácia Nova de Alfena

DT – Diretor Técnico

MBPF – Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para Farmácia Comunitária

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

IMC – Índice de Massa Corporal

SI - Sistema Informático

PNV – Plano Nacional de Vacinação

FP – Farmacopeia Portuguesa

FGP – Formulário Galénico Português

PA - Pressão Arterial

PV - Prazos de Validade

RCM – Resumo das Características do Medicamento

CNP - Código Nacional Português

DCI - Denominação Comum Internacional

PVP - Preço de Venda ao Público

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

DM – Dispositivo Médico

AIM - Autorização de Introdução no Mercado

PRM - Problema Relacionado com o Medicamento

RAMs - Reações Adversas Medicamentosas

CCF - Centro de Conferência de Faturas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

MG – Medicamento Genérico

MPE - Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes

SNC – Sistema Nervoso Central

IF – Indicação Farmacêutica

mmHG – milímetro de mercúrio

CF – Cuidados Farmacêuticos

RNMs - Resultados Negativos associados à Medicação

CSF- Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico

SF - Seguimento Farmacoterapêutico

ITF – Intervenção Farmacêutica

cp – comprimido

UI – Unidades Internacionais

sq – saqueta

ECG – Electrocardiograma

HMG-CoA redutase - hidroxí-3-methyl-glutaril-CoA redutase

ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

Fig. – Figura

Parte I: Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio

1. Introdução

Todo o conhecimento científico adquirido ao longo do curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas permite-nos obter bases sólidas que são posteriormente postas em prática durante o estágio curricular. Na verdade, o estágio é uma etapa crucial na nossa formação académica uma vez que nos possibilita adquirir competências técnicas para o futuro exercício da profissão, através do contacto com a realidade de trabalho em Farmácia Comunitária (FC), o trabalho em equipa e a relação com os utentes.

Durante todo o período do meu estágio curricular na Farmácia Nova de Alfena (FNA), eu pude adquirir competências e ter contacto com o exercício da Profissão em FC com a ajuda de toda a equipa de colaboradores e a fundamental orientação por parte do Dr. Avelino Pontes (Diretor Técnico (DT) da FNA).

Com o presente relatório, pretendo explicitar, de forma sucinta e clara, o meu trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular em FC na FNA.

2. Caracterização da Farmácia Nova de Alfena

2.1. Localização

A FNA, dirigida pelo Dr. Avelino Ferreira Pontes, DT, está sediada na rua D. Afonso Henriques, nº 384, freguesia de Alfena, concelho de Valongo, distrito do Porto. A sua localização é bastante privilegiada na medida em que se trata de uma zona habitacional e industrial, que é também servida por autoestrada, tem paragem de autocarro junto à entrada da farmácia e há também facilidade de estacionamento. Nas suas imediações existem vários serviços de prestação de cuidados de saúde e um conjunto de lojas comerciais que fazem com que haja bastante movimento na rua e nas imediações. Todas estas características contribuem para a heterogeneidade de utentes que procuram os serviços da farmácia assim como a significativa afluência dos mesmos quer de forma habitual ou esporádica.

2.2. Espaço físico exterior

A FNA é facilmente identificada pela sua localização ao nível da rua, pelo seu aspeto característico e pela “cruz verde” que permanece iluminada com informação rotativa durante o seu horário de funcionamento diurno e noturno, quando a farmácia efetua serviço permanente, respeitando o que está descrito no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (MBPF).¹

De acordo com o mesmo guia, o acesso à FNA é facilitado a todos os potenciais utentes, nomeadamente, os cidadãos portadores de deficiência, idosos e crianças. Todos os dias é afixada informação na porta, visível do exterior, relativamente às farmácias no município de Valongo em regime de serviço permanente e sua respetiva localização e contacto. Encontra-se também visível o seu horário de funcionamento e a referência ao nome do DT. Por último, é pertinente referir que existe uma montra envidraçada que permite uma boa visibilidade para o interior da farmácia e onde é feita a divulgação de produtos à venda na farmácia, sendo remodelada periodicamente de acordo com a sazonalidade e as promoções pontuais. (Anexo I)

2.3. Espaço físico interior

No seu interior, a FNA está estruturada de forma que os seus colaboradores possam prestar um serviço de excelência aos utentes, salvaguardando sempre a segurança, conservação e preparação de medicamentos assim como a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal tal como especifica o artigo 29º. do Decreto-Lei 307/2007 de 31 de Agosto.²

De acordo com a legislação em vigor, a FNA dispõe do número mínimo de divisões próprias obrigatórias que são: a área de atendimento ao público, o armazém, o laboratório e as instalações sanitárias.³

A área de atendimento ao público (Fig.1- Anexo II) é uma área ampla, iluminada, com ar condicionado e música ambiente; dispõe de 5 postos de atendimento aos utentes, adequadamente separados entre si, preservando a sua privacidade. Nesta divisão estão também expostos diversos produtos de Dermofarmácia e cosmética, de puericultura, alguns produtos sazonais, assim como Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), em lineares que vão sendo alterados, dependendo do destaque que se quer dar em determinada altura. Possui também uma balança eletrónica que calcula o Índice de Massa Corporal (IMC) e indica os valores de referência; uma pequena área com sofás e o jornal diário para os utentes usufruírem de momentos de leitura enquanto esperam pelos serviços da Farmácia; há também uma pequena área de espera indicada para as crianças (Figs.3 e 4 - Anexo II).

A área de armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos encontra-se bem dividida e organizada, de forma a minimizar o tempo de procura de determinado produto aquando do atendimento ao utente. Existe assim um conjunto de gavetas deslizantes (Fig.5 - Anexo II), devidamente identificadas, que se destinam a armazenar supositórios, injetáveis, medicamentos de marca, medicamentos genéricos, pomadas e géis, soluções de pequeno volume, antibióticos em forma de suspensão, tendo sempre em conta a ordem alfabética, de A-Z. Uma outra zona de estantes (Fig.6 - Anexo II) destina-se ao armazenamento de todo o tipo de produtos que excedem a quantidade permitida nas gavetas, assim como medicamentos de uso veterinário, soluções de aplicação cutânea, ampolas, suplementos, papas, leites, dispositivos médicos entre

muitos outros, tendo sempre em conta uma vez mais a ordem alfabética. Existe também uma área onde se procede ao armazenamento de reversas de medicamentos pagos e não pagos em zonas distintas, respeitando a ordem alfabética do nome do utente e uma outra zona ampla onde se procede à verificação de encomendas e sua introdução no Sistema Informático (SI). Por último, e não menos importante, uma vez que determinados medicamentos exigem condições de refrigeração especiais (entre 4 a 8°C), nomeadamente, vacinas não contempladas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), insulinas, alguns colírios, entre outros, existe um frigorífico com prateleiras que dividem os mesmos por ordem alfabética.

Para a produção dos medicamentos manipulados, a FC tem de ter um laboratório com as condições necessárias de iluminação, higiene e segurança, assim como requisitos mínimos de equipamento, descritos por legislação (Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro) ⁴. O laboratório da FNA, para além de cumprir todos os requisitos exigidos, é o local onde se procede ao arquivo dos registos dos medicamentos manipulados realizados, das fichas de preparação e de cálculo do preço e algumas fontes bibliográficas como A Farmacopeia VIII (FP) e o Formulário Galénico Português (FGP).

Existem também as instalações sanitárias e o vestiário onde cada colaborador tem um cacifo para guardar os seus pertences.

Para além das divisões obrigatórias, a FNA dispõe ainda de outras instalações como o gabinete de atendimento personalizado, o gabinete do responsável pela FNA destinado à gestão técnica e financeira, à administração e à realização de reuniões e uma outra sala para as consultas de nutrição.

O gabinete de atendimento personalizado (Fig.2 - Anexo II) é uma divisão privilegiada da FNA, que permite um contacto ainda mais próximo entre o Farmacêutico e o utente. Está equipado com todas as condições necessárias para a determinação de parâmetros bioquímicos, a medição da Pressão Arterial (PA) e administração de injetáveis.

2.4. Recursos humanos e perfil dos utentes

A equipa de trabalho da FNA é constituída por três Farmacêuticos, dois Técnicos de Farmácia e três Técnicos Auxiliares de Farmácia. Todos os colaboradores usam uma bata característica da Farmácia e fazem-se acompanhar sempre da sua identificação, de forma visível, aquando do exercício da profissão.

Como foi referido anteriormente, o perfil dos utentes da FNA é bastante diversificado, contemplando as diferentes faixas etárias. Contudo, há uma prevalência dos utentes habituais, que permite criar um melhor acompanhamento e aconselhamento aos mesmos, sendo que muitos deles são polimedicados, exigindo um aconselhamento adequado.

2.5. Horário de funcionamento

O horário de funcionamento da FNA é o seguinte: de segunda a sábado das 8h30 às 22h30, e ao domingo das 9h às 13h, cumprindo as 44 horas semanais mínimas de funcionamento, de acordo com a legislação em vigor.⁵

Para além do horário normal de funcionamento, quando lhe é atribuído o serviço permanente, a FNA faz horário continuado, estando aberta desde a hora de abertura desse dia até à hora de encerramento do dia seguinte.

2.6. Sistema informático

O SI é uma ferramenta de extrema importância para o bom funcionamento da farmácia e sua gestão. A FNA adotou o SI da Softreis[®], extremamente versátil e intuitivo.

O SI permite registar todos os medicamentos e produtos farmacêuticos desde a sua entrada até à sua saída, quer por dispensa ao doente ou devolução ao fornecedor. É também possível fazer a gestão de utentes, de *stocks* e encomendas, efetuar devoluções e sua regularização, o processamento de receituário, o controlo de Prazos de Validade (PV), a criação e manutenção de reservas de medicamentos aos utentes, assim como apoiar o atendimento ao utente. Para tal, contém toda uma base de dados que pode ser consultada de forma rápida, nomeadamente, a indicação terapêutica, a posologia, as interações e o Resumo das Características do Medicamento (RCM), que permite minimizar os erros durante o atendimento, tornando-o mais rápido e, fundamentalmente, de melhor qualidade.

Para um bom domínio do SI e sua correta utilização, foram-me dadas informações base referentes à sua utilização desde o início do estágio.

3. Biblioteca e fontes de informação

De acordo com o MBPF, é fundamental que o Farmacêutico possua fontes de informação sobre o medicamento organizadas e atualizadas que o ajudem a solucionar eventuais dúvidas, nomeadamente, referentes a indicações terapêuticas, contraindicações, interações medicamentosas, posologia e precauções com a utilização de medicamentos ou situações novas que surjam no exercício da sua atividade. A FNA dispõe da literatura considerada obrigatória como o Prontuário Terapêutico, a FP assim como os RCM de cada medicamento, incluídos no SI. Para além de toda esta informação, o uso da Internet, em concreto, determinados *websites* científicos, aumenta as opções de pesquisa e obtenção de respostas fidedignas e de uma forma rápida.

A FNA possui também um MBPF, elaborado pelo DT, com a finalidade de explicitar a todos os colaboradores como devem ser executados todos os procedimentos na farmácia. Este manual é baseado em literatura científica e específica tais como: a legislação aplicada no âmbito da FC, as

guidelines, o MPBF, entre outros. Ao longo do meu estágio, eu trabalhei com o DT na reformulação/atualização do mesmo.

4. Gestão Farmacêutica – Seleção, Aquisição e Armazenamento

Para uma boa sustentabilidade da farmácia, e que permita o seu bom funcionamento, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde de excelência aos seus utentes e à manutenção dos postos de trabalho dos colaboradores, é fundamental que a sua gestão seja também de excelência. A FNA conta com um trabalho de gestão exemplar, no que se refere à gestão do *stock*, encomendas dos produtos e escolha de fornecedores, faturação mensal, controlo de prazos de validade e processamento de receituário.

4.1. Gestão e rotação de *stocks*

A gestão de *stocks* deve ser efetuada de forma a garantir as necessidades dos utentes, tendo também em conta a subsistência económica da farmácia.

Apesar de nem sempre ser uma tarefa fácil, dada a enorme quantidade de referências existentes no mercado, é importante existir um forte conhecimento dos produtos de maior rotatividade para existir um equilíbrio entre o mínimo e o máximo dos produtos farmacêuticos. Se por um lado, é importante existir um *stock* mínimo de determinado produto para satisfazer a necessidade dos utentes e não levar a uma situação de rutura de *stock*, é também fundamental ter em atenção tudo o que implica quantidades excessivas, nomeadamente no que diz respeito ao capital que é necessário mobilizar, o espaço físico para o seu armazenamento, o seu PV que poderá levar a situações de devolução e o conseqüente aumento do risco de perda do capital investido.

Diariamente, são efetuadas encomendas que monitorizam permanentemente os *stocks* mínimos e máximos e também as encomendas específicas de acordo com os pedidos dos utentes. Na FNA, a encomenda diária é efetuada recorrendo ao SI que gera uma pré-encomenda que é verificada antes de ser enviada de forma a ser possível acrescentar produtos, aumentar quantidades dos produtos pedidos e também anular alguma referência.

Um outro aspeto a ter em conta, é que grandes quantidades de determinados produtos na encomenda podem trazer bonificações e vantagens comerciais, quer junto do fornecedor diário quer diretamente com determinado laboratório. Daí que a análise cuidada das encomendas e as condições de compra que se conseguem obter, dependendo da rotatividade dos produtos e a sazonalidade, são preponderantes no momento de efetuar as encomendas diárias e não diárias.

A FNA tem um colaborador responsável pela gestão de encomendas e *stocks*, que faz as encomendas diárias junto do grossista assim como as encomendas diretamente a determinados produtores quando pertinente e vantajoso para a farmácia.

Para que toda esta gestão de *stocks* seja eficaz, é necessário introduzir no SI todos os produtos que entram na farmácia para haver controlo informático da sua existência em armazém. Contudo, podem existir diferenças entre o *stock* informático e o real muitas vezes devido a erros, sobretudo na entrada de encomendas, nas vendas, nas trocas e empréstimos entre farmácias, na marcação de produtos e nas devoluções e quebras.

Na FNA sempre que é detetado um erro de *stock*, o mesmo é analisado e alterado no SI se assim o justificar. Periodicamente, é feito um inventário que inclui todos os produtos existentes na farmácia para se proceder a um correto acerto de *stocks*.

4.2. Fornecedores

A escolha dos fornecedores é também um ponto crucial em toda a gestão de encomendas e deve ser efetuada tendo em conta determinadas condicionantes, nomeadamente, a rapidez na entrega dos produtos, o número de entregas diárias, o cumprimento de datas/horário e quantidades corretas, assim como a flexibilidade em aceitar alterações e devoluções e as condições financeiras que oferecem.

É também importante que a farmácia não tenha um único fornecedor, uma vez que o mesmo pode ter ruturas de *stock* ou algum problema que impossibilitaria a farmácia de repor o *stock* necessário. Assim sendo, a FNA tem três fornecedores diários: a Cofanor[®], Alliance Healthcare[®] e a Cooprofar[®], sendo este último o principal. Adicionalmente, a FNA efetua também encomendas de maiores dimensões diretamente a determinados laboratórios ou por intermédio de delegados, obtendo boas condições de aquisição, nomeadamente descontos e bonificações. Contudo, estas encomendas têm prazos de entrega normalmente mais alargados, sendo necessário avaliar a urgência de aquisição dos produtos e normalmente pensar a médio prazo.

4.3. Receção e verificação de encomendas

A verificação de encomendas é o primeiro passo a ser realizado antes de se registar os produtos no *stock* da farmácia e serem armazenados porque assim, é possível detetar eventuais enganos ou erros.

Os produtos encomendados chegam à farmácia em contentores próprios, devidamente identificados, com a respetiva fatura (original e duplicado) ou um guia de transporte, quando aplicável. Se por algum lapso, a fatura não vier com a encomenda, o fornecedor tem de ser contactado para proceder ao envio da mesma.

Numa fatura, para além da identificação da farmácia e do código de encomenda, vêm descritos todos os produtos pertencentes à mesma encomenda pelo seu Código Nacional Português

(CNP), seguido do nome comercial ou Denominação Comum Internacional (DCI), forma farmacêutica, dosagem e número de unidades, preço de venda à farmácia, taxa de IVA e o Preço de Venda ao Público (PVP), se aplicável.

É importante ter em atenção se na encomenda há produtos de frio, uma vez que estes devem ser os primeiros a ser verificados e armazenados de forma conveniente.

A receção propriamente dita é efetuada recorrendo ao SI, selecionando o fornecedor, inserindo o código que vem na fatura e, posteriormente, todos os produtos que fazem parte da encomenda. Tem de se ter também especial atenção às quantidades de cada produto, aos PV e aos preços, atualizando-os sempre que necessário.

Quando um produto que foi pedido não consta na fatura pelo motivo de estar esgotado, é necessário proceder ao pedido do mesmo a outro fornecedor. Quando se encontra alguma inconformidade como no caso de ser faturado algum produto que não foi entregue, ou alguma embalagem danificada entre outras, pode-se contactar o fornecedor ou então, dependendo das situações, ser efetuada uma devolução do produto e a situação ficar regularizada.

Desde o início do estágio que me foi dada a possibilidade de conferir as encomendas recebidas para me ir ambientando a todo este processo, ficar a conhecer os produtos e ter atenção a todos estes aspetos.

4.4. Marcação de preços

De acordo com a legislação em vigor ⁷, é obrigatória a indicação do PVP pré-estabelecido nos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), que, salvo raras exceções, já está impresso na cartonagem quando chega à farmácia. O mesmo já não acontece com os MNSRM, produtos de cosmética, dispositivos médicos entre outros, uma vez que estes produtos são de venda livre, isto é, na fatura apenas vem indicado o preço de custo para a farmácia. Depois de o produto dar entrada no sistema, é definido o seu PVP, tendo em conta a taxa de IVA aplicável e a margem de lucro praticada pela farmácia. Desta forma, são impressas etiquetas autocolantes para estes produtos nas quais constam o nome e o código do produto, o seu PVP e a taxa de IVA. É necessário ter sempre cuidado ao colocar as referidas etiquetas no respetivo produto para não ocultar informações importantes da cartonagem. Desde o início do estágio procedi à etiquetagem destes produtos após ter conhecimento de toda a informação supramencionada.

4.5. Armazenamento

Após a receção das encomendas, o correto armazenamento dos produtos é fundamental para garantir a manutenção da sua qualidade até ao momento da dispensa e contribuir para que a mesma seja rápida, eficaz e com qualidade.

Na FNA, todos os locais de armazenamento cumprem as normas de iluminação, humidade e temperatura exigidas; condições que são controladas por um termo-higrómetro, havendo um

registo diário das mesmas. Os produtos que detêm PV são armazenados segundo o princípio First Expired, First Out (FEFO), para que sejam vendidos primeiro os produtos com PV mais curto. Relativamente aos produtos desprovidos de PV, obedece-se à regra First In, First Out (FIFO), ou sejam, os primeiros produtos a serem rececionados, são os que são vendidos em primeiro lugar.

O armazenamento dos produtos também é feito segundo a ordem alfabética e no respetivo local. De referir que os produtos que necessitam de conservação no frio são os primeiros a ser armazenados e os psicotrópicos e estupefacientes são armazenados num local específico e separados dos outros produtos, em gaveta com chave.

Para além das atividades referidas anteriormente, e com as quais iniciei o meu estágio, o armazenamento das encomendas é também uma das tarefas que realizo desde o início, o que veio a mostrar-se bastante útil no momento do atendimento ao balcão, uma vez que já sabia onde estavam todos os produtos.

4.6. Controlo dos prazos de validade

O controlo dos PV deve ser feito periodicamente, uma vez que a farmácia tem de garantir a eficácia e a segurança dos seus produtos para não colocar em risco a saúde dos utentes e evitar prejuízos de capital. Na FNA, para além do controlo efetuado aquando da receção de encomendas e da verificação prévia à dispensa do produto ao utente, no início de cada mês é emitida uma lista de produtos com PV a expirar nos próximos três meses. Têm de ser verificados os PV de todos os produtos que constam na lista e corrigir no SI o seu PV caso este seja mais alargado que o da lista, ou então, os produtos são separados das existências utilizáveis para ser efetuada a devolução, caso o seu PV expire antes dos três meses seguintes.

4.7. Devoluções

As devoluções efetuadas pela Farmácia, para além de questões relacionadas com PV, podem também dever-se a outras situações, nomeadamente, erros nos pedidos, embalagens danificadas, PVP errado, não conformidades entre a nota de encomenda e a fatura ou então quando existe uma circular de recolha do produto do mercado. A devolução é efetuada no SI através da emissão de uma Nota de Devolução em triplicado na qual uma das cópias fica para a Farmácia e as restantes duas são enviadas para o fornecedor ou laboratório, assinadas e carimbadas. Em cada nota de devolução deve constar a identificação da Farmácia, o número da nota de devolução, a identificação do produto a devolver e a respetiva quantidade, o motivo de devolução e o fornecedor. No caso de existirem psicotrópicos ou estupefacientes numa devolução, devem ser incluídos numa Nota de Devolução em separado. Desta forma, cabe ao fornecedor avaliar a situação e decidir se aceita ou não a devolução. No caso de a devolução ser

aceite, é emitida uma Nota de Crédito à Farmácia com o valor dos produtos devolvidos ou uma troca por novos produtos com PV mais alargado. Se a devolução não for aceite, os produtos são devolvidos à Farmácia, que regulariza a situação como “não aceite” e tem de efetuar a quebra dos produtos com conseqüente prejuízo para a mesma.

Durante o estágio, eu tive a oportunidade de acompanhar todo este processo e efetuar algumas devoluções assim como proceder à sua regularização no SI.

5. Produtos existentes na Farmácia Nova de Alfena

De acordo com o disposto em Decreto-Lei ⁸, os medicamentos podem ser classificados em MSRM e MNSRM. Para além dos medicamentos, existe uma grande variedade de outros produtos farmacêuticos que contribuem para o bem-estar de todos os utentes que escolhem a FNA.

5.1 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

De acordo com o descrito no Estatuto do Medicamento ⁸, são classificados como MSRM todos os que cumpram pelo menos uma das seguintes condições: “possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica”; “possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam”; “contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”; “destinem-se a ser administrados por via parentérica”. Uma vez que estes medicamentos podem constituir risco para a saúde dos utentes, e ainda de acordo com o mesmo Estatuto, os MSRM só podem ser dispensados ao utente mediante prescrição médica válida, fornecendo toda a informação necessária para a sua correta utilização.

5.2 Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Os MNSRM são todos os medicamentos que não se enquadram no artigo 114.º do Estatuto do Medicamento ⁸, não sendo comparticipáveis salvo nos casos previstos por legislação. Estes medicamentos são destinados ao alívio de sintomas menores, não necessitando de prescrição médica e podem ser vendidos noutros espaços que cumpram os requisitos legais e regulamentares para além da Farmácia, como é o caso das parafarmácias, estando o seu PVP sujeito ao regime de preços de venda livre.⁹ Por não necessitarem de prescrição médica, são muitas vezes adquiridos por Indicação Farmacêutica ou então em regime de Automedicação, o que pode vir a constituir risco para a saúde do utente quando usado erradamente ou por longos períodos de tempo. É fundamental a intervenção do Farmacêutico na medida em que deve

promover o uso racional do medicamento, informando o utente sobre a posologia e possíveis riscos para a saúde, uma vez que o uso destes medicamentos é muitas vezes desnecessário ou desaconselhado.

5.3 Medicamentos Manipulados

Segundo o Decreto-Lei n.º 95/2004 de 22 de Abril,¹⁰ medicamento manipulado é “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial, preparado e dispensado sob a responsabilidade de um Farmacêutico”. Com a constante evolução da Indústria Farmacêutica, os medicamentos manipulados são na sua maioria, pedidos para satisfazer individualizações da terapêutica nomeadamente em pediatria, geriatria e veterinária. A preparação de manipulados tem de ser efetuada no laboratório da Farmácia e obedecer a um conjunto de Normas descritas pela Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho,¹¹ nomeadamente a nível de instalações, equipamentos, matérias-primas e materiais de embalagem utilizados, rotulagem, documentação, pessoal responsável, manipulação e controlo de qualidade. Toda a documentação relativa ao processo de preparação de manipulados deve ser devidamente registada e arquivada durante um prazo mínimo de três anos.¹¹

5.4 Produtos e Medicamentos de Uso Veterinário

Medicamento Veterinário é descrito como “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”.¹² Estes medicamentos têm impresso na sua cartonagem a expressão “USO VETERINÁRIO” e visam a promoção da saúde e bem-estar do animal. É importante também mencionar que determinados medicamentos de uso humano podem ser dispensados para animais, sempre perante prescrição feita por especialista. Na FNA estes medicamentos são armazenados num local distinto dos destinados ao uso humano e são na sua maioria antiparasitários e anticoncecionais destinados a animais domésticos e de pequeno porte, nomeadamente cães e gatos.

5.5 Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

Todos os produtos cosméticos e de higiene corporal estão descritos no Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro,¹⁴ como “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistema piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu

aspecto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”. O fabrico, a introdução no mercado, o controlo e a segurança destes produtos são da responsabilidade do fabricante ou de alguém por ele nomeado. No que diz respeito à regulação e supervisão do mercado destes produtos, é o INFARMED a entidade competente.¹⁴

Cada vez mais, os utentes se preocupam com o seu bem-estar e a aparência física e procuram na Farmácia o aconselhamento prévio à aquisição dos produtos. Em resposta a estas necessidades, existe uma enorme variedade de marcas e de diversas gamas adequadas às mais variadas situações como afeções da pele (acne, pigmentação, dermatites), problemas capilares (caspa, alopecia), produtos de proteção solar, hidratantes, anti-envelhecimento e de higiene corporal. Cabe ao Farmacêutico prestar um bom aconselhamento e para isso tem de estar constantemente informado sobre os novos produtos e as diferenças entre as diversas gamas como por exemplo em relação ao tipo de pele e à sua idade aparente. A FNA tem uma grande variedade destes produtos, tornando-se um desafio querer saber as características e indicações de cada um para aconselhar o utente de acordo com as suas necessidades.

5.6 Suplementos Alimentares e Produtos de Alimentação Especial

Suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios que se destinam a suplementar ou complementar o regime alimentar normal e que podem constituir fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, simples ou em combinação.¹⁵

Produtos de alimentação especial são géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial que se distinguem dos alimentos de consumo corrente por terem uma composição especial ou devido a processos especiais de fabrico. São comercializados com indicação do objetivo nutricional pretendido, estando indicados em determinadas situações como é o caso de pessoas com condição fisiológica especial ou perturbações do sistema digestivo ou a nível do metabolismo e ainda lactentes e crianças até aos três anos de idade em bom estado de saúde.¹⁶

A FNA tem normalmente em *stock* suplementos alimentares para diversas situações nomeadamente, perda de peso, queda de cabelo, suplementação de vitaminas e outros nutrientes essenciais como por exemplo complexos de fortalecimento da memória e fadiga física e psicológica, entre outros.

Relativamente aos produtos de alimentação especial, a FNA possui uma variedade de papas adequadas às diversas fases de crescimento dos lactentes e crianças assim como leites com diferentes indicações, como é o caso dos leites antidiarreicos, anti regurgitantes, anticólicas e hipoalergénicos. Direcionados para outras necessidades específicas dos utentes, tem também produtos indicados em situações de perda de peso/apetite, em geriatria, no pós-operatório ou para doentes oncológicos como é o caso de suplementos hiperproteicos e/ou hipercalóricos.

5.7 Produtos Fitoterapêuticos

Os Produtos Fitoterapêuticos ou Naturais estão contemplados no Estatuto do Medicamento,⁸ embora muitas das vezes os utentes não os encarem como medicamento, o que pode tornar-se preocupante e, dependendo das situações, um risco para a sua saúde. Assim sendo, é fundamental que o Farmacêutico esteja atento a estas situações para identificar possíveis interações com medicamentos e seus efeitos secundários e, conseqüentemente, alertar e aconselhar os utentes.

5.8 Dispositivos Médicos

Dispositivo médico (DM) é definido no Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de julho¹⁷ como sendo “um instrumento, aparelho, equipamento, material ou artigo 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.” Os DM são integrados em 4 classes (I, IIa, IIb e III), tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano, assim como os potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico, sendo a classe I a de baixo risco e a III a de alto risco.¹⁷

Na FNA existem DM das 4 classes assim como uma enorme variedade. Os mais predominantes são os da Classe I como por exemplo: ligaduras, meias de compressão, pensos, algodão hidrófilo, seringas sem agulha e termómetros, ao passo que da classe IIa existem seringas com agulha e compressas; da classe IIb existem algumas variedades de preservativos. Da classe de alto risco (III) há normalmente dispositivos intrauterinos, por encomenda.

5.9 Produtos de Puericultura

Pelo Decreto-Lei n.º 10/2007, de 18 de janeiro,¹⁸ Produtos de Puericultura são os que se destinam a facilitar o sono, o relaxamento, a higiene, a alimentação e a sucção das crianças. Na FNA existe uma grande variedade de produtos que se incluem nesta classe direccionados exclusivamente para a criança (biberões, chupetas, fraldas, babetes, entre muitos outros), bem como para a grávida e para a fase pós parto (cintas pré e pós-parto, cremes anti-estrias, extratores de leite e outros).

5.10 Medicamentos e Produtos Homeopáticos

Os medicamentos homeopáticos são obtidos a partir de matérias-primas homeopáticas (descritas na Farmacopeia Europeia) e são caracterizados como “qualquer produto homeopático que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças do homem e dos seus sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções

orgânicas”, segundo o Decreto-Lei n.º 94/95 de 9 de maio, que regula os mesmos.¹⁹ Estes produtos, normalmente só existem na FNA sob encomenda.

6 Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos é um serviço de elevada importância e responsabilidade, prestado pelo Farmacêutico, no qual é avaliada e validada a prescrição médica e fornecidos os medicamentos ao utente, quer estes sejam industrializados ou manipulados. Aquando da dispensa do medicamento, o Farmacêutico deve fornecer ao utente ou ao seu cuidador todas as informações necessárias ao uso correto do mesmo e tirar todas as dúvidas que possam surgir, contribuindo para o uso racional do medicamento e para a eficácia e segurança do tratamento.

6.1 Prescrição médica e sua validação

Após rececionar a receita, o Farmacêutico deve verificar se a mesma é válida, cumprindo todos os requisitos, e proceder de forma correta à dispensa dos medicamentos prescritos. A legislação em vigor (Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio²⁰), refere que as receitas médicas são usadas para prescrever todos os MSRM, incluindo os manipulados, assim como medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. Podem também ser usadas para a prescrição de produtos do protocolo da Diabetes Mellitus, produtos dietéticos e outros produtos comparticipados pelo Estado.

Quanto à validade das receitas, existe a receita médica não renovável, com validade de 30 dias, normalmente para medicamentos prescritos em tratamentos de curta ou média duração, e a receita médica renovável, com validade de 6 meses, emitidas em triplicado, para a prescrição de medicamentos usados no tratamento de doenças crónicas ou em tratamentos prolongados.

Na receita, os medicamentos devem ser prescritos pela sua DCI, incluindo a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação ou tamanho da embalagem e posologia, permitindo ao utente a opção de escolha do medicamento com as mesmas características, quando aplicável. Excecionalmente, a prescrição pode incluir a denominação comercial do medicamento por marca ou indicação do nome do titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) quando não existe medicamento genérico comparticipado ou só existe medicamento original de marca ou licenças e quando o médico insere na receita a justificação técnica quanto à insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito. As exceções técnicas admitidas neste caso são as seguintes: a) medicamento com margem ou índice terapêutico estreito; b) suspeita de intolerância ou reação adversa; c) medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração superior a 28 dias.²⁰ Perante a última exceção, o doente pode exercer opção de escolha quando pretende adquirir um medicamento equivalente mais barato. O

direito de opção por parte do utente encontra-se descrito no guia de tratamento adjacente à prescrição disponibilizado ao mesmo.²¹

Em cada receita pode constar no máximo 4 embalagens de medicamentos; todos medicamentos diferentes ou então duas embalagens por medicamento, sem nunca ultrapassar o limite de 4, excetuando-se as receitas de injetáveis que podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento.²⁰

De forma a facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e evitar possíveis erros aquando da prescrição e da dispensa, a prescrição de medicamentos deve ser eletrónica, com recurso às tecnologias de informação e de comunicação. Ainda assim, as prescrições manuais são permitidas nas situações excecionais seguintes: a) Falência informática; b) Inadaptação do prescriptor; c) Prescrição ao domicílio; d) Outras situações até 40 receitas/mês. Numa destas situações, o prescriptor deve assinalar a alínea aplicável no local próprio da receita.²⁰

As receitas eletrónicas só podem ser validadas e dispensadas quando estão incluídos os seguintes elementos: número da receita legível; local de prescrição; identificação do médico prescriptor; identificação do utente (nome e número de utente ou de beneficiário de um subsistema; entidade financeira responsável; referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável; DCI; dosagem; forma farmacêutica; dimensão da embalagem; número de embalagens; designação comercial do medicamento, se aplicável; data da prescrição e assinatura do prescriptor). Podem ser prescritas receitas não renováveis e renováveis, contendo estas até três vias, com prazo de validade de 6 meses.^{20,21}

As receitas manuais obedecem aos critérios supracitados, acrescentando-se a obrigatoriedade de apresentarem as vinhetas identificativas do local de prescrição e do médico prescriptor, a identificação da especialidade médica e o contacto telefónico, assim como a exceção aplicável devidamente assinalada.^{20,21} Importa também referir que se trata de receitas não renováveis, não podendo estar rasuradas ou prescritas com canetas e caligrafias diferentes.²²

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos têm de ser prescritos numa receita individualizada, e não deve possuir nenhum medicamento de outra natureza.²⁰ Apesar de serem prescritos em receitas informatizadas do mesmo modelo dos outros MSRM, são medicamentos que exigem determinados cuidados por parte do Farmacêutico, quando são dispensados ao utente. Devido à sua natureza, estes medicamentos são regulamentados por Decretos-Lei específicos^{23,24} nomeadamente no que se refere ao regime jurídico, produção, distribuição, prescrição, dispensa, obrigações do Farmacêuticos entre outras especificações.

6.1.1 Avaliação da prescrição médica e Informações a fornecer ao utente

Depois de verificar se a receita cumpre todos os requisitos legais, é fundamental que o Farmacêutico analise os medicamentos prescritos de forma a avaliar se existe alguma interação entre eles ou com outro medicamento que o utente tome. Para além disso, deve também

verificar se a dosagem, a posologia e a duração do tratamento estão adequadas ao doente. No ato da dispensa, o Farmacêutico deve assegurar-se que o utente compreende todas as informações dadas sobre a posologia, a duração do tratamento, o modo de administração e as possíveis reações adversas, recorrendo à escrita se necessário. Uma boa comunicação entre o Farmacêutico e o utente é fundamental na medida em que permite, muitas das vezes, perceber se existe uma boa adesão à terapêutica, Problemas Relacionados com o Medicamento (PRMs), Reações Adversas Medicamentosas (RAMs), bem como determinadas dúvidas por parte do doente. O Farmacêutico deve perguntar ao utente se é a primeira vez que faz o tratamento para que o aconselhamento seja eficaz; algo que é de extrema importância quando se está, por exemplo, perante uma prescrição de inaladores para a asma que muitas das vezes exigem uma demonstração junto do utente. Outro exemplo similar é o caso das indicações sobre alguns dispositivos médicos. Importa também referir que em caso de prescrição de antibióticos, o utente deve ser informado que deve fazer o tratamento até ao fim mesmo que sinta melhoria dos sintomas.

6.1.2 Processamento das receitas

O processamento das receitas corresponde à fase de venda dos MSRM propriamente dita. No SI é selecionada a opção de vendas ao balcão e, após digitado o código de utilizador, são inseridos os medicamentos por leitura ótica dos respetivos códigos de barras, selecionando o plano de comparticipação e ativando as exceções, quando aplicável. Depois de passar o código da receita no leitor ótico, a venda é verificada, finalizada e impressa a fatura e posteriormente carimbada para que possa ser usada para efeitos de dedução de IRS. No verso da receita são impressas todas as informações relativas à venda e pede-se ao utente que assine a mesma. Juntamente com estas informações é necessário que o Farmacêutico carimbe, date e assine o verso da receita que será guardada na Farmácia até ao final do mês, altura em que são enviadas para o Centro de Conferência de Faturas (CCF).

6.2 Regimes de comparticipação

O Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio,²⁵ substituído pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro,²⁶ prevê a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial, este último aplica-se a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupo de doentes.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é a entidade que comparticipa o regime geral pagando 90%, 69%, 37% ou 15% do PVP dos medicamentos consoante os escalões A, B, C e D respetivamente, os quais integram diferentes grupos e subgrupos terapêuticos.^{25,27}

No regime especial de comparticipação de determinados medicamentos, verifica-se um aumento na percentagem de comparticipação. Este regime abrange, por um lado, pensionistas com um

rendimento total anual que não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional e tem de estar identificado na receita com a letra “R”; por outro lado, destina-se também a doentes contemplados em despacho/portaria por fazerem tratamento com determinados medicamentos ou por serem portadores de determinadas patologias tais como: doença de Alzheimer, psicose maníaco-depressiva, doença inflamatória intestinal, artrite reumatoide, dor oncológica moderada a forte, dor crónica não oncológica moderada a forte, paramiloidose, psoríase, entre outros. Para que o utente possa usufruir desta comparticipação, a mesma tem de estar devidamente identificada na receita.^{22,25}

A comparticipação pode ainda ser realizada em regime de complementaridade ao SNS por várias identidades tais como: a Portugal Telecom, EDP energias de Portugal, Serviço de Apoio Médico-Social dos Bancários – SAMS, seguradoras, entre outros; para tal, é necessário que o utente apresente o cartão de beneficiário da entidade em questão.

Relativamente aos medicamentos manipulados, são comparticipados em 30% os que fazem parte da lista publicada no Despacho n.º 18694/2010.²⁸ Também os produtos abrangidos pelo Protocolo de Controlo da Diabetes como tiras-teste, agulhas e lancetas têm comparticipação especial.²²

6.3 Medicamentos genéricos

Segundo o Estatuto do Medicamento, Medicamento Genérico (MG) é um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica, e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados. São identificados pela sua DCI, titular da AIM, dosagem, forma farmacêutica e a sigla MG.⁸

As Farmácias devem ter em *stock* pelo menos três dos cinco MG de menor preço dentro de cada grupo homogéneo e informar o utente da existência dos mesmos assim como dispensar o medicamento de menor valor, salvo se o utente queira exercer o seu direito de opção.²⁰ Com a minha experiência de atendimento ao balcão durante o estágio, pude constatar que apesar de existir já uma grande adesão aos MG por parte dos utentes, na maior parte das vezes, por motivos económicos, há ainda determinadas reticências relativamente à eficácia dos MG em comparação com os medicamentos de marca, e uma certa desconfiança quando se dispensa um medicamento de um laboratório diferente do habitual. Diariamente deparei-me com estas situações. Como tal, tive de adequar o discurso consoante o utente e referir que os MG têm a mesma eficácia, qualidade e segurança que o medicamento de marca, sendo esta demonstrada por estudos de bioequivalência e com a vantagem de serem mais baratos (cerca de 20 a 35%).^{20,29}

6.4 Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes (MPE) atuam diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC), podendo causar habituação e dependência física e psíquica. Em casos mais graves, estes medicamentos podem ser utilizados para fins ilícitos ou que ponham a vida em risco. Para evitar que isso aconteça, existe legislação^{30,31} específica e rigorosa que estabelece regras de controlo destas substâncias, fiscalização e penalização, obrigando a um controlo mais rigoroso destes medicamentos, comparativamente com os outros.^{30,31}

Também a aquisição de MPE é efetuada de modo particular, sendo necessário que à fatura da encomenda venha anexada uma requisição (original e duplicado) com a identificação da Farmácia e do fornecedor, os medicamentos enviados e suas respetivas quantidades, assim como a data e o número da requisição. No final de cada mês, o DT rubrica e carimba os duplicados para enviar ao fornecedor e arquiva os originais na Farmácia.

Por sua vez, o ato de dispensa destes medicamentos requer alguns cuidados: a obrigatoriedade de preenchimento de alguns dados, como o nome do médico prescriptor, o nome e morada do doente, bem como o nome, a idade, a morada, o número e a data de emissão do bilhete de identidade do adquirente. A sua prescrição deve ser feita isoladamente, não podendo constar outros medicamentos na mesma. Após a venda, adicionalmente à impressão do documento de faturação no verso da receita, é impresso um talão de compra de psicotrópicos em triplicado: o original é anexado à receita e enviado para a entidade participadora, o segundo talão é arquivado juntamente com a fotocópia da receita na farmácia e o terceiro talão é enviado para a entidade reguladora.^{20,30,31}

A entidade responsável pela supervisão e fiscalização dos MPE é o INFARMED. Assim sendo, é para esta entidade que a Farmácia deve enviar todos os meses o registo de entradas e saídas destas substâncias, bem como a fotocópia das prescrições médicas de MPE aviadas e onde constam os dados do adquirente. As Farmácias são obrigadas a guardar em arquivo, em papel ou suporte informático, as fotocópias das prescrições de MPE juntamente com o respetivo talão de venda, ordenadas por data de aviamento, durante o período de três anos.^{20,30} Ao longo do estágio pude acompanhar todo este processo, assim como efetuar a venda de MPE com a supervisão do DT.

6.5 Medicamentos Manipulados

Perante uma prescrição de um manipulado, o Farmacêutico é o responsável por garantir a qualidade do mesmo, seguindo as boas práticas de fabrico e avaliar se as substâncias, nas dosagens prescritas, são seguras para o utente. Em caso de dúvida, o Farmacêutico deve contactar o Médico.¹¹ Como tal, e antes de iniciar a preparação do produto, é fundamental que se verifique a conformidade das matérias-primas assim como a limpeza de todo o material necessário à sua preparação, de acordo com a legislação, como já referido neste relatório.¹¹

Na preparação de cada manipulado, atribui-se um número de lote e deve ser preenchida uma ficha de preparação na qual deve constar o nome do medicamento, o teor em substâncias ativas, a forma farmacêutica, a quantidade preparada, o procedimento, o PV, a data de preparação, as matérias-primas utilizadas, informações ao utente, o PVP calculado (segundo a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho³²), entre outras informações. No final, o produto deve ser devidamente acondicionado e rotulado.¹¹

6.6 Produtos de Protocolo da Diabetes Mellitus

Sendo a Diabetes Mellitus uma doença metabólica com considerável incidência em Portugal, existe um protocolo entre o Ministério da Saúde e os diversos parceiros do sector, com o objetivo de melhorar o acesso dos utentes com Diabetes aos dispositivos indispensáveis na autovigilância dos níveis de glicemia e de administração de insulina. A Portaria n.º 364/2010 de 23 de junho estabelece os preços máximos e o regime de comparticipação das tiras-teste (comparticipação de 85% do PVP) e das agulhas, seringas e lancetas (comparticipação de 100% dos respetivos PVPs) utilizadas por estes doentes, ficando a mesma ao encargo do SNS.³³

6.7 Dispensa de Medicamentos não sujeitos a receita médica

Tendo em conta toda a informação relativa aos MNSRM anteriormente referida, importa ainda referir que, apesar da dispensa destes produtos não ser sujeita a receita médica, pode acarretar efeitos prejudiciais à saúde do utente, na maioria das vezes evitáveis se a sua dispensa for acompanhada de Aconselhamento Farmacêutico. Assim, mesmo com a dispensa destes medicamentos, o Farmacêutico deve prestar aconselhamento adequado, de forma a contribuir para o uso racional do medicamento, ainda que o mesmo passe por encaminhar o doente ao médico.

7. Automedicação e Indicação Farmacêutica

A Automedicação é a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do utente. É importante que, perante esta situação, o Farmacêutico consiga avaliar e perceber se o medicamento se adequa à condição do utente, contribuindo para que a automedicação se realize de acordo com indicação adequada e segundo o uso racional do medicamento.¹

Na Indicação Farmacêutica (IF), o utente dirige-se à Farmácia e procura aconselhamento junto do Farmacêutico que perante uma situação de transtorno de saúde menor, de carácter não grave, autolimitante e de curta duração, se responsabiliza pela seleção de um MNSRM e/ou eventual tratamento não farmacológico com o objetivo de aliviar ou resolver o mesmo.¹

Em qualquer um dos casos, é fundamental que o Farmacêutico recolha, junto do utente, informações relevantes, nomeadamente, quais os sintomas, qual a sua duração e se já tomou

alguma coisa. A comunicação entre ambos deve ser clara e objetiva para que o Farmacêutico consiga perceber se efetivamente está perante um transtorno menor ou se deve indicar ao utente a ida ao médico.

Durante o estágio deparei-me com diversas situações: utentes que prescindiam do aconselhamento porque já fazem regularmente determinado MNSRM; utentes que procuram aconselhamento para alívio de sintomas menores, nomeadamente: constipação (dores de garganta, tosse, congestão nasal), dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, afeções oculares, entre outros e casos que não se tratavam de transtornos menores e necessitavam de recorrer ao médico. Todas estas situações são um desafio constante para o Farmacêutico porque permitem perceber a distinção entre os diferentes casos, compreender se a automedicação é necessária, segura e eficaz, e fazer um aconselhamento adequado a nível de produtos e de toda a informação disponibilizada ao utente e que é fundamental para a eficácia do tratamento.

8. Serviços prestados na Farmácia

A Farmácia é um dos espaços de saúde mais acessível aos utentes, tendo profissionais qualificados, que para além da dispensa de medicamentos, podem prestar Serviços Farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes. A Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro estabelece quais os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas Farmácias.³⁴ A FNA disponibiliza aos utentes uma série de serviços, tendo por base as Boas Práticas de Farmácia.

8.1. Determinação dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos

A determinação dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos permite a medição de indicadores para avaliação do estado de saúde do doente, facilitando a monitorização de doentes já diagnosticados e medicados, a verificação da eficácia e segurança do tratamento e a identificação de novos casos, prevenindo possíveis complicações do estado de saúde do utente. Para uma correta determinação dos valores, os aparelhos de determinação utilizados devem estar devidamente validados e calibrados, e as medições devem ser feitas por Farmacêuticos que saberão interpretar o resultado e fazer o aconselhamento adequado.¹

A FNA disponibiliza aos utentes a medição da PA de forma totalmente gratuita, recorrendo a um medidor de PA automático e que é feita após o utente ter estado em repouso durante algum tempo. Os utentes podem ainda efetuar a medição dos níveis de colesterol total, triglicéridos, ácido úrico e glicemia no sangue capilar, sendo possível avaliar estes parâmetros de uma forma relativamente rápida e precisa. A FNA oferece a cada utente um cartão de registo destes parâmetros, o que permite uma avaliação contínua por parte do Farmacêutico e também do Médico (Fig.1 - Anexo III).

Durante o estágio, fui solicitada para a realização deste tipo de testes e acompanhamento dos utentes, tendo sido, no início, orientada pelo DT. Neste contacto com os utentes, fui frequentemente questionada sobre as possíveis razões para a alteração dos valores relativamente aos de referência, assim como em relação a dúvidas sobre os medicamentos. Na minha opinião, é fundamental perceber os hábitos dos utentes, saber aconselhar determinadas medidas não farmacológicas e indicar uma ida ao médico em casos de descontrolo mais graves. Um caso particular que mereceu uma monitorização da PA ao longo de um dia foi de um Senhor que, por confundir a caixa dos MG, tomou dois comprimidos de Lisinopril de laboratórios diferentes, involuntariamente, tendo recorrido à Farmácia com sintomas de cefaleias e perda de equilíbrio. Quando questionado sobre os hábitos alimentares e farmacológicos daquela manhã, percebi o que estava a causar os sintomas, confirmados por uma PA de 90/60 mmHG. Em conjunto com o DT aconselhámos o utente a tomar um café e privilegiar uma refeição com ligeiro aumento do conteúdo de sal e voltar novamente à FNA para medir a PA naquele dia e estar atento se os sintomas pioravam. Foram efetuadas medições da PA no mesmo dia e no dia seguinte, tendo-se verificado um ligeiro aumento da mesma, assim como a melhoria dos sintomas.

8.2. Testes de Gravidez

O teste de gravidez mede a concentração da Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (HCG) produzida pela placenta após a fixação do embrião na parede do útero, sendo a sua concentração mais elevada na primeira urina da manhã. O teste de gravidez efetuado na Farmácia é o mesmo que o utente pode adquirir ao balcão da mesma e fazer em casa. Contudo, há situações em que preferem que o teste seja feito pelo profissional de saúde por uma questão de confiança na execução da técnica e fiabilidade no resultado. Sempre que o teste for dispensado ao utente, é importante serem prestadas todas as indicações necessárias à sua correta utilização.

8.3. Testes à urina

A FNA efetua também testes rápidos à urina, usando tiras de teste específicas que, através da alteração da cor nos campos de teste, despistam doenças renais e do trato genito-urinário, alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, doenças hepáticas e hemolíticas, sendo que na maior parte das vezes estes testes são pedidos em casos de suspeita de infeções urinárias.³⁵ Um exemplo concreto da importância da prestação deste serviço foi o caso de uma criança que o Médico suspeitava da existência de uma infeção urinária. De uma forma rápida e não invasiva, pude, com a supervisão do DT, confirmar a infeção urinária e, conseqüentemente, dispensar a antibioterapia prescrita pelo médico.

8.4. Administração de injetáveis e de Vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação

De acordo com a Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, na FNA é exequível a administração de injetáveis e vacinas não incluídas no PNV, por profissionais de saúde devidamente habilitados e em espaço adequado.³⁴

8.5. Programa de Cuidados Farmacêuticos

A FNA pretende disponibilizar aos utentes polimedicados o acesso a Cuidados Farmacêuticos (CF) direcionados para o acompanhamento personalizado da terapêutica de forma a detetar possíveis PRMs e Resultados Negativos ao Medicamento (RNMs), promover o uso racional do medicamento e a adesão à terapêutica, assim como monitorizar determinados valores de PA e testes bioquímicos, trabalhando em parceria com o médico de família. O Projeto está ainda em fase de implementação, tendo sido trabalhado por mim e pelo DT e será abordado na segunda parte do presente relatório.

8.6. Outros serviços associados

Para além de todos os serviços supracitados, a FNA dispõe de um protocolo com um profissional de nutrição que regularmente se dirige às suas instalações para o acompanhamento dos utentes.

8.7. Farmacovigilância

No que diz respeito à Farmacovigilância, a Farmácia é um dos primeiros locais que o utente procura para esclarecer dúvidas e obter ajuda quando está perante o que pensa ser um efeito indesejável da medicação. Por sua vez, o Farmacêutico tem formação e experiência que lhe permitem, através de perguntas ao utente, perceber se efetivamente se trata de uma RAM, e desta forma, colaborar com o INFARMED na identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos do uso de medicamentos, uma vez comercializados, permitindo o seguimento das duas possíveis RAMs.²

As suspeitas de RAMs podem ser notificadas diretamente *online* ao Sistema Nacional de Farmacovigilância pelo profissional de saúde ou através do PORTAL RAM desenvolvido pelo INFARMED, por qualquer profissional de saúde e pelos utentes.

8.8. VALORMED e Recolha de Radiografias

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos com a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos com PV expirado, entregues pelos utentes na FC ou provenientes das devoluções das farmácias e distribuidores, gerados nas Farmácias

Hospitalares, bem como embalagens de medicamentos e produtos de uso veterinário provenientes das explorações agrícolas.³⁶

No âmbito do tratamento dos resíduos da FC, a FNA colabora na recolha de resíduos de medicamentos, tendo sempre disponível um contentor (Fig.1 - Anexo IV), assim como promovendo a sua recolha junto dos utentes. Cada vez mais se verifica um aumento das taxas de recolha, quer devido a campanhas de informação e sensibilização por parte da VALORMED quer pela participação ativa das farmácias junto dos utentes.

A FNA também efetua recolha de radiografias para reciclagem, cooperando com a AMI (Assistência Médica Internacional) na angariação de fundos para o trabalho de ajuda humanitária em países desfavorecidos. Apesar de se tratar de uma campanha realizada em períodos específicos, a FNA aceita e guarda as radiografias durante todo o ano e em momento oportuno coloca nos sacos próprios e envia para a Instituição.

9. Contabilidade e Gestão na Farmácia – Receituário e Faturação

O correto processamento do receituário e a faturação são fundamentais para a sustentabilidade e o bom funcionamento da Farmácia, dado que deles resultam os reembolsos monetários referentes às comparticipações. Após a sua faturação, as receitas são separadas por lotes, de acordo com o organismo de comparticipação, cada um constituído por 30 receitas para posteriormente serem conferidas de forma a perceber se houve erros na dispensa que possam acarretar prejuízo para a Farmácia ou consequências na saúde dos utentes. A verificação de receituário é feita tendo em conta a verificação de todos os dados da receita e da dispensa, nomeadamente: os dados do utente e do médico; o PV; a assinatura do médico prescriptor; a entidade responsável pela prescrição; os medicamentos dispensados de acordo com os prescritos; a ativação de exceções quando aplicável e a receita carimbada, assinada e datada pelo Farmacêutico. Quando se verifica alguma inconformidade, a receita deve ser corrigida pelo Farmacêutico e, se necessário, o utente deve ser contactado. Posteriormente, para cada lote é impresso o respetivo Verbete de Identificação do Lote, no qual existe a indicação do organismo e respetivo número de lote, o número de receitas, que só pode conter menos de 30 nos lotes remanescentes de cada organismo, o valor total dos PVP, o valor total pago pelos utentes e o valor a receber pelo respetivo organismo. No fim do mês, mais concretamente no fim do último dia de trabalho, procede-se à emissão do Resumo de Lotes discriminado e à fatura mensal.³⁷

No início do mês seguinte, um dos colaboradores da FNA entrega toda a documentação no CCF para análise e posterior pagamento do montante relativo à comparticipação, caso esteja tudo em conformidade. No entanto, quando são detetados erros ou não conformidades, as receitas são devolvidas à Farmácia junto com um documento que refere o motivo de devolução, tendo a mesma 60 dias para tentar corrigir e proceder à refaturação das receitas, enviando novamente para o CCF.

Durante o estágio explicaram-me todo o processo e fui tendo contacto com receitas já faturadas e fazendo “vendas fictícias”, como treino na seleção dos medicamentos, e também a verificação dos que foram dispensados assim como perceber para que foram prescritos e informações a fornecer aos utentes, o que se tornou bastante útil no momento de começar a atender os utentes ao balcão. Pude também acompanhar todo o processo de verificação de receituário e faturação.

10. Formação contínua durante o estágio

Dado que a Indústria Farmacêutica e Cosmética está em constante investigação e lançamento de novos produtos, é fundamental que o Farmacêutico acompanhe toda esta evolução e atualize os seus conhecimentos científicos e técnicos. A FNA privilegia a formação dos seus colaboradores, traduzindo-se posteriormente num melhor aconselhamento aos seus utentes. Como tal, eu pude assistir a algumas formações internas, nomeadamente as formações dos produtos das seguintes indústrias: Novartis[®], Zambon[®] e Boots Laboratories[®], assim como formações externas, nomeadamente: “Novas evidências comprovam efeitos a nível da saúde cardíaca” da Pharma Nord[®], “Atopia/corpo La Roche-Posay; Gama anti-manchas; Acne & Effaclar” da La Roche Posay[®]; “Infeção pelo Vírus Ebola” da Cooprofar[®] e “Acne, Anti-queda e Anti-envelhecimento”, “Couvance” e “Novidades” da Pierre Fabre[®].

Enquanto futura Farmacêutica, acho fundamental a participação ativa em formações para aumentar o meu conhecimento e estar preparada para os desafios do dia a dia em FC.

11. Cronograma das atividades realizadas na Farmácia Nova de Alfena

De forma a conciliar o meu estágio em FC com a mobilidade Erasmus que teve a duração de três meses, eu tive de interromper o meu estágio na FNA. Iniciei o estágio em janeiro, cumprindo um mês de trabalho, no qual me ambientei à Farmácia e iniciei algumas tarefas como a medição da PA, testes bioquímicos, verificação de encomendas, armazenamento dos medicamentos, conferência de PV, assim como a reformulação do Manual de Boas Práticas da FNA.

Quando regresssei em junho, readaptei-me ao trabalho na FNA e comecei a ter mais contacto com as prescrições médicas, sua verificação e validação. Para além disso, comecei também a acompanhar os colaboradores da FNA em casos de dispensa de medicamentos e IF, entre outras funções. A partir do 4º mês, eu já fazia atendimentos com a supervisão e ajuda do DT, e algum tempo depois, comecei a ser autónoma na realização da tarefa. No Quadro do Anexo V, encontra-se, de forma sucinta e detalhada, por semanas, o trabalho desenvolvido durante o período de estágio na FNA.

12. Conclusão

Após seis meses de estágio curricular na FNA, muitos foram os desafios ultrapassados, bem como a experiência e os conhecimentos adquiridos. Apesar do conhecimento científico adquirido durante a formação académica ser fundamental para o exercício da profissão enquanto Farmacêutica, o estágio em FC exige que apliquemos constantemente esse conhecimento nas situações do trabalho diário. Como tal, ao longo do tempo, fui tendo contacto com as diversas funções que o Farmacêutico exerce em FC com o imprescindível apoio de toda a equipa técnica da FNA, em especial o Dr. Avelino que me acompanhou e me ensinou como proceder face a muitas das situações que diariamente surgem na Farmácia e para as quais nós, estagiários, nem sempre estamos preparados. Estes momentos permitiram que eu refletisse e pesquisasse sobre diversos conteúdos e procedimentos, tendo como finalidade aperfeiçoar e melhorar a minha atividade enquanto Farmacêutica, querendo aprender sempre mais.

Para além da formação profissional que adquiri, também a nível pessoal foi uma experiência bastante gratificante e enriquecedora perceber a importância da relação Farmacêutico/Utente e o papel crucial que o Farmacêutico pode desempenhar junto dos utentes na resolução de vários problemas que estes possam ter e para os quais procuram ajuda na Farmácia.

Parte II – Caso de Estudo

Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico

No âmbito da prestação de serviços de excelência aos utentes, nomeadamente a nível de CF, a FNA decidiu implementar Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico (CSF) destinadas a utentes polimedicados, como forma de promover o uso racional dos medicamentos e evitar efeitos indesejáveis por parte dos mesmos.

Diariamente recorrem à FNA utentes idosos polimedicados que frequentemente pedem esclarecimento em relação à terapêutica, sendo muito usual haver confusão com os MG quando estes são de um laboratório diferente, uma vez que juntando estes medicamentos aos restantes, os utentes têm mais dificuldades em distingui-los. Uma das situações que eu pude presenciar ao balcão foi o caso de um Senhor que se dirigiu à Farmácia para pedir ajuda na seleção dos medicamentos que precisaria de adquirir com as prescrições, uma vez que para alguns tinha segundas embalagens. Como tal, o utente em questão levou para a farmácia todos os medicamentos que toma, dentro de um saco, e solicitou a nossa ajuda no sentido de perceber para que eram prescritos alguns deles, porque eram diferentes dos que estava a tomar. Existia esta dúvida pelo facto dos medicamentos serem MG do medicamento de marca que faz regularmente e por serem medicamentos de laboratórios diferentes. Simultaneamente, pediu também para analisarmos a validade das prescrições e adquirir só os medicamentos necessários. Juntamente com a Farmacêutica, ajudei a esclarecer as dúvidas, escrevendo em cada caixa a finalidade terapêutica e depois de algumas questões que colocámos ao utente, percebemos que ele estava a fazer um dos medicamentos com a posologia errada; estava a tomar dois comprimidos de Tansulosina em vez de um por dia. Como tal, esclarecemos que só deveria tomar um comprimido por dia e constatámos que este seria um caso evidente de um utente que teria muito a beneficiar com as CSF. Face a esta situação, propusemos o serviço (CSF), explicando em que consistia e o utente, de imediato, se mostrou interessado. De seguida, pedimos o seu contacto para agendar uma consulta. Para além deste caso, e principalmente enquanto procedia à realização de testes bioquímicos ou à medição da PA, constatava que muitos dos utentes eram polimedicados e frequentemente surgiam dúvidas relativamente à terapêutica. Dada a existência, de um número significativo de casos semelhantes aos referidos anteriormente, na FNA, considero ser fundamental o Farmacêutico estar atento a estas situações e intervir de forma responsável.

Para ir ao encontro das necessidades destes utentes, surgiu o projeto de CSF por iniciativa do DT que, desde início, solicitou a minha colaboração para o planeamento e execução do projeto, e para a seleção dos utentes. O projeto está em fase de implementação na FNA.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Envelhecimento da População e Polimedicação

O aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população levam ao aparecimento de diversas patologias relacionadas com a idade, bem como uma maior prevalência de patologias crónicas.^{38,39}

Também em Portugal se tem verificado um progressivo envelhecimento da população, resultado do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade, facto comprovado pelos dados do Instituto Nacional de Estatística que refere um aumento da percentagem de pessoas com mais de 65 anos, de 8 para 16% nos últimos 40 anos (entre 1961 e 2001) e prevê que em 2050 o valor suba para 32%.³⁸⁻⁴⁰

Se por um lado, a população vive até mais tarde, por outro lado, na maioria dos casos, a população idosa padece de determinadas patologias, nomeadamente, hipertensão arterial, doença cardíaca, cancro, Diabetes Mellitus, sinusite e osteoartrite. Associado a estas patologias surge o conceito de polimedicação.^{38,41,42} A Polimedicação pode ser definida como “a utilização de vários medicamentos, prescritos e/ou de automedicação, que podem causar reações adversas e/ou interações medicamentosas que aumentam consoante o número de medicamentos administrados.”³⁸ Apesar de não se aplicar só a idosos, a polimedicação é um assunto preocupante, particularmente nesta faixa etária, uma vez que nestes doentes, a função hepática, renal, cardíaca e vascular assim como a absorção estão frequentemente alteradas, o que faz com que a utilização de um único medicamento possa proporcionar o aparecimento de RAMs, sendo agravadas quando o medicamento é administrado simultaneamente com outros medicamentos.^{38,43} Consequentemente, em situações de polifarmacoterapia, independentemente da idade, surgem, muitas vezes, casos de duplicação de terapêutica, diminuição da qualidade de vida, custos financeiros desnecessários e o risco de interações entre os fármacos, havendo estudos que referem um aumento exponencial de interações com o aumento destes, estimando que a probabilidade seja de 6% para 2 fármacos, 50% para 5 e quase 100% para 8 ou mais.^{39,41,43} Outro aspeto relevante prende-se com o facto destes doentes, muitas das vezes, não aderirem à terapêutica por várias razões, nomeadamente: a quantidade diária de medicamentos a administrar, dificuldades económicas, a dificuldade na deglutição, a negação ou o medo da doença, a suspensão da terapêutica para ingestão de bebidas alcoólicas assim como o nível educacional do doente, que por não estar informado sobre a finalidade de cada medicamento, não cumpre a terapêutica.³⁸

Em Portugal existem estudos que evidenciam alguns destes problemas na população, nomeadamente: 89% dos doentes que tomam anti-hipertensores não são controlados, o grau de completude das prescrições varia entre 26% e 89%, havendo uma variação significativa

relativamente à informação contida nas receitas, para além disso, os utentes conhecem mal os seus medicamentos, podendo esta situação ter impactos negativos na sua saúde.⁴⁴

Apesar de serem necessários para tratar ou prevenir uma doença, retardar a progressão da mesma ou atenuar os seus sintomas, os medicamentos podem, em determinados casos, provocar efeitos adversos, toxicidade ou não se alcançar os objetivos terapêuticos pretendidos, causando problemas de segurança e/ou eficácia, levando, em casos mais graves, ao aumento da morbidade e da mortalidade e, conseqüentemente, dos gastos em saúde.^{42,45} Perante a evidência de morbi-mortalidade associada ao uso de medicamentos, torna-se necessário reduzir ou eliminar os danos causados pelo seu uso e baixar os custos associados.^{42,44}

O Farmacêutico é o profissional de saúde especialista do medicamento. Como tal, assume um papel privilegiado quer na indústria farmacêutica, estando presente na produção e distribuição dos medicamentos, quer na dispensa dos mesmos ao utente na Farmácia, onde tem a responsabilidade de assegurar um uso seguro, eficaz e racional do medicamento. O seu envolvimento com a terapêutica farmacológica vai desde o desenvolvimento de novas moléculas químicas, a sua formulação em medicamentos, os testes de controlo de qualidade, o marketing, a distribuição, a dispensa ao utente até à monitorização da terapêutica. O exercício da sua profissão pode estender-se desde a Farmácia Hospitalar à FC, passando pelas Indústrias de todo o tipo de produtos farmacêuticos.⁴⁶

De forma a minimizar a morbi-mortalidade associada ao uso dos medicamentos, otimizar a terapêutica e reduzir os custos da mesma, o Farmacêutico pode intervir ativamente através da prestação de qualidade de determinados serviços, como por exemplo: na Dispensação Clínica da Medicação, na Revisão da Terapêutica e na Reconciliação da Terapêutica.⁴⁴

Apesar de o Farmacêutico ser um elemento essencial na prestação destes serviços aos utentes, é fundamental a cooperação de outros profissionais de saúde que acompanham os doentes, nomeadamente, médicos e enfermeiros, entre outros.⁴⁷

1.2 Cuidados Farmacêuticos

No âmbito da prestação dos serviços mencionados no tópico anterior, surgiu o conceito de CF que nem sempre foi fácil de definir e, como tal, sofreu evolução ao longo dos anos.⁴⁸

Em 1980, os CF eram descritos por Brodie como a prática profissional que “inclui a determinação da necessidade dos medicamentos indispensáveis para uma situação individual e o fornecimento não só do medicamento mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois do tratamento), de modo a assegurar uma segurança ótima e a efetividade da terapêutica”. Dez anos mais tarde, em 1990, com a publicação do artigo “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, por Hepler e Strand, foi evidenciado que o envolvimento dos Farmacêuticos na avaliação dos resultados clínicos produzidos pelos medicamentos podia contribuir para a redução da morbi-mortalidade relacionada com os

mesmos, ficando definido que o seu principal objetivo seria auxiliar os doentes a obter o máximo benefício da sua medicação.^{45,49}

A necessidade de uma participação ativa por parte dos Farmacêuticos na avaliação dos resultados da utilização dos medicamentos e noutros aspetos dos cuidados de saúde foi salientada na segunda reunião da OMS sobre as funções do Farmacêutico no sistema de cuidados de saúde em 1993.^{45,49}

Para além disso, em 2001, no Comité de Ministros do Conselho da Europa foi também reforçada a importância da interação do Farmacêutico com o doente e com os outros profissionais de saúde.^{45,49}

Hoje em dia, o conceito de CF é muito abrangente, referindo-se à interação entre o Farmacêutico e o utente (pressupondo a cooperação com o médico e outros profissionais de saúde) e tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos utentes, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Fazem parte deste conceito a dispensa ativa, a farmacovigilância, a manipulação magistral, a educação para a saúde, a consulta de IF, o Seguimento Farmacoterapêutico (SF) e todo um conjunto de atividades direcionadas para cada doente em particular.⁴⁹

1.3 O Papel e as Competências do Farmacêutico

Segundo declarações da Organização Mundial de Saúde no que diz respeito ao papel dos farmacêuticos, este varia consoante o ambiente político de cada país e a busca pessoal de objetivos relativamente à gestão da terapêutica e dos CF.⁴⁶

O Farmacêutico, quer a nível hospitalar quer a nível de FC, detém uma posição privilegiada junto do doente em termos da redução da morbilidade relacionada com a terapêutica e otimização dos seus resultados através da identificação de PRMs, bem como da prevenção e resolução de RNMs.⁵⁰

Face às novas exigências que lhe são impostas, enquanto profissional de saúde especialista do medicamento, o Farmacêutico deve ter conhecimentos adequados e experiência em Farmacologia e Farmácia Clínica; deve também efetuar a dispensa de medicamentos de acordo com as necessidades dos utentes, fornecendo-lhes toda a informação necessária, estando atento à sua terapêutica e, paralelamente, ser capaz de desenvolver uma boa relação com os utentes e com os outros profissionais de saúde envolvidos em todo o processo de CF.^{48,51,52}

1.4 Seguimento Farmacoterapêutico

O Seguimento Farmacoterapêutico Personalizado pode ser definido como a prática profissional na qual o Farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades dos utentes relativamente aos medicamentos, implicando um compromisso que deve ser fornecido de forma continuada,

sistematizada e documentada, em colaboração com o utente e outros profissionais de saúde com a finalidade de se obter resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do utente.⁵³

É importante referir que este serviço não pretende invadir as competências dos outros profissionais de saúde. Aliás, a colaboração multidisciplinar é indispensável para promover a saúde de forma global e completa.⁵³ Contudo, perante uma morbi-mortalidade associada ao uso de medicamentos, a prevenção, deteção e resolução de PRMs, é da responsabilidade do Farmacêutico, quer por motivos legais quer por ética profissional.⁵³

Estes serviços pretendem obter a máxima eficácia dos tratamentos farmacológicos, minimizar os riscos associados ao uso dos medicamentos e, conseqüentemente, melhorar a segurança da farmacoterapia, contribuir para a racionalização do uso dos medicamentos e melhorar a qualidade de vida dos utentes.⁵³

Para a implementação do SF é fundamental que exista uma série de requisitos, nomeadamente: que o Farmacêutico assuma um compromisso com os resultados da farmacoterapia de cada utente, na medida em que assume a responsabilidade de usar todos os meios para que a terapêutica produza benefícios na saúde do utente; a garantia da continuidade do serviço, estando implicado, para além do compromisso do Farmacêutico referido anteriormente, que o utente esteja de acordo com ele; disponibilização de informação atualizada sobre o paciente e seu tratamento e o registo de toda a atividade, quer as intervenções realizadas quer os resultados obtidos.⁵³

De acordo com os objetivos e os requisitos pré-definidos, é importante também planear o acompanhamento da terapêutica do utente em conformidade com as seguintes premissas:⁵³

- Para cada atividade que faz parte do SF, deve-se trabalhar, tendo por base procedimentos padrão;
- O serviço deve ser oferecido ao utente de acordo com critérios de inclusão ou elementos de triagem, de forma a identificar os utentes que poderão beneficiar mais deste serviço, sempre na perspetiva da universalidade e equidade. Para se obter a cooperação do utente é necessário informá-lo de forma adequada sobre todos os procedimentos e obter o seu consentimento;
- De forma a detalhar todas as informações referentes à terapêutica do utente, é necessário registar a história farmacoterapêutica recolhida na entrevista inicial e fazer a manutenção adequada da informação posterior. Na história farmacoterapêutica deve constar todos os problemas de saúde do doente, incluindo os menores, os medicamentos administrados (com ou sem receita médica), bem como estilos de vida relevantes. É fundamental que seja cumprida a legislação referente à proteção de dados de natureza pessoal, registando todas as informações sob sigilo profissional.
- O SF pretende analisar a necessidade do utente no que diz respeito a medicamentos e avaliar a possível existência de PRMs. Para tal, é essencial o estudo da situação específica do paciente e de possíveis Intervenções Farmacêuticas (ITF).

- Quando são detetados PRMs, deve-se realizar a ITF de forma a prevenir e resolver os mesmos. Quando a intervenção é feita no sentido de alterar o tratamento prescrito pelo médico ou qualquer outro recomendado, deve-se estabelecer comunicação com ele, informando-o da possível opção. Contudo, a decisão tem de ser tomada tendo em conta o contexto da doença do utente.
- Deve-se dar sempre informação adequada ao utente sobre os problemas detetados e as soluções propostas, respeitando a sua autonomia de decisão.
- Todas as atividades devem ser devidamente registadas. O compromisso com os resultados de intervenção exige que seja feita uma avaliação rigorosa dos mesmos.⁵³

1.4.1 Avaliação

Para garantir o adequado funcionamento do SF e a sua melhoria gradual, torna-se necessário verificar a eficácia do trabalho realizado, baseando-se na avaliação do grau de cumprimento dos procedimentos previamente padronizados para o serviço. Esta pode ser efetuada através da análise do sistema de registos, da observação direta do desempenho e da entrevista com o paciente.⁵³

A avaliação das ações pode ser feita pelo Farmacêutico responsável ou por um avaliador externo e deve ser executada de acordo com os resultados em saúde, classificados de acordo com a sua relevância, sempre que possível, fazendo uma avaliação do impacto económico da atividade. Para além disso, uma vez que é pretendida uma prática integrada no sistema de saúde, é pertinente a avaliação deste serviço pelos outros profissionais de saúde envolvidos.⁵³

1.4.2 Problemas Relacionados com os Medicamentos

A publicação do Terceiro Consenso de Granada em 2007⁵⁴ distinguiu os conceitos de Resultados Negativos associados à Medicação (RNMs) e Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs). PRMs podem ser definidos como “aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”. Desta forma, PRM são então todas as situações que colocam o utente, enquanto utilizador de medicamentos, em maior risco de sofrer um RNM.^{45,55}

Segundo o modelo de Donadecian, baseado no conceito de Estrutura-Processo-Resultado, os PRMs podem ser considerados indicadores do resultado do processo de uso do medicamento e os RNMs como indicadores de morbi-mortalidade, ou seja, indicadores de efetividade e da segurança da terapêutica de cada doente. Desta forma, intervindo no sentido de resolução de PRMs, previne-se o aparecimento de RNMs. Relativamente aos PRMs mais comuns, pode-se destacar os seguintes: a administração errada do medicamento, as características pessoais, a conservação inadequada do medicamento, a contra-indicação, a duplicação, os erros na

dispensa/validação, os erros de prescrição, a não adesão à terapêutica, as interações, a probabilidade de efeitos adversos, o problema de saúde insuficientemente tratado assim como outros problemas de saúde que afetam o tratamento.⁴⁵

No que diz respeito ao processo de uso dos medicamentos, a terapêutica inicia-se pelo reconhecimento do problema de saúde do utente que pode ser efetuado pelo Médico (prescrição médica), pelo Farmacêutico (IF) ou pelo próprio utente (caso de automedicação). No momento da dispensa do medicamento, bem como na prestação do serviço de SF, o Farmacêutico procura identificar, prevenir e resolver PRMs encontrados.⁴⁵

Segundo a literatura da área, existem algumas diferenças no que se refere à classificação de PRMs, consoante os autores.

Em Portugal, o Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (GICUF-ULHT), propõe uma classificação de PRMs designada por “Classificação de PRM de Lisboa” (Fig.1 - Anexo VI), e uma sistemática (Fig.2 - Anexo VI), para identificar PRMs que pode ser usada durante a dispensa de medicamentos e pode ser também aplicada a processos de validação e revisão da terapêutica, tendo por base projetos desenvolvidos em ambiente farmacêutico clínico (FC, hospitais e lares).⁵³

Segundo esta classificação, os parâmetros farmacoterapêuticos avaliados pelo Farmacêutico para cada medicamento são quatro, resultando em quatro categorias de PRMs:⁵⁵

- a) **Necessidade do medicamento:** O medicamento deve ter as suas indicações aprovadas e o doente deve ter um problema de saúde manifestado ou risco de o ter.
- b) **Medicamento adequado:** Alguns medicamentos não podem ser usados por determinados doentes porque podem não fazer efeito desejado (ex: refratariedade farmacológica) ou porque podem manifestar problemas de segurança (reações adversas, alergias e contra-indicações).
- c) **Posologia adequada:** O medicamento para tratar determinado problema de saúde deve ser utilizado na posologia adequada, ou seja, na dose, na frequência, na duração e no momento correto. A dose pode estar em excesso ou ser insuficiente. Pode não ter efeito ou causar toxicidade.
- d) **Condições doente/sistema:** O doente/cuidador/enfermeiro deve saber e conseguir administrar o medicamento corretamente e de modo autónomo. Fatores como o incumprimento, a impossibilidade/dificuldade em administrar a medicação, a falta de recursos financeiros para adquirir o medicamento, o facto de o medicamento estar indisponível ou de não estar comercializado, incluem-se nesta categoria. (Ex: Um doente com artrite reumatoide pode não conseguir usar um aerossol que necessite de pressionar com o polegar; um doente com perturbações mentais pode correr o risco de intoxicação por uso abusivo de medicamentos).

Desta forma, o Farmacêutico, de forma a procurar e identificar PRMs, avalia cada medicamento de acordo com os parâmetros supracitados, efetuando as quatro perguntas descritas no fluxograma de modo sequencial (Fig.2 - Anexo VI). Quando, perante uma das perguntas, a resposta for NÃO, significa que se encontrou e identificou um PRM. Perante um NÃO como resposta, o processo de avaliação é interrompido na categoria que originou o PRM, não se prosseguindo com as restantes perguntas, uma vez que cada medicamento só pode ter um PRM por cada avaliação. Assim, para cada PRM identificado, pode-se criar uma intervenção farmacêutica se esta for a decisão clínica do Farmacêutico. Após a intervenção, torna-se necessário avaliar novamente a farmacoterapia, e assim sucessivamente, até se obter SIM como resposta às quatro perguntas e não houver nenhum PRM.⁵³

1.4.3 Resultados Negativos associados à Medicação

RNMs podem ser definidos como resultados na saúde do utente não adequados ao objetivo da terapêutica e associados ao uso ou falha no processo de utilização dos medicamentos. Desta forma, quando o doente está em risco de sofrer um problema de saúde associado ao uso do medicamento, normalmente devido a PRMs, estamos perante uma suspeita de RNM.^{45,56}

Os RNMs são classificados, segundo o Terceiro Consenso de Granada,⁵⁴ em seis categorias, agrupadas em três supra categorias como se pode verificar na (Fig.1 - Anexo VII), sendo estas relacionadas com a necessidade do medicamento por parte do doente, com a sua efetividade ou com a sua segurança.^{45,56}

Para a identificação de RNMs são também colocadas questões, e de acordo com a resposta obtida, podemos classificar o tipo de RNM em questão, como se pode ver na Fig.2 do Anexo VII.^{45,56}

Para compreender melhor estes conceitos, é pertinente referir que um medicamento é **Necessário** quando o utente apresenta um problema de saúde concreto, para o qual o medicamento foi prescrito (por um Médico) ou indicado (pelo Farmacêutico); o medicamento não é **Efetivo** quando os objetivos terapêuticos esperados não são atingidos, e fala-se de **Insegurança** quando o medicamento cria ou agrava um problema de saúde. Um RNM é considerado **quantitativo** quando depende da magnitude do efeito.^{45,56}

Tal como referido anteriormente em relação aos PRMs, é necessário identificar e solucionar os problemas de má utilização dos medicamentos através do SF, evitando, desta forma, o aparecimento de RNMs e contribuindo para a racionalização da terapêutica dos utentes.

1.4.4 Interações

Tal como tem vindo a ser referido no presente relatório, as interações existentes entre os medicamentos são um dos problemas associados aos casos de polimedicação. O

website “*Drugs.com*” pode ser usado como ferramenta de pesquisa, uma vez que fornece informações concisas sobre os medicamentos e possíveis interações entre eles, que devem ser posteriormente validadas através da análise do mecanismo de ação e/ou da farmacocinética de cada um.⁴¹

Segundo o referido *website*, as interações podem ser classificadas como *minor*, *moderada* e *major*. Interação *minor* é uma interação com significado clínico mínimo, devendo-se minimizar os riscos associados a este tipo de interação, considerando a troca por um fármaco alternativo, tentar diminuir os fatores de risco que potenciam a interação e estabelecer um plano de monitorização da terapêutica. *Interação moderada* é uma interação com algum significado clínico, perante a qual se recomenda tentar evitar a combinação dos dois fármacos envolvidos na interação ou então, caso estes sejam mesmo necessários, utilizá-los apenas sob circunstâncias especiais. Por último, uma *interação major* tem um significado clínico elevado, que faz com que se deva evitar o uso concomitante dos dois fármacos envolvidos na interação, sendo que, na maior parte das vezes, o risco acaba por ultrapassar o benefício.⁴¹

1.5 Problemas Relacionados com os Medicamentos resultantes de Hospitalizações

Uma outra fonte relevante de PRMs referenciada em estudos, que merece especial atenção por parte do Farmacêutico Comunitário, diz respeito às falhas de comunicação sobre as informações da terapêutica do utente quando o mesmo é hospitalizado, transferido de serviço ou então volta a ser acompanhado em serviços de prestação de cuidados de saúde primários.⁵⁷⁻⁵⁹

Pacientes com mais mudanças no seu regime terapêutico, quer por medicamentos adicionados, descontinuados ou mudanças na dosagem, são mais suscetíveis de desenvolver PRMs e consequentes RNMs, nomeadamente a nível de interações e de duplicações da terapêutica.^{57,60}

Alguns estudos efetuados sobre métodos para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde nos casos supracitados concluem que, fornecendo informação escrita ao Farmacêutico Comunitário sobre os medicamentos prescritos, tem efeitos benéficos consideráveis para a saúde do utente.⁵⁷

Desta forma, torna-se cada vez mais importante o envolvimento da Farmacêutico no seguimento da terapêutica dos utentes.^{57,59,60}

1.6 Método de Dáder

O Método de Dáder foi desenvolvido nos anos 90 pelo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada e é usado como ferramenta de trabalho de muitos Farmacêuticos Comunitários e Hospitalares no âmbito do SF. Este método auxilia o Farmacêutico na aplicação dos seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos,

tendo como principal objetivo alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos utentes através da resolução de RNMs.⁴⁵

O Método de SF pressupõe um procedimento concreto, no qual se elabora um estado de situação objetivo relativo ao estado de saúde do utente e perante o qual derivam as ITFs adequadas. As mesmas podem ser levadas a cabo pelo Farmacêutico em conjunto com o utente, e o seu médico, quando necessário, que decidem a ação a tomar em função dos seus conhecimentos e das condições particulares de cada caso.⁴⁵

As fases do procedimento do SF do Método de Dáder são descritas no Anexo VIII.⁴⁵

2 Objetivos

Com as CSF, a FNA pretende acompanhar, de forma particular e personalizada, a terapêutica de utentes polimedicados, tentando obter a máxima eficácia dos tratamentos farmacológicos e minimizar os riscos associados ao uso dos medicamentos. Tem como principal objetivo, melhorar a qualidade de vida dos utentes através da racionalização do uso dos medicamentos. Mais concretamente, perante a farmacoterapia, pretende avaliar se os medicamentos são necessários, seguros e eficazes, se não existem duplicações, interações entre eles e se há adesão à terapêutica, intervindo de forma adequada, sempre que pertinente.

3 Métodos

Para implementar o serviço de CSF na FNA, houve todo um conjunto de reuniões, no que diz respeito a assuntos regulamentares internos e também de planeamento do serviço (eu e o DT). Relativamente ao planeamento do serviço, foram definidos os critérios de seleção de utentes, os objetivos a atingir com as CSF (já mencionados), o método para a elaboração de todo o procedimento e elaborados os documentos de apoio.

3.1 Critérios de seleção

O critério de seleção dos utentes para esta primeira fase de implementação é: existir uma amostra de 10 utentes polimedicados com mais de 7 medicamentos.

3.2 Método para a elaboração das Consultas de Seguimento

Farmacoterapêutico

O planeamento das CSF da FNA foi feito segundo o Método de Dáder (que pode ser consultado em pormenor no Anexo VIII).

Quando se identifica um utente que cumpra os requisitos pré-estabelecidos, é feita a **Oferta do Serviço**, explicando em que consiste e agenda-se uma data para a primeira visita. Simultaneamente, solicita-se a apresentação de todos os medicamentos que tem em casa para uso próprio (MSRM e MNSRM), até mesmo os que toma em SOS e os que já tomou, bem como chás e suplementos. Pedimos também que traga alguns exames médicos que relatem problemas de saúde relevantes e as últimas análises sanguíneas.

Na **primeira visita** pretende-se recolher informação sobre todos os medicamentos que o utente toma, os problemas de saúde que refere, os hábitos alimentares, os estilos de vida e também informação pessoal e familiar relevante. A entrevista está estruturada em três etapas: a) preocupações de saúde; b) saco dos medicamentos; c) revisão. Na primeira etapa pede-se ao utente que fale dos problemas de saúde que o preocupam, não devendo ser interrompido. Na etapa do saco dos medicamentos, o Farmacêutico tira os medicamentos do saco, um a um, e avalia o conhecimento que o utente tem sobre cada medicamento, assim como a adesão à terapêutica, fazendo para cada medicamento as perguntas mencionadas na Tabela 1 do Anexo VIII. Considera-se que o utente conhece Bem (B) um medicamento, quando respeita sempre as precauções com a toma; Regular (R) quando nem sempre respeita; e conhece Mal (M) quando não respeita as precauções com a toma. Relativamente à avaliação da adesão da terapêutica, considera-se que cumpre Bem (B) quando toma sempre o medicamento; cumpre Regular (R) quando algumas vezes não o toma e cumpre Mal (M) quando frequentemente não o toma. Na última etapa desta primeira entrevista, faz-se a Revisão de toda a informação para garantir que não se esqueceu de nada e obter informação sobre outros medicamentos ou problemas de saúde que o utente não tenha referido pelos mais diversos motivos. Nesta parte da entrevista, pode-se também interrogar o doente sobre hábitos alimentares e sociais, proceder à medição da PA, determinação de parâmetros bioquímicos e/ou avaliação dos valores que constam no cartão do utente onde há o registo destes parâmetros e análise dos exames que trouxe.

A próxima fase é denominada **Estado de Situação**, na qual deve-se dispor resumidamente da informação mais relevante obtida na primeira entrevista de forma a facilitar o estudo dos medicamentos face aos problemas de saúde do utente. São também anotados nesta fase os novos medicamentos e os novos problemas de saúde que surjam em visitas posteriores para fazer um novo estudo e uma nova avaliação.

Segue-se a **Fase de Estudo**, na qual se estuda todos os medicamentos que o doente faz, procurando uma possível relação com os seus problemas de saúde, assim como a informação

necessária sobre cada um desses problemas. Esta fase tem de ser repetida de forma completa sempre que houver alteração de dose, de medicamento ou surgir um novo problema de saúde.

Posteriormente, na **Fase de Avaliação**, procura-se e identifica-se as suspeitas de PRMs e RNMs. As interações entre os medicamentos devem ser avaliadas de forma cuidada. Para tal, o *website “Drugs.com”* é usado como ferramenta de pesquisa.

Desta forma, deve-se definir o **Plano de Atuação**, no qual se priorizam e se decidem as atuações para resolver os PRMs e RNMs identificados e elabora-se a estratégia para a monitorização do doente.

De seguida, na **ITF**, comunica-se ao doente os problemas encontrados e a proposta de resolução, tentando resolvê-los mutuamente. Na próxima visita pretende-se avaliar a resolução ou não do problema - **Fase de Resolução da ITF**. A ITF pode ser realizada sob a forma Farmacêutico-Doente quando o problema detetado se deve ao uso do medicamento por parte do utente ou sob a forma Farmacêutico-Doente-Médico, quando a estratégia definida pelo Médico não atinge os efeitos esperados ou se trata de um problema de saúde que necessite de um diagnóstico médico.

O resultado da Intervenção dá lugar a um **Novo Estado de Situação** do doente cujo objetivo é recolher as alterações existentes desde a ITF relativas aos problemas de saúde e medicamentos.

Por fim, é importante referir que, com as **Entrevistas Sucessivas** se resolve os RNMs pendentes segundo o plano de atuação acordado e se previne o aparecimento de novos RNMs.

3.3 Documentos de apoio

De forma a registar toda a história farmacoterapêutica dos utentes, as ITFs e os seus resultados, bem como a monitorização de valores de PA e testes bioquímicos, foi criado um documento modelo para cada utente que usufrua deste serviço na FNA e que ficará arquivado na mesma. (Documento 1 - Anexo IX).

Foi também criado um documento designado por Plano Farmacológico que se destina a fornecer ao utente e/ou ao seu cuidador informação sobre todos os medicamentos que toma, a sua finalidade terapêutica, a posologia e instruções especiais. Neste documento consta o contacto da FNA e do DT e há também a possibilidade de registar informações sobre alergias/reações a medicamentos e alimentos e outras observações. O doente pode levar o documento para casa, podendo consultá-lo sempre que tenha alguma dúvida sobre a posologia ou a indicação terapêutica dos medicamentos e principalmente, para que, no caso de incapacidade, o seu cuidador possa estar informado sobre toda a terapêutica e proceda a uma correta administração dos medicamentos. Cada vez que haja alguma alteração ou a introdução de novos medicamentos, o documento é redigido e fornecido ao utente. (Fig.1 - Anexo IX).

Para além deste plano, criámos também um cartão para o utente trazer na carteira. Neste cartão há a referência aos seus dados pessoais, à sua história clínica/patológica, havendo também

observações essenciais e uma listagem dos fármacos, da dosagem e da posologia que o utente faz. Com este cartão pretendemos colmatar erros que surgem por desconhecimento da terapêutica por parte do utente (problema descrito em artigos e referido anteriormente) quando este é hospitalizado. Em vez de levar todas as “caixas de medicamentos” aquando um episódio de urgência, de forma cómoda e validada pelo DT, o cartão evita que sejam prescritos medicamentos que o doente já tome, tentando evitar assim duplicações, erros de dosagem e possíveis interações. Este cartão é também redigido e entregue ao utente atualizado cada vez que haja alteração ou introdução de novos medicamentos (Fig.2 - Anexo IX).

Uma vez que a medição da PA e a determinação dos valores relativos ao colesterol total e triglicéridos são dos serviços mais solicitados por parte dos utentes, e já que há sempre muitas questões sobre os valores de referência e como melhorar os valores obtidos, decidi, com a aprovação do DT, elaborar *flyers* informativos alusivos à Hipertensão arterial e à Dislipidemia que podem ser consultados no Anexo X e XI, respetivamente.

Os *flyers* foram realizados para disponibilizar a todos os utentes em geral, incluindo os que beneficiam das CSF. Pela experiência que tive ao longo do estágio, considero que, cada vez mais se deve apostar no fornecimento de informação aos utentes, de forma clara e objetiva, sobre determinada Patologia, a importância da adesão à terapêutica assim como as medidas não farmacológicas que se devem adotar antes de iniciar a farmacoterapia, quando aplicável. Para tal, penso que através do fornecimento de *flyers* se pode atuar junto da população, no sentido de diminuir riscos associados à Hipertensão arterial e à Dislipidemia e também atuar na prevenção das mesmas, não dispensando o esclarecimento adicional de dúvidas que possam surgir.

3.4 Avaliação

Todo o planeamento das CSF, bem como os documentos de apoio, foram avaliados e validados por um Farmacêutico externo à FNA, que dirigiu a primeira entrevista e esteve presente em algumas das reuniões de implementação do serviço, de acordo com o recomendado pela literatura da área.

4 Resultados/Discussão

Nesta fase de implementação, e até ao momento de elaboração do presente relatório, foram efetuadas CSF a uma utente. Pretende-se continuar com a análise de mais utentes, nomeadamente o utente mencionado na Introdução da Parte II deste relatório.

A utente em análise, num dos dias em que foi medir a PA à FNA, comentou comigo alguns problemas pessoais que a estavam a perturbar, e como consequência, verificou-se uma subida ligeira da PA. Quando a questioneei sobre a adesão à terapêutica do medicamento para a PA,

respondeu “que nunca falha, e que toma muitos medicamentos e sempre direitinho” (palavras da utente). Perante isto, e após constatar que eram mais de 7 medicamentos, expliquei e ofereci o serviço de CSF da FNA, ao qual a utente respondeu muito prontamente que estaria disponível e bastante interessada. Após ter falado com o Dr. Avelino, eu contactei a utente para agendar a CSF e pedi que trouxesse todos os medicamentos que faz (MSRM e MNSRM), os que toma em SOS ou que já tomou, os suplementos e chás e também exames médicos que achasse relevante, bem como as últimas análises sanguíneas.

A utente (Sra. RM) é do sexo feminino, tem 74 anos, é casada, tem três filhos, tem uma vida ativa (trabalha em casa e num pequeno quintal), tem cuidado com a alimentação (referindo que tem bastante cuidado com a quantidade de sal nos alimentos, sobretudo quando confeciona as refeições), não fuma e nega ingerir bebidas alcoólicas.

Na primeira entrevista, a utente começou por relatar um pouco da sua história pessoal e falar dos problemas de saúde que a preocupam mais: “muita ansiedade”, depressão, dores de coluna, parastesia na perna esquerda e falta de sensibilidade no pé e dedos que pioram à noite (o médico diz ser consequência de artroses existentes na coluna) e problemas de incontinência urinária que têm melhorado com a toma do cloreto de tróspio.

Na *etapa do saco dos medicamentos*, os fármacos foram retirados do saco e analisados individualmente. Paralelamente, nós questionámos a Sra. RM em relação às 10 perguntas fechadas mencionadas na Tabela 1 do Anexo VIII. (consultar tabela com a terapêutica da utente e a respetiva avaliação sobre o seu conhecimentos dos medicamentos e a adesão à terapêutica, tabela 1 do anexo XII). Nós também verificámos que cada medicamento tinha PV suficiente.

Posteriormente, foi feita a revisão de toda a informação, avaliada a PA, vistos os exames que a utente trouxe e efetuadas algumas questões. De salientar: o ECG e a função hepática estavam normais, nefropatia tratada com Ovestin®, prótese na anca direita, usa aparelho auditivo e óculos, há história de Diabetes Mellitus na família direta, não toma café e consome chá de limonete para “estômago e má disposição”. A PA está controlada (Tensão Arterial Sistólica/Tensão Arterial Diastólica: 120/70 mmHg e 112/71 mmHg, respetivamente), assim como os valores de colesterol total (180 mg/dL) e glicemia em jejum (95 mg/dL); pesa aproximadamente 80 Kg e mede 1,65 m. Tem um IMC de 29,38 Kg/m², estando a utente com peso acima do peso ideal (excesso de peso).

Após esta primeira visita da utente, procedemos ao estudo e respetiva avaliação dos dados recolhidos e também preenchemos o documento de registo das CSF da FNA.

Relativamente à avaliação do conhecimento que a utente tem da sua terapêutica, foi classificada com B (conhece Bem), uma vez que para cada medicamento, a utente respondeu sim às perguntas da Tabela 1 do Anexo VIII, verificando-se que respeita sempre as precauções com a respetiva toma. Quanto à avaliação da adesão à terapêutica, a utente referiu que toma sempre os

medicamentos e por esta razão, e pelo facto de ter respondido afirmativamente às questões já mencionadas, foi também classificada com B (cumpre Bem).

As indicações terapêuticas e a posologia que a utente mencionou para cada fármaco foram analisadas, tendo-se verificado que estão de acordo com a informação disponível no RCM de cada um dos medicamentos.⁶⁹⁻⁷⁹

Não foram encontrados PRMs na terapêutica da utente, uma vez que se verificou que cada medicamento é necessário, está adequado, a sua posologia é adequada e a utente tem condições e percebe a necessidade da toma dos fármacos.

Relativamente aos possíveis RNMs existentes, e após uma análise cuidada das interações encontradas entre os medicamentos da terapêutica da utente⁸⁰ (consultar Tabela 2 do Anexo XII), considerámos não existirem RNMs por não haver evidência de que os fármacos são inefetivos e inseguros e também por serem necessários. Foi também analisado se o chá de limonete que a utente toma esporadicamente, interfere com a terapêutica, não tendo sido encontradas nenhuma interações para o referido chá.⁸¹

Contudo, na nossa opinião, apesar das interações medicamentosas não constituírem RNMs, determinados aspetos têm de ser monitorizados e foi a partir desses aspetos que elaborámos o nosso Plano de Atuação Farmacêutica.

Na fase de ITF, foi explicado à utente a existência de algumas interações entre os medicamentos que toma, foi referido que deve estar atenta a alguns sintomas que possam surgir, devendo ter algumas precauções com a toma de dois fármacos. Simultaneamente, alertámos para a importância de avaliações regulares da PA e informámos que iríamos comunicar com o Médico de Família para incluir alguns valores no próximo pedido de análises sanguíneas. As informações relativas aos sintomas para os quais a utente deve estar em alerta foram fornecidas por escrito, salientando-se que, devido ao facto de esta fazer a terapêutica já há algum tempo, a possibilidade dos sintomas ocorrerem é baixa. Os principais sintomas referidos foram: dor muscular inexplicável; sensibilidade ou fraqueza, principalmente se forem acompanhadas de mal-estar ou febre; palpitações; espasmos musculares; tremores ou convulsões; náuseas e vómitos (sem causa aparente); letargia; irritabilidade; dificuldade de concentração; perda de memória e confusão. Quanto às precauções com a toma dos medicamentos, nós referimos por escrito o seguinte: “os alimentos diminuem o efeito do cloreto de tróspio, e como tal, deve ser tomado pelo menos uma hora antes das refeições com o estômago vazio; o efeito do ácido ibandrónico também é afetado pelos alimentos, devendo ser tomado com o estômago vazio (após um jejum de 6 horas) com um copo de 180 a 240 mL de água e não deve ingerir bebidas nem alimentos pelo menos nos 30 minutos seguintes.⁷² No dia da toma do ácido ibandrónico, o Calcitab D® deve ser tomado pelo menos 30 minutos depois”. Nesta segunda consulta, a utente fez-se acompanhar pelo filho, a quem explicámos todo o fundamento das CSF e os documentos

que fornecemos (Plano Farmacológico e o Cartão de Identificação Farmacológico) devidamente preenchidos.

Foi elaborada uma carta ao Médico de Família, expondo de forma resumida, a informação recolhida e analisada na CSF, o parecer do Farmacêutico face às interações existentes, nomeadamente a sugestão de serem pedidas análises sanguíneas à creatina quinase e aos níveis séricos de magnésio, sódio e cálcio.

Dado que as CSF estão ainda em fase experimental de implementação, a comunicação ao Médico ainda está a aguardar aprovação do Farmacêutico externo à FNA responsável pela avaliação e que nos tem orientado em determinados aspetos.

5 Conclusão

Uma vez que para a implementação de um serviço como as CSF na Farmácia tem de se obedecer a um conjunto de requisitos do foro regulamentar e ter um planeamento prévio bem estruturado, durante o tempo de estágio só foi exequível o acompanhamento desta utente. Por estar ainda em fase experimental, poderão existir determinados aspetos que possam ter de ser revistos e melhorados, quando justificável.

Relativamente à opinião da utente sobre a prestação do serviço, foi bastante positiva, tendo-nos agradecido inclusive todas as dúvidas que esclarecemos e referiu que passou a confiar mais nos medicamentos que toma e a valorizar os cuidados especiais que tem de ter aquando da toma de alguns deles, assim como se mostrou disponível e interessada em continuar a usufruir das CSF, sempre que justificável. O filho da Sra. RM, enquanto possível futuro cuidador, também salientou a importância que poderá vir a ter os documentos que fornecemos à utente, sobretudo em situações de urgência hospitalar e até como guia orientador para o auxiliar na prestação de cuidados, se necessário.

Eu, pessoalmente, considero que a prestação deste serviço tem ganhos na saúde da utente em questão, assim como certamente virá a contribuir para a racionalização da terapêutica de muitos outros utentes polimedicados que recorram ao mesmo serviço. Pretendo ainda referir que, para mim, torna-se bastante gratificante, poder usufruir dos conhecimentos e competências que adquiri enquanto Farmacêutica estagiária, e aplicar junto do utente, de forma a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- ¹ Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF). 3ª Edição, 2009
- ² Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto – Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, série I, n.º 168, 31 de Agosto de 2007.
- ³ INFARMED: Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de Novembro. Diário da República, 2.ª série, n.º 247.
- ⁴ Ministério da Saúde: Deliberação N.º 1500/2004, de 7 de Dezembro – Lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados. Diário da República, II.ª Série, n.º 303, 29 de Dezembro de 2004.
- ⁵ Ministério da Saúde: Portaria n.º 277/2012, de 12 de Setembro – Horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina. Diário da República. série I, n.º 177, 12 de Setembro de 2012.
- ⁶ Netfarma: A Gestão de stocks em Farmácia Comunitária. Acessível em: http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=8436&Itemid=50. [acedido em 17 de Outubro de 2014].
- ⁷ Ministério da Saúde: Lei n.º 25/2011, de 16 de Junho – Obrigatoriedade de indicação do preço de venda ao público na rotulagem dos medicamentos. Diário da República, 1.ª série, n.º 115, 16 de Junho de 2011.
- ⁸ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto – Estatuto do Medicamento. Diário da República, 1.ª série, n.º 167
- ⁹ INFARMED: Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto, Estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias.
- ¹⁰ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril – Prescrição e preparação de medicamentos manipulados. Diário da República, 1.ª Série-A, n.º 95.
- ¹¹ Ministério da Saúde: Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho – Boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, Série I-B, n.º 129.
- ¹² Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de Julho. Diário da República, 1.ª série, n.º 145.
- ¹³ Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 94/95, de 9 de maio – Regime jurídico da introdução no mercado, fabrico, comercialização, rotulagem e publicidade dos produtos farmacêuticos homeopáticos para uso humano. Diário da República, Série I-A, n.º 107.
- ¹⁴ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro – Regime jurídico aplicável aos produtos cosméticos e de higiene corporal. Diário da República, 1.ª série, n.º 185, 24 de Setembro de 2008

¹⁵ Legislação e Regulamentação Nacional sobre Alimentação e Segurança Alimentar: Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho, Artigo 3.º. Acessível em: http://www.segurancaalimentar.com/leg_desc1.php?id=902 [acedido em 15 de Outubro de 2014].

¹⁶ Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho – Regime geral aplicável aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial. Diário da República, 1.ª Série, n.º 118.

¹⁷ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho – Regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade de dispositivos médicos e respetivos acessórios. Diário da República, 1.ª série, n.º 115, 17 de Junho de 2009

¹⁸ Ministério da Economia e da Inovação: Decreto-Lei n.º 10/2007, de 18 de janeiro – Limitação da colocação no mercado e da utilização de algumas substâncias e preparações perigosas. Diário da República, 1.ª série, n.º 13.

¹⁹ Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 94/95, de 9 de maio – Regime jurídico da introdução no mercado, fabrico, comercialização, rotulagem e publicidade dos produtos farmacêuticos homeopáticos para uso humano. Diário da República, Série I-A, n.º 107.

²⁰ Ministério da Saúde: Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio – Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos de uso humano e as condições de dispensa dos mesmos, bem como definição da obrigação de prestar informação aos utentes. Diário da República, 1.ª série, n.º 92, 11 de maio de 2012.

²¹ Ministério da Saúde: Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio - Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos. Diário da República, 1.ª série, n.º 96, 18 de Maio de 2011.

²² INFARMED: Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde (03/02/2014). Versão 3.0.

²³ Diário da República Electrónico: Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.

²⁴ Diário da República Electrónico: Decreto-Lei n.º 22/2014, de 28 de Abril.

²⁵ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio – Regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, 1.ª série, n.º 93, 13 de Maio de 2010.

²⁶ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro – Adoção de medidas mais justas no acesso aos medicamentos. Diário da República, 1.ª série, n.º 192, 1 de Outubro de 2010.

²⁷ Ministério da Saúde: Portaria n.º 45/2014, de 21 de Fevereiro – Escalões de participação. Diário da República, 1.ª série, n.º 37, 21 de Fevereiro de 2014

²⁸ Ministério da Saúde: Despacho n.º 18694/2010, 18 de Novembro – Lista de manipulados com direito a participação. Diário da República, 2.ª série, n.º 242, 16 de Dezembro de 2010.

²⁹ INFARMED: Medicamentos Genéricos. Acessível em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_MEDICAMENTOS_GENERICOS/#P4 [acedido em 3 de Outubro de 2014].

- ³⁰ Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro – Regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Diário da República, série I-A, n.º 18, 22 de Janeiro de 1993.
- ³¹ Ministério da Saúde: Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro –Regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93,de 22 de Janeiro. Diário da República. 1.ª Série, n.º 197.
- ³² Diário da República - I SÉRIE-B, N.º 153 - 1 de Julho de 2004. Ministérios da Economia e da Saúde. Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho. 4016 - 4017.
- ³³ Ministério da Saúde: Portaria n.º 364/2010, de 23 de Junho – Regime de preços e comparticipações dos reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes. Diário da República, 1.ª série, n.º 120, 23 de Junho de 2010.
- ³⁴ Ministério da Saúde: Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro – Serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República, 1.ª série, n.º 211, 2 de Novembro de 2007.
- ³⁵ Combur-Test: Tiras de teste. Acessível em: <http://www. Roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/products/near-patient-testing/combur/> [acedido em 5 de Outubro de 2014].
- ³⁶ VALORMED: Os medicamentos fora de uso também têm remédio. Acessível em: <http://www.valormed.pt/> [acedido em 10 de Outubro de 2014].
- ³⁷ INFARMED: Portaria n.º 193/2011, de 13 de Maio. Diário da República, 1.ª série, n.º 93.
- ³⁸ Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 27: 176-182.
- ³⁹ Santos M, Almeida A (2010). Polimedicação no Idoso. *Revista de Enfermagem Referência*; 2: 149-162.
- ⁴⁰ Ferreira NML, Rodrigues VMCP (2012). Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas de internamento nas unidades de longa duração e manutenção. *Revista de Enfermagem Referência*; 6: 17-24
- ⁴¹ Castel-Branco MM, Santos AT, Carvalho RM, Caramona MM, Santiago LM, Fernandes-Llimos F, *et all* (2014). As bases farmacológicas dos cuidados farmacêuticos: o caso dos AINES. *Acta Farmacêutica Portuguesa*; 2: 19-27.
- ⁴² Fernandez-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez FM (2005). Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico*; 3(4): 167-188.
- ⁴³ Uema, Sonia, Armando P, Solá N (2001) Propuesta de cambio para la dispensación de Medicamentos en la Farmacia Comunitaria. *Medicamentos Y Salud*; 4: N°1, 2 y 3.

- ⁴⁴ Iglésias-Ferreira P (2013). Consulta Farmacêutica de Revisão da Medicação. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*; 106: 3-4.
- ⁴⁵ Santos HM, Iglésias-Ferreira P, Ribeiro PL, Cunha I (2007). Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico. *Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona*; 1º Edição: 1-37.
- ⁴⁶ Anderson S (2002). Profile of the Professions: The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. *Journal of Interprofessional Care*; 16: 391-404.
- ⁴⁷ Hepler CD (2004). Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy*; 24: 1491-1498.
- [48] Franklin BD (2005). Defining Clinical pharmacy and pharmaceutical care. *Pharmacy World & Science*; 27: 137.
- ⁴⁹ Iglésias P, Santos H (2008). Seguimento Farmacoterapêutico. *Boletim do Centro de Informação do medicamento, Revista da Ordem dos Farmacêuticos*; 84: 1-2.
- ⁵⁰ Planas LG, Kimberlin CL, Segal R, Brushwood DB, Hepler CD, Schlenker BR (2005). A pharmacist model of perceived responsibility of drug therapy outcomes. *Social Science & Medicine*; 60: 2393-2403.
- ⁵¹ Hepler CD, Strand LM (1999). Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Pharmaceutical Care España*; 1: 35-47.
- ⁵² Holland RW, Nimmo CM (1999). Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; 56: 1758-1764.
- ⁵³ Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Consenso Sobre Atención Farmacéutica. Acessível em: <http://www.sefh.es/consenso/consenso.pdf> [acedido em 25 de Outubro de 2014]
- ⁵⁴ Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, Grupo de Investigación en Farmacología Universidad de Granada, Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, (2007). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*; 48: 5-17.
- ⁵⁵ Iglésias-Ferreira P, Santos HJ (2009). Manual de Dispensação Farmacêutica. *Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona*; 2º Edição: 1-11.
- ⁵⁶ Fernandez-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez FM (2004). Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguimento Farmacoterapêutico*; 2(3): 195-205.
- ⁵⁷ Paulino EI, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H (2004). Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. *Pharmacy World & Science*; 26: 353-360.
- ⁵⁸ ASHP: ASHP Statement on Pharmaceutical Care. Acessível em: <http://www.ashp.org/doclibrary/bestpractices/orgstpharmacare.aspx> [acedido em 20 de Outubro de 2014]

- ⁵⁹ Netto ASM, Melo FB, Silva WB (2005). Frequência de problemas relacionados com medicamentos em pacientes que procuram o serviço de urgência de um hospital regional. *Seguimento Farmacoterapêutico*; 3(4): 213-224.
- ⁶⁰ Rocha KB, Vieira NC, Calleja MA, Faus MJ (2003). Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapêutico. . *Seguimento Farmacoterapêutico*; 1(2): 49-57.
- ⁶¹ Direção Geral da Saúde: Circular Normativa. Acessível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006254.pdf>
[acedido em 3 de Outubro de 2014]
- ⁶² Fundação Portuguesa de Cardiologia: Boa Pressão Arterial. Acessível em: <http://www.fpcardiologia.pt/pela-sua-saude-cuide-de-si/boa-pressao-arterial/>
[acedido em 3 de Outubro de 2014]
- ⁶³ Portal da Saúde: Hipertensão Arterial. Acessível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>
[acedido em 3 de Outubro de 2014]
- ⁶⁴ Instituição Nacional de Cardiologia Preventiva – Professor Fernando de Pádua: Hipertensão Arterial. Acessível em: <http://www.incp.pt/conselhos/sobre-a-hipertensao-arterial>
[acedido em 3 de Outubro de 2014]
- ⁶⁵ Direção Geral da Saúde. Acessível em: <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>
[acedido em 4 de Outubro de 2014]
- ⁶⁶ Fundação Portuguesa de Cardiologia: Dislipidemia. Acessível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>
[acedido em 4 de Outubro de 2014]
- ⁶⁷ Portal da Saúde: O exercício previne a doença cardiovascular?. Acessível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/harvard/Cora%C3%A7%C3%A3o/exercicio+cardiovascular.htm>
[acedido em 4 de Outubro de 2014]
- ⁶⁸ Instituição Nacional de Cardiologia Preventiva – Professor Fernando de Pádua: Colesterol. Acessível em: <http://www.incp.pt/conselhos/sobre-o-colesterol>
[acedido em 4 de Outubro de 2014]
- ⁶⁹ INFARMED: RCM – Pantoprazol, 20 mg. Acessível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=44908&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]
- ⁷⁰ INFARMED: RCM – Fludex® LP, 10 mg. Acessível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3534&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]
- ⁷¹ INFARMED: RCM – Paroxetina, 20 mg. Acessível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=34720&tipo_doc=rcm

[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷² INFARMED: RCM – Cloreto de tróspio, 20 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=48519&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷³ INFARMED: RCM – Glucosamina, 1500 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46242&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷⁴ INFARMED: RCM – Sinvastatina, 40 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30934&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷⁵ INFARMED: RCM – Calcitab D®. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=43380&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷⁶ INFARMED: RCM - Daflon 500®, 500 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2302&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷⁷ INFARMED: RCM - Ácido Ibandrónico, 150 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=53458&tipo_doc=rcm
[acedido em 27 de Outubro de 2014]

⁷⁸ INFARMED: RCM - Dafalgan®, 1000 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32365&tipo_doc=rcm
[acedido em 30 de Outubro de 2014]

⁷⁹ INFARMED: RCM - Ovestin®, 1 mg. Acessível em:
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6551&tipo_doc=rcm
[acedido em 30 de Outubro de 2014]

⁸⁰ Drugs.com: Drug Interaction report. Acessível em: [http://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1182-0,1308-0,1327-0,1790-0,1800-0,2067-0,2264-0,2917-13737,11-2960,1661-6000&types\[\]=major&types\[\]=minor&types\[\]=moderate&types\[\]=food&professional=1](http://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1182-0,1308-0,1327-0,1790-0,1800-0,2067-0,2264-0,2917-13737,11-2960,1661-6000&types[]=major&types[]=minor&types[]=moderate&types[]=food&professional=1)
[acedido em 30 de Outubro de 2014].

⁸¹ OIPM – Observatório de Interações Planta-Medicamento: Interações planta-medicamento – Base de dados de interações. Acessível em:
<http://www.oipm.uc.pt/interacoes/index.php?target=list>
[acedido em 30 de Outubro de 2014].

Anexos

Anexo I – Exterior da Farmácia Nova de Alfena



Figura 1 – Espaço exterior da Farmácia Nova de Alfena

Anexo II – Interior da Farmácia Nova de Alfena



Figura 1 – Zona de atendimento ao público.



Figura 2 – Gabinete de atendimento personalizado.



Figura 3 – Zona de espera para os utentes



Figura 4 – Zona de espera para os mais pequenos



Figura 5 – Zona de armazenamento de medicamentos



Figura 6 – Zona de armazenamento de excedentes e outros medicamentos

Anexo IV – VALORMED



Figura 1 – Contentor VALORMED para a recolha de resíduos de embalagens vazias e medicamentos com PV expirado.

Anexo V – Cronograma das atividades realizadas na FNA durante o período de estágio (13 de janeiro – 14 de fevereiro e 16 de junho – 14 de novembro)

<u>Tarefas</u>	janeiro 2014			fevereiro 2014		junho 2014		julho 2014					agosto 2014				setembro 2014					outubro 2014				novembro 2014		
	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	
Armazenamento dos medicamentos																												
Verificação de encomendas																												
Medição da Pressão Arterial																												
Determinação de Parâmetros Bioquímicos																												
Reformulação do Manual de Boas Práticas da FNA																												
Conferência de PV																												
Acompanhamento na realização de Manipulados																												
Tratamento de receitas (ordenação por número, lotes, regime de comparticipação)																												
Receção de encomendas																												
Planeamento das Consultas de SF																												
VALORMED																												
Devoluções																												
Atendimento de observação																												
Atendimento com acompanhamento																												
Atendimento autónomo																												

Anexo VI

PRM 1	Medicamento não necessário
PRM 2	Medicamento não adequado
PRM 3	Posologia não adequada
PRM 4	Falta de condições do doente/sistema

Figura 1 – Classificação de Lisboa de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) 2008.⁵⁵

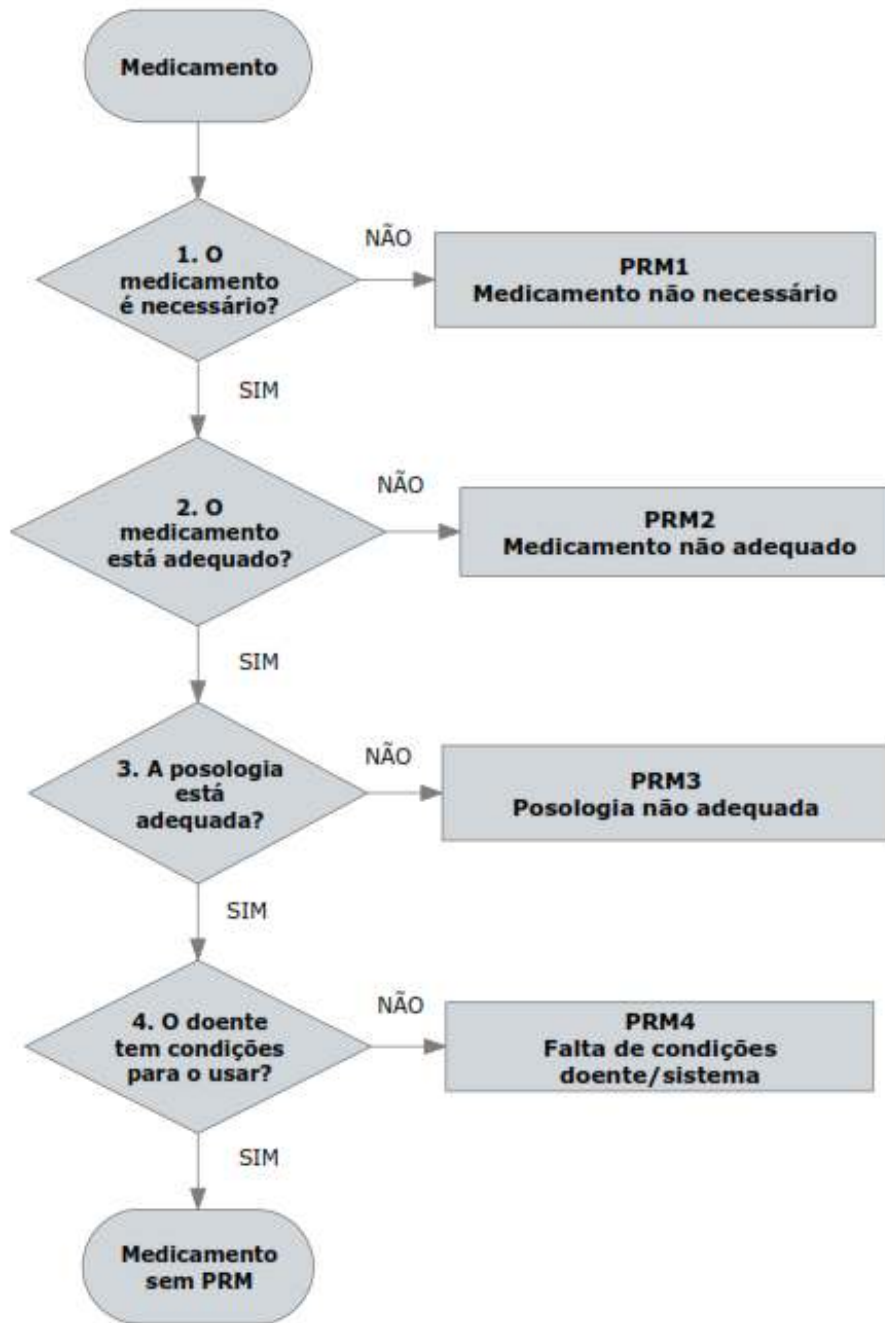


Figura 2 – Sistemática para identificar Problemas Relacionados com Medicamentos.⁵⁵

Anexo VII – Resultados Negativos da Medicação

Necessidade:
Problema de saúde não tratado. O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de não receber a medicação que necessita.
Efeito de medicamento não necessário. O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de receber um medicamento que não necessita.
Efectividade:
Inefectividade não quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefectividade não quantitativa da medicação.
Inefectividade quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefectividade quantitativa da medicação.
Segurança:
Insegurança não quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
Insegurança quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Figura 1 – Classificação de Resultados Negativos da Medicação (Terceiro Consenso de Granada)⁴⁵

Os medicamentos são necessários?

- **Não** – Efeito de medicamento não necessário **RNM de Necessidade**

Os medicamentos são efectivos?

- **Não** – Depende da quantidade?
 - **Não** – Inefectividade não quantitativa **RNM de Inefetividade**
 - **Sim** – Inefectividade quantitativa

O medicamento é seguro?

- **Não** – Depende da quantidade?
 - **Não** – Insegurança não quantitativa **RNM de Inseguridade**
 - **Sim** – Insegurança quantitativa

Figura 2 – Método para a identificação de Resultados Negativos da Medicação⁴⁵

- **Sim** – Problema de saúde não tratado

Anexo VIII – Método de Dáder⁴⁵

O Procedimento do Seguimento Farmacoterapêutico contém as seguintes fases (Fig.1):

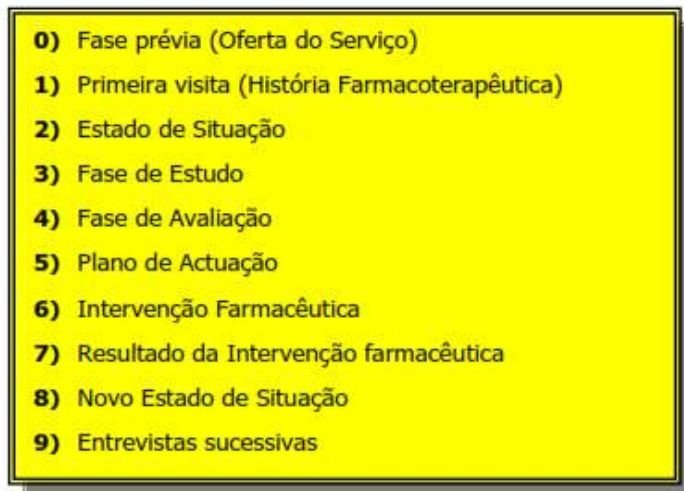


Figura 1 – Fases do Seguimento Farmacêutico

Descrição de cada uma das etapas:

- 0) **Fase prévia (Oferta do Serviço):** Seleciona-se um doente de entre os que frequentam a farmácia (seja qual for a sua patologia) e que esteja a utilizar medicamentos ou que necessite de os utilizar (Fig.2)

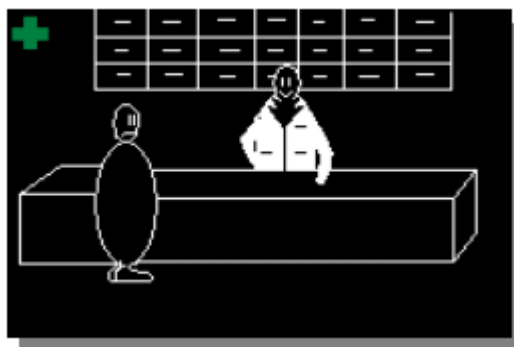


Figura 2 – Oferta do Serviço

Convidamo-lo para a Primeira Visita, em data e hora marcadas, e solicita-se que traga à Farmácia todos os medicamentos que tem em casa para uso próprio (mesmo os que já tomou anteriormente).

- 1) **Primeira visita (História Farmacoterapêutica):** A entrevista está estruturada em 3 etapas: a) preocupações de saúde; b) saco com medicamentos; c) revisão. O objetivo é

recolher informação sobre todos os medicamentos que o doente está a tomar e sobre todos os problemas de saúde que o doente refere. (Fig.3)



Figura 3 – Primeira visita

a) 1ª Etapa – Preocupações de Saúde

Pergunta aberta. Depois de cumprimentar o doente, pede-se para falar sobre o que o preocupa quanto à sua saúde e aos seus medicamentos.

Não se deve interromper o doente. Contudo, se for necessário, deve-se reconduzir a entrevista para os problemas de saúde e para os medicamentos. Nesta fase não se deve perguntar nada, pois pode-se distrair a atenção do doente das suas verdadeiras preocupações. Se for pertinente aprofundar algum aspecto concreto, utiliza-se a terceira fase da visita (revisão).

Nesta primeira fase da entrevista, o doente apenas refere os problemas de saúde que o preocupam mais. Os outros problemas de saúde que o doente possa apresentar obtêm-se na segunda fase (saco dos medicamentos) ou na terceira fase (revisão).

b) 2ª Etapa – Saco dos Medicamentos

O objetivo desta fase é obter toda a informação possível sobre cada um dos medicamentos. O Farmacêutico tira os medicamentos do saco, um a um, e segurando um medicamento na mão de cada vez, obtém todas as respostas às dez perguntas do impresso. O procedimento deve ser repetido para cada medicamento.

É necessário que o utente responda a cada uma das perguntas fechadas (Tabela 1), e depois de todas respondidas, o Farmacêutico deve classificar de – Bem (B), Regular (R), ou Mal (M) – o cumprimento e o conhecimento que o doente tem de cada medicamento; se não for possível classificar com as respostas já obtidas, tem que se efetuar uma pergunta complementar.

Medicamento 1:	CUMPRE: B;R,M	CONHECE: B;R,M
1. está a tomá-lo?	6. quanto?	
2. quem o receitou?	7. como?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade na utilização?	
5. desde quando?	10.algum problema?	

Tabela 1 – Perguntas a serem feitas ao utente relativamente a cada medicamento para avaliar o seu conhecimento sobre os medicamentos e a sua adesão à terapêutica.

Considera-se que o doente cumpre Bem (B), quando toma sempre o medicamento. Cumpre regular (R) quando algumas vezes não o toma. Cumpre Mal (M) quando frequentemente não o toma. Esta avaliação é qualitativa e é o Farmacêutico que a faz.

Considera-se que o doente toma um medicamento, quando o faz de forma contínua, descontínua ou esporádica, e que não o toma quando efetivamente já não o toma, e neste caso só se fazem as perguntas 1, 3, 4 e 10 (medicação anterior). (Tabela 1)

A pergunta 7 (como é que o toma?) faz-se para averiguar se toma o medicamento antes, durante ou depois das refeições e se o faz com água ou leite, etc. A resposta permite ao Farmacêutico avaliar o conhecimento que o doente tem sobre o medicamento em causa. Considera-se conhecer Bem (B) um medicamento quando o doente respeita sempre as precauções com a toma; Regular (R) quando nem sempre as respeita; conhece Mal (M) quando não respeita as precauções com a toma. O conceito de “conhecimento” de um medicamento é importante pois as precauções com a toma podem interferir com a absorção dos fármacos e noutros aspetos farmacocinéticos relacionados com a utilização dos medicamentos (ex: o alendronato de sódio tomado após as refeições não será absorvido e conseqüentemente não será efetivo, o captopril tomado com os alimentos pode reduzir a absorção até quase 40%, a aspirina tomada em jejum pode produzir problemas de estômago, etc.).

Deste modo, a falta de cumprimento ou conhecimento podem ser eventuais causas de um RNM. No entanto, por vezes, um doente pode cumprir e/ou não ter nenhum RNM, porque um RNM é um efeito e não uma causa.

c) 3ª Etapa - Revisão

A revisão inicia-se dizendo ao doente que já terminou a entrevista, mas que vamos proceder a uma revisão rápida para garantir que não nos esquecemos de nada, enumerando de seguida e de forma rápida a lista (sempre perguntando: “toma alguma coisa para...?”) e aprofundando apenas os aspetos que sejam necessários, para atingir todos os objetivos.

Esta etapa da visita tem três objetivos:

- Obter informação sobre outros medicamentos que o doente esteja a utilizar e que não tenha trazido no saco (cremes que não considera medicamentos e que tem na casa de banho, plantas

medicinais, MNSRM, etc...). Sobre cada medicamento que aparece é necessário obter a mesma informação que se recolheu para os anteriores e anotá-la na parte anterior do questionário (saco dos medicamentos).

- Obter informação sobre outros problemas de saúde que o doente tem e que se esqueceu de referir na primeira fase ou que o preocupam menos. Ou sobre problemas de saúde que o preocupam bastante, mas no início da entrevista não teve à vontade para os mencionar.

- Obter informação complementar útil para a avaliação posterior, detendo-se onde seja necessário, incluindo dieta ou hábitos do doente. Por exemplo, se é um doente a tomar antidiabéticos orais (deve-se perguntar quantas calorias tem a dieta prescrita).

Quer as situações fisiológicas (gravidez, lactantes) como as alergias a medicamentos, são extremamente importantes para a avaliação terapêutica, pelo que não devem passar despercebidas.

O Farmacêutico também deve informar-se sobre os hábitos sociais do doente, por exemplo, cafés, álcool, hábitos tabágicos, etc.

Se se justificar, isto é, se o doente tiver algum problema de saúde que necessite de medições de parâmetros biológicos, então o Farmacêutico deve fazer as medições necessárias, se tiver equipamento, e respeitando os procedimentos adequados.

Anotam-se também os dados do doente que o Farmacêutico considera mais relevantes. Esta parte pode-se ir completando nas visitas sucessivas.

O registo do número de telefone é imprescindível para que se possa combinar uma data ou para perguntar algo ao doente, que se considere importante no momento de fazer a avaliação e que se tenha esquecido de perguntar na primeira visita.

Termina-se a visita transmitindo ao doente, que nos parece que valeu a pena trabalhar juntos e que seguramente conseguiremos tirar melhor partido dos resultados obtidos com a sua medicação, que estudaremos com detalhe toda a informação e que o contactaremos para combinar uma visita onde o informaremos de tudo.

2) Estado de situação: O objetivo desta fase é dispor resumidamente da informação mais relevante obtida na primeira visita, de forma que a partir deste impresso seja mais fácil estudar os medicamentos (utilizados ou por utilizar), face aos problemas de saúde do doente (Fig. 4).

Também se anotam aqui, como veremos mais adiante, os novos medicamentos e os novos problemas de saúde que surjam em visitas posteriores para voltar a fazer um novo estudo e uma nova avaliação. Quando surgem novos problemas de saúde anota-se se o preocupam Bastante (B), Regular (R) ou Pouco (P). Se um problema de saúde não estava controlado e passou a estar tem de registar-se esta nova informação. Quando surgem novos medicamentos anota-se a dose diária, se cumpre (Bem, Regular, Mal) e

se conhece (Bem, Regular, Mal). Qualquer alteração na dose ou intervalo de toma tem de ser registado. Em suma, qualquer alteração num dos parâmetros do estado de situação tem de ser registada e terá de se estudar tudo novamente, após a elaboração de um novo estado de situação.

Geralmente, considera-se que os problemas de saúde referidos na 1ª fase da entrevista (pergunta aberta) são os que mais preocupam mais o doente. Os problemas de saúde obtidos durante a fase do “saco” (perguntas fechadas) são os que o preocupam regular e os obtidos na fase de revisão, geralmente, são os que o preocupam pouco. É verdade que, por vezes, existem alguns aspetos que embora só detetados na revisão podem preocupar bastante o doente. É o caso de problemas do foro íntimo ou sexual, que só quando o doente ganha algum grau de confiança com o Farmacêutico os refere.

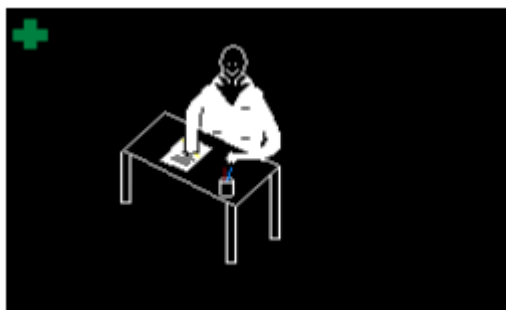


Figura 4 – Estado de situação

- 3) **Fase de estudo:** Nesta fase estudam-se todos e cada um dos medicamentos que o doente está a utilizar, procurando uma possível relação com os seus problemas de saúde. Também se estuda toda a informação necessária sobre cada problema de saúde (Fig.5).

Esta fase tem de ser repetida de forma completa, cada vez que se produzir uma nova situação, por exemplo: da alteração de dose, de medicamento ou se surgir um novo problema de saúde.

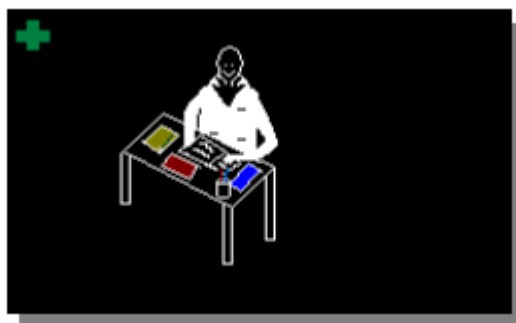


Figura 5 – Fase de Estudo

- 4) **Fase de avaliação:** Depois do estudo de cada medicamento e problema de saúde, procura-se e identifica-se as suspeitas de RNM, de acordo com a classificação do

Terceiro Consenso de Granada. Para tal utiliza-se a sistemática de identificação de RNM (Fig.6).



Figura 6 – Fase de Avaliação

- 5) **Plano de atuação:** Registam-se todas as suspeitas de RNM encontradas, quer sejam RNM manifestados ou não. Priorizam-se e decidem-se as atuações para resolver os RNM identificados, assim como se elabora a estratégia para a monitorização do doente (Fig.7).



Figura 7 – Plano de atuação

- 6) **Intervenção Farmacêutica:** Comunica-se ao doente o resultado negativo detetado e a proposta de solução, combinando-se com ele como resolvê-lo. Também se estabelece uma data para uma próxima visita, que pode ser presencial ou telefónica, com o objetivo de avaliar a resolução ou não do resultado negativo da medicação (Fig.8).

A Intervenção Farmacêutica representa a penúltima etapa de cada ciclo de SF que termina na avaliação dos resultados clínicos alcançados pelo doente. Define-se Intervenção Farmacêutica como a ação do Farmacêutico que visa melhorar o resultado clínico [clinical outcome] dos medicamentos, mediante a alteração da utilização dos mesmos.



Figura 8 – Intervenção Farmacêutica

A Intervenção Farmacêutica pode ser realizada de duas formas:

- Farmacêutico – Doente: se o RNM se deve a causas derivadas do uso do medicamento por parte do doente;
- Farmacêutico – Doente – Médico: se a estratégia delineada pelo médico não atinge os efeitos esperados, ou se se trata de um problema de saúde que necessite de diagnóstico médico.

A Intervenção Farmacêutico - Doente realizar-se-á de uma forma verbal ou escrita, conforme decisão do Farmacêutico, com o intuito de obter o maior êxito possível. Contudo, a Intervenção Farmacêutica – Doente – Médico realizar-se-á com uma comunicação escrita, que deve conter os seguintes itens:

Apresentação do Doente: referindo todos os dados do doente (problemas de saúde e medicamentos) imprescindíveis para abordar o problema.

Motivo da Comunicação: causa pela qual se remete ao médico. Deve referir-se dados de todos os problemas de saúde que possuem parâmetros quantitativos, sinais e sintomas que o doente apresenta, sem utilizar palavras que levem a pensar que o Farmacêutico possa fazer diagnóstico ou prognóstico de algum problema de saúde.

Parecer Farmacêutico: relação possível do resultado negativo com os medicamentos, uma vez estudados, todos eles.

Despedida: realçando o papel de decisão do médico e a importância da intervenção, bem como, oferecendo colaboração para o seu êxito.

- 7) **Resultado da Intervenção Farmacêutica**: Na data marcada avalia-se se o RNM foi resolvido ou não. Considera-se que se resolveu o RNM quando a intervenção efetuada conduziu ao desaparecimento ou melhoria clinicamente significativa do problema de saúde que lhe deu origem. Se após a intervenção, o problema de saúde não desapareceu nem melhorou, diz-se que não se resolveu o RNM (Fig.9).

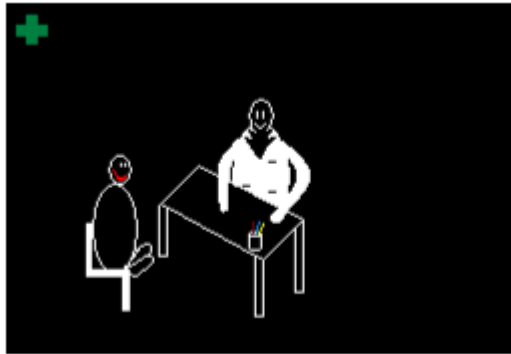


Figura 9 – Resultado da Intervenção

8) **Novo Estado de situação:** O resultado da intervenção dará lugar a um novo Estado de Situação do doente cujo objetivo é recolher as alterações existentes desde a intervenção, relativas aos problemas de saúde e medicamentos.

Toda a metodologia de SF tem de ter em conta a necessidade de comunicar com o Médico em caso de suspeita de RNM.

9) **Entrevistas Sucessivas:** Esta fase tem por objetivos:

- Continuar a resolver os RNM pendentes segundo o plano de atuação acordado.
- Cumprir o plano de seguimento para prevenir o aparecimento de novos RNMs.
- Obter infirmação para poder documentar os novos estados de situação e melhorar a fase de estudo.

Em conclusão, na realização de uma correta metodologia de SF, o Farmacêutico necessita de ter conhecimentos em várias áreas científicas, ser detentor de uma boa capacidade de comunicação (tanto com o doente como com os restantes profissionais de saúde), tomar decisões com base na evidência e em fontes de informação fiáveis, e possuir uma formação específica, contínua e atualizada em SF.

**Anexo IX – Documentos de Apoio às Consultas de Seguimento
Farmacoterapêutico**

Documento 1 – Documento modelo destinado a registar toda a informação referente aos utentes que usufruam do serviço de CSF da FNA.

Farmácia Nova de Alfena



Consultas de Seguimento Farmacoterapêutico:

Nome:	Código:
Data de nascimento:	Idade:
Morada:	Profissão:
Telefone:	E-mail:
Médico de Família:	Médicos Especialistas:
Cuidador:	Contacto do Cuidador:

História clínica:

Grupo sanguíneo: Peso: Altura: IMC:

Hábitos alimentares:

Exercício físico:

Fumador:

Cirurgias:

Alergias:

Problemas/Preocupações de saúde associados:

"Tensão arterial"	"Perfil lipídico"
"Diabetes"	"Outros"

Terapêutica Farmacológica:

<u>Nome/Forma farmacêutica:</u>	<u>Dosagem:</u>	<u>Posologia:</u>	<u>Conhecimento dos medicamentos</u>	<u>Adesão à terapêutica</u>

Outras Terapias:

Revisão:



<p>Cartão de Identificação Farmacológico:</p> <p>Nome:</p> <p>Data de nascimento:</p> <p>Idade:</p> <p>Telefone:</p> <p>Grupo sanguíneo:</p> <p>Contacto médico assistente:</p>	 <p>Farmácia Nova de Alfena</p> <p>Rua D. Afonso Henriques, 384 4445-085 Alfena</p> <p>Contacto: 22 967 0705</p> <p>Direção Técnica:</p> <hr/>																														
<p>História Clínica/Patologias associadas:</p> <p>Observações:</p>	<p>Perfil Farmacológico:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Fármaco</th><th>Dosegem</th><th>Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Fármaco	Dosegem	Posologia																											
Fármaco	Dosegem	Posologia																													

Figura 2 – Cartão de Identificação Farmacológico com informações da terapêutica do utente e outras informações. Destina-se a acompanhar o utente na carteira para que os profissionais de saúde possam, facilmente, ter acesso à informação em questão.

Anexo X – Flyer sobre Hipertensão Arterial fornecido aos utentes da Farmácia Nova de Alfena ⁶¹⁻⁶⁴

Porque devo medir a tensão arterial?


A sua pressão arterial pode estar alta e não ter sintomas. No entanto, pode estar nervoso, "sob tensão", e ter a tensão arterial normal. Nestas situações, é aconselhável medir a tensão arterial.

- Pelo menos, uma vez por ano, todas as pessoas devem avaliar a pressão arterial. 
- Deve avaliar a tensão arterial com maior frequência se:
 - ⇒ É Hipertenso;
 - ⇒ É Diabético;
 - ⇒ Tem valores alterados de colesterol e/ou triglicéridos;
 - ⇒ Tem tido valores altos nas últimas medições;
 - ⇒ Tem familiares com hipertensão;

Se tiver qualquer dúvida, consulte o seu Farmacêutico!

Estamos cá para o ajudar!

Lembre-se:

**"A hipertensão arterial não se sente, mede-se!"**


Para obter mais informações pode também consultar:



Direção Geral de Saúde:
www.dgs.pt

Fundação Portuguesa de Cardiologia:
www.fpcardiologia.pt

Portal da Saúde:
www.portaldasaude.pt


Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva - Professor Fernando de Pádua:
www.incp.pt





Farmácia Nova de Alfena

... Aqui é a sua nova casa



Marta Costa

70

2014

Hipertensão Arterial

◊ Prevalência:

A Hipertensão Arterial afeta cerca de **um terço da população mundial**.

Em Portugal, existem cerca de **dois milhões de hipertensos**. Destes, apenas metade tem conhecimento de que tem pressão arterial elevada, apenas um quarto está medicado e apenas 16 por cento estão controlados.

◊ O que é a Tensão Arterial?

A expressão "tensão arterial" diz respeito à pressão que o sangue faz na parede das artérias por onde circula; paredes que, por isso, ficam sob tensão, distendidas pela pressão do sangue.

Fala-se em pressão arterial "**máxima e mínima**" (ou "**sistólica e diastólica**", respetivamente) quando se refere ao valor máximo alcançado com a contração do coração (**sístole**) e ao valor mínimo quando o coração a seguir se distende e relaxa (**diástole**).

Existem **valores de referência** que nos permitem classificar a Tensão Arterial:

Categoria	Tensão arterial Sistólica	e	Tensão arterial Diastólica
	TAS mmHg		TAD mmHg
Normal	120 - 129		80 - 84
Normal alto	130 - 139	ou	85 - 89
Hipertensão Estádio 1	140 - 159	ou	90 - 99
Hipertensão Estádio 2	≥ 160	ou	≥ 100

◊ Causas:

Na maioria dos casos, não há uma causa conhecida para a hipertensão arterial, estando o seu aparecimento relacionado com um conjunto de **fatores** associados a atitudes, comportamentos e estilos de vida errados, nomeadamente: **a obesidade, o consumo exagerado de sal e de álcool, o sedentarismo, a má alimentação e o tabagismo**.

◊ Sintomas associados:

Geralmente, nos primeiros anos, a hipertensão arterial não provoca sintomas, excetuando-se os valores tensionais elevados, os quais se detetam através da avaliação da pressão arterial. Contudo, em alguns casos, pode manifestar-se através da ocorrência de **cefaleias, tonturas** ou um **mal-estar vago e difuso**, que são comuns a muitas outras doenças. É pertinente, nestas situações, efetuar a avaliação da pressão arterial. A longo prazo, a pressão arterial acaba por lesar os vasos sanguíneos e os órgãos vitais (o cérebro, o coração e os rins).

◊ Diagnóstico:



O diagnóstico é feito através da avaliação da pressão arterial quando os níveis estão acima do normal.

É da responsabilidade do médico fazer o diagnóstico da doença, uma vez que a pressão arterial num adulto pode variar devido a fatores como o esforço físico ou o stress, sem que tal signifique que o indivíduo sofra de hipertensão arterial. Desta forma, **só é considerado hipertenso, um indivíduo que tenha valores elevados em, pelo menos, três avaliações seriadas**. Um valor elevado isolado não é sinónimo de doença.

◊ Como pode controlar a sua pressão arterial:

• **Avalie regularmente a sua pressão sanguínea;**



• **Faça uma dieta equilibrada, com muitos vegetais e frutas;**



• **Se o seu médico lhe receitar medicação para baixar a pressão arterial, tome de acordo com as indicações;**



• **Mantenha um peso saudável, de acordo com a sua altura;**



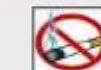
• **Procure os produtos sem adição de sal e açúcar;**



• **Faça atividade física, pelo menos 30 minutos por dia;**



• **Deixe de fumar;**



• **Evite bebidas alcoólicas;**



• **Evite situações de stress;**



Anexo XI – Flyer sobre Dislipidemia fornecido aos utentes da Farmácia Nova de Alfena ⁶⁵⁻⁶⁸

Avaliação do perfil lipídico como diagnóstico

- Sendo que, na maior parte das vezes, a dislipidemia é assintomática, é fundamental a avaliação do perfil lipídico que é constituído por:
 - ⇒ Colesterol total;
 - ⇒ Colesterol HDL;
 - ⇒ Colesterol LDL;
 - ⇒ Triglicéridos;



- Em indivíduos com idade superior a 20 anos, com valores normais e sem mais nenhum fator de risco para doença cardiocerebrovascular, a avaliação do perfil lipídico deve ser realizada de 5 em 5 anos;
- Em indivíduos com um ou mais fatores de risco, pode ser aconselhada uma vigilância mais frequente destes parâmetros;
- O colesterol pode ser medido a qualquer parte do dia, enquanto que a medição dos triglicéridos deve ser realizada com 12 horas de jejum;
- Dirija-se à sua Farmácia para determinar de forma cómoda e rápida os valores do Colesterol total e dos Triglicéridos.

Se tiver alguma dúvida, consulte o seu Farmacêutico!

Para obter mais informações pode também consultar:

Direção Geral de Saúde:
www.dgs.pt

Fundação Portuguesa de Cardiologia:
www.fpccardiologia.pt

Portal da Saúde:
www.portaldasaude.pt

Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva -
Professor Fernando de Pádua:
www.incp.pt

prevenir é o melhor remédio para o



Farmácia Nova de Alfena

... Aqui é a sua nova casa

Conhece o risco que a Dislipidemia tem para o seu coração?



Dislipidemia

♦ **Prevalência:**



A dislipidemia é um dos fatores de risco mais importantes da **arteriosclerose** que é a principal causa de morte nos países desenvolvidos, incluindo Portugal. Qualquer tipo de dislipidemia representa um importante fator de risco cardiovascular, uma vez que a gordura acumulada nas paredes das artérias pode levar à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo que chega ao coração e ao cérebro.

♦ **O que é a Dislipidemia?**

Dislipidemia é um termo usado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos (gorduras) no sangue.

As dislipidemias podem ser de **vários tipos**. Podem-se manifestar por:

- um aumento dos triglicéridos (TG's);
- um aumento do colesterol ;
- uma combinação dos dois fatores anteriores (a dislipidemia mista);
- uma redução dos níveis de HDL (o designado "bom colesterol").

♦ **Valores de referência:**

Valores Recomendados	
Colesterol Total	< 190 mg/dL
Colesterol LDL	< 115 mg/dL
Colesterol HDL	> 40 mg/dL no homem > 45 mg/dL na mulher
Triglicéridos	< 150 mg/dL

♦ **Fatores de risco:**

Os principais **fatores de risco** associados à dislipidemia são:


- ⇒ **Fatores genéticos;**
- ⇒ **Ser do sexo masculino;**
- ⇒ **Idade superior a 45 anos (homens) e 55 anos (mulheres);**
- ⇒ **Excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²);**
- ⇒ **História familiar de dislipidemia;**
- ⇒ **Inatividade física habitual;**
- ⇒ **Consumo de álcool;**
- ⇒ **Dieta rica em gorduras e pobre em fibras vegetais;**
- ⇒ **Tabagismo;**
- ⇒ **Diabetes não controlada;**
- ⇒ **Hipotiroidismo (problemas endócrinos);**



♦ **Sinais e Sintomas associados:**

Geralmente, os valores elevados de lipídios no sangue não causam sintomas.

No entanto, em alguns casos podem aparecer **xantomas cutâneos** quando os níveis de lipídios são muito elevados e se acumulam em diferentes partes do corpo.



O aumento dos triglicéridos pode ser acompanhado de pancreatite aguda.

♦ **Tratamento:**



O **tratamento da dislipidemia** passa por uma mudança de estilo de vida a nível da alimentação e do exercício físico.

São estas as principais recomendações:

- Reduza a ingestão de alimentos de origem animal (ex.: carnes vermelhas, manteiga, queijos gordos);
- Evite produtos de charcutaria e alimentos **pré-cozinhados**;
- Dê preferência a **produtos frescos**;
- Prefira a ingestão de proteínas animais associadas ao peixe, à carne de aves sem pele e às carnes magras;
- Dê preferência ao **azeite** e a outras gorduras polinsaturadas;
- Ingira mais **alimentos ricos em ômega 3** (ex.: sardinhas, salmão, óleo de soja);
- Ingira mais **cereais integrais, vegetais, fruta e fibras solúveis** (que facilitam a eliminação do colesterol);
- Cozinhe ao **vapor ou grelhe** os alimentos. Evite os fritos.
- Prefira molhos à base de iogurte. Evite natas e maioneses;
- Limite o consumo de gemas de ovo;

Anexo XII – Resultados da CSF da utente RM

Nome Medicamento	Dosagem	Posologia	Indicação Terapêutica	Conhecimento dos medicamentos	Adesão à terapêutica
Pantoprazol	20 mg	1 em jejum	Tratamento de manutenção e prevenção das recidivas da esofagite de refluxo.	B	B
Fludex® LP (Indapamida)	1,5 mg	1 cp de manhã	Hipertensão essencial	B	B
Paroxetina	20 mg	1 cp de manhã	Episódio Depressivo <i>Major</i> e perturbação de ansiedade generalizada	B	B
Cloreto de tróspio	20 mg	1 + 1 antes das refeições	Polaquiúria e incontinência urinária	B	B
Glucosamina	1500 mg	1 sq almoço	Alívio dos sintomas de osteoartrite do joelho, ligeira a moderada.	B	B
Sinvastatina	40 mg	1 cp à noite	Hipercolesterolemia	B	B
Calcitab D®	1500 mg + 400 UI	1 cp à noite	Suplemento de cálcio – tratamento e prevenção da osteoporose	B	B
Daflon 500®	500 mg	1 cp à noite	Tratamento da insuficiência venosa	B	B
Acido Ibandrónico	150 mg	1 cp por mês	Tratamento da osteoporose na mulher pós-menopáusia com risco aumentado de fratura	B	B
Dafalgan®	1000 mg	1 em SOS	Tratamento sintomático da dor da osteoartrose	B	B
Ovestin® (estriol) creme	1 mg	2 vezes/semana	Regularização de queixas relacionadas com a micção (polaquiúria e disúria) e incontinência urinária ligeira.	B	B

Tabela 1 – Terapêutica da Sra. RM e a respetiva avaliação sobre o seu conhecimento dos medicamentos e a adesão à terapêutica.

Legenda: (B – conhece bem e B – cumpre Bem).⁶⁹⁻⁷⁹

<p style="text-align: center;">Sinvastatina</p> <p style="text-align: center;">↑ ↓</p> <p style="text-align: center;">Pantoprazol</p>	<p>Teoricamente, pode ocorrer interação entre inibidores da bomba de protões (pantoprazol) e inibidores da HMG-CoA redutase (Sinvastatina) e o risco associado de miopatia.</p> <p>Um mecanismo de ação proposto é a inibição competitiva da glicoproteína- P intestinal, resultando na diminuição da secreção do fármaco no lúmen intestinal e consequente aumento da biodisponibilidade do fármaco.</p> <p>Outro mecanismo, apesar de ser menos provável, tem a ver com a inibição competitiva do metabolismo da CYP450 3A4.</p> <p>Devido ao aumento do risco da toxicidade músculo-esquelética, deve ser feita a monitorização dos utentes que tomam concomitantemente inibidores da HMG-CoA redutase e inibidores da bomba de protões.</p> <p>Desta forma, a utente deve ser aconselhada a relatar imediatamente ao Médico ou Farmacêutico, se sentir uma dor muscular inexplicável, sensibilidade ou fraqueza, especialmente se for acompanhada de mal-estar ou febre.</p> <p>Deve ser descontinuado o tratamento se a creatina quinase for marcadamente elevada ou se houver suspeita ou for diagnosticada miopatia.</p>
<p style="text-align: center;">Calcitab D®</p> <p style="text-align: center;">↑ ↓</p> <p style="text-align: center;">Ácido Ibandrónico</p>	<p>A associação de vitaminas com suplementos minerais contendo cálcio é suscetível de interferir com a absorção gastrointestinal de bifosfonatos orais.</p> <p>O calcitab D® deve ser tomado pelo menos 30 minutos depois da toma do ácido ibandrónico.</p>
<p style="text-align: center;">Fludex® LP</p> <p style="text-align: center;">↑ ↓</p> <p style="text-align: center;">Pantoprazol</p>	<p>O uso crónico de inibidores da bomba de protões (pantoprazol) pode induzir hipomagnesemia, e o risco pode ser aumentado durante o uso simultâneo de diuréticos (Indapamida) e outros agentes que possam causar perda de magnésio.</p> <p>O mecanismo através do qual a hipomagnesemia pode ocorrer durante o uso crónico de inibidores da bomba de protões é desconhecido, embora possam estar envolvidas alterações na absorção intestinal do magnésio.</p> <p>Periodicamente, devem ser monitorizados os níveis de magnésio no sangue devido ao uso prolongando do pantoprazol em simultâneo com o diurético (Fludex® LP).</p> <p>A utente deve ser aconselhada a procurar aconselhamento Médico ou Farmacêutico, se desenvolver potenciais sinais e sintomas de hipomagnesemia tais como: palpitações, arritmias, espasmos musculares, tremores ou convulsões.</p>
<p style="text-align: center;">Fludex® LP</p> <p style="text-align: center;">↑ ↓</p> <p style="text-align: center;">Paroxetina</p>	<p>A coadministração de diuréticos com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) pode potenciar o risco de hiponatremia.</p> <p>O mecanismo através do qual os ISRS produzem hiponatremia não está totalmente esclarecido.</p> <p>Em muitos casos, a hiponatremia parece ser secundária relativamente à síndrome da secreção inapropriada da hormona anti-diurética.</p> <p>Estes casos são geralmente reversíveis após a descontinuação da terapêutica e/ou intervenção Médica.</p> <p>Utentes idosos podem ter um risco maior de desenvolver hiponatremia com ISRS.</p>

	<p>A utente deve ser aconselhada a procurar ajuda Médica se sentir sinais e sintomas de hiponatremia, tais como: náuseas, vômitos, cefaleias, mal-estar, letargia, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de memória, confusão, fraqueza, espasmo muscular e instabilidade (que pode levar a potenciais quedas).</p> <p>Os casos mais graves e/ou agudos podem incluir alucinações, síncope, convulsão, coma, paragem respiratória e morte.</p> <p>Em casos de hiponatremia sintomática pode ser considerada a descontinuação da terapêutica com ISRS e instituída intervenção médica apropriada quando necessário.</p> <p>Recomenda-se a monitorização dos níveis séricos de sódio e que a utente avalie regularmente a PA.</p>
<p style="text-align: center;">Fludex® LP</p> <p style="text-align: center;">↕</p> <p style="text-align: center;">Calcitab D® (ergocalciferol e carbonato de cálcio)</p>	<p>A coadministração de diuréticos tiazídicos com doses elevadas de cálcio e/ou vitamina D tem sido associada, em alguns pacientes, a casos de hipercalcemia.</p> <p>Os diuréticos tiazídicos inibem a excreção renal do cálcio e podem também melhorar a capacidade de resposta do osso e do túbulo renal à hormona paratiróide. Desta forma, o uso concomitante de grandes quantidades de cálcio ou vitamina D pode levar a níveis de cálcio excessivamente elevados no plasma.</p> <p>Por estar a fazer terapêutica com Fludex ® LP, a utente deve ser alertada para a automedicação com cálcio e vitamina D sem se aconselhar com o Médico.</p> <p>Deve ser recomendada a monitorização dos níveis séricos do cálcio.</p> <p>Deve ser também aconselhado à utente procurar ajuda médica, se sentir sinais e sintomas de hipercalcemia, tais como: tonturas, fadiga, letargia, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas, vômitos e convulsões.</p>
<p style="text-align: center;">Fludex® LP</p> <p style="text-align: center;">↕</p> <p style="text-align: center;">Cloreto de Tróspio</p>	<p>Agentes anticolinérgicos podem aumentar a absorção e a biodisponibilidade oral de diuréticos tiazídicos.</p> <p>O mecanismo de ação proposto envolve o aumento do tempo do trânsito gastrointestinal devido à redução da motilidade estomacal e intestinal causada por agentes anticolinérgicos.</p> <p style="text-align: center;">Recomenda-se que a utente avalie regularmente a PA.</p>
<p style="text-align: center;">Dafalgan®</p> <p style="text-align: center;">↕</p> <p style="text-align: center;">Cloreto de Tróspio</p>	<p>Os fármacos anticolinérgicos podem retardar e/ou diminuir a absorção gastrointestinal do paracetamol, reduzindo a motilidade gástrica e retardando o esvaziamento gástrico.</p> <p>No entanto, a relevância clínica é provavelmente mínima.</p>

Tabela 2 – Análise das Interações entres os medicamentos da terapêutica da utente ⁸⁰

Legenda *Interação moderada* entre dois medicamentos; *Interação menor* entre dois medicamentos; Mecanismo de ação; Monitorização.

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

www.ff.up.pt