



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Avaliação da qualidade de vida nos doentes
asmáticos e/ou com DPOC em contexto de
Farmácia Comunitária
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

Carmen Cristina Catarino Tomé

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutora Olga Lourenço

Covilhã, junho de 2014

Dedicatória

Não podendo ser de outra forma, dedico este trabalho final aos meus Pais, sem os quais este percurso académico não seria possível.

“A satisfação está no esforço feito para alcançar o objetivo, e não em tê-lo alcançado.”
Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Olga Lourenço, que com todo o profissionalismo me mostrou os caminhos corretos para a minha investigação, demonstrando sempre disponibilidade, incentivo e dedicação ao longo do trabalho.

À Professora Olímpia Fonseca e a toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar da Cova da Beira, por me terem integrado na equipa de trabalho e por todos os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no decurso do estágio.

À Dra Ana Filipa Rosmaninho e a todos os elementos da equipa técnica da Farmácia Rosmaninho por toda a compreensão e ajuda prestada bem como os conhecimentos transmitidos, os quais serão uma mais-valia como futura farmacêutica.

A todas as Farmácias que aceitaram colaborar no projeto, obrigada pela vossa disponibilidade e atenção, as quais foram essenciais para que permitisse recolher a informação que necessitava para a realização deste estudo e também a todos os doentes, utentes das farmácias do concelho de Barcelos e Esposende, que se disponibilizaram a participar.

À Professora Carolina Barbosa, pela ajuda preciosa no tratamento estatístico.

Ao Professor Ulisses Mota, reconhecidamente expressa a minha gratidão pelo apoio na revisão do trabalho.

Aos meus amigos, que me acompanharam nesta caminhada e que a tornaram, sem dúvida, mais colorida e com um significado especial. Agradeço aos meus colegas de curso, por todos os momentos inesquecíveis, pelo grande espírito académico e por todas as conquistas alcançadas, bem como as grandes amizades que fiz, as quais serão para uma vida. Um agradecimento especial à Juliana e à Sílvia por estarem por perto e me ajudarem quando mais precisava.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer aos meus pais, Manuel e M^a do Carmo, pela educação, pelos ensinamentos e por toda a garra, dedicação e força de vontade de trabalhar que me inculcaram desde cedo. Foram, sem dúvida, os grandes pilares emocionais que me fizeram estar onde estou e me ajudaram a terminar mais uma importante etapa da minha vida. Aos meus irmãos, José e Elisabete, e aos demais membros da família, por todo o apoio, incentivo e confiança em mim depositada.

Resumo

O estágio curricular, realizado no final do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, surge como uma oportunidade de consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica e contactar com a realidade farmacêutica, permitindo a aquisição de novos conhecimentos nas várias vertentes da farmácia, sendo os quais uma mais-valia, como futura profissional de saúde. Desta forma, este trabalho, no qual descreve a minha experiência profissionalizante, encontra-se dividido em três partes distintas, sendo que a primeira incide sobre a vertente de investigação desenvolvida, outra referente ao relatório de estágio em Farmácia Hospitalar e, uma terceira parte relativa ao relatório em Farmácia Comunitária.

Em relação à vertente de investigação, atendendo que a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica são duas patologias com elevada prevalência e impacto na qualidade de vida tanto dos doentes como das famílias, o principal objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos doentes com asma e/ou DPOC em contexto de Farmácia Comunitária. Para tal, foram aplicados três instrumentos de avaliação, sendo eles: um questionário base, com o qual foi possível distinguir entre utentes com asma e/ou DPOC (auto reportado pelo doente) e recolher alguns dados demográficos e clínicos, e dois instrumentos validados de autopreenchimento, em que se utilizaram o teste “*Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (Mini-AQLQ)*”, e o teste “*COPD Assessment Test™ (CAT)*”. Este estudo transversal observacional foi realizado entre Dezembro de 2013 e Abril de 2014 em farmácias comunitárias de Barcelos e Esposende e utilizou uma amostra de conveniência de doentes com idade superior a 40 anos e que, em nome próprio, apresentassem uma receita médica que incluísse medicação específica para a asma e/ou DPOC. Foram convidados a participar 380 utentes, dos quais 71 aceitaram mas apenas 66 preencheram os critérios de inclusão. Dos utentes inquiridos 37 doentes auto relataram apenas asma, 18 apenas DPOC e 11 ambas as patologias. A análise dos dados foi realizada na folha de cálculo *Microsoft Excel®* e através do *software* informático “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 20.0 for *Windows®*, através dos quais se aplicaram os testes apropriados consoante as análises a efetuar. A avaliação das correlações entre a pontuação total dos dois questionários com as variáveis em estudo foi realizada com o *Coefficiente de Correlação Linear de Pearson*, no qual foi considerado um nível de significância de $p \leq 0,05$. No que diz respeito aos resultados, para a asma, no *Mini-AQLQ* obteve-se uma pontuação média de 4,270, em que o domínio “ambiente” (3,450) e o domínio da “limitação das atividades” (4,410) representam, respetivamente, o maior e o menor impacto na qualidade de vida dos doentes asmáticos. Os valores obtidos no teste apresentaram-se estatisticamente relacionados com a variável “idade” ($p=0,048$) e com a variável “trabalha/ou em minas ou com produtos químicos” ($p=0,034$), estando associados a uma pior qualidade de vida. Em relação à DPOC, a pontuação média obtida no *CAT* foi de 21,13, ou seja, em média a patologia apresenta um alto nível de impacto na qualidade de

vida da população em estudo. Os valores do *CAT* mostraram-se estatisticamente relacionados com as variáveis: “idade” ($p=0,045$), “trabalha/ou em minas ou com produtos químicos” ($p=0,048$), “exposto regularmente a fumos da lareira” ($p=0,051$) e com a variável “fumador” ($p=0,032$), estando associados a uma pior qualidade de vida. Em suma, tanto a asma como a DPOC têm um elevado impacto na qualidade de vida, sendo este maior quando as doenças são concomitantes. Tanto num caso como no outro, os idosos e aqueles que tinham trabalhado em minas ou com produtos químicos tinham uma qualidade de vida pior. Outros aspetos sociodemográficos não demonstraram impacto significativo.

Relativamente ao estágio em Farmácia Hospitalar, este foi realizado no Centro Hospitalar da Cova da Beira, entre 9 de setembro e 1 de novembro de 2013, sob orientação da Prof.^a Olímpia Fonseca. Neste relatório pretendo descrever o funcionamento e organização da farmácia hospitalar, as diversas atividades que acompanhei e realizei nas diferentes áreas bem como as competências técnicas que adquiri.

Por último, o estágio em Farmácia Comunitária foi realizado na Farmácia Rosmaninho, em Barcelos, entre os dias 11 de novembro de 2013 e 31 de janeiro de 2014, sob orientação da Dra. Ana Filipa Rosmaninho. Neste presente relatório pretendo descrever as distintas funções, nas quais tive oportunidade de acompanhar e assumir uma posição ativa bem como o funcionamento de uma farmácia comunitária e todas as tarefas e responsabilidades inerentes.

Palavras-chave

Qualidade de Vida; Asma; DPOC; *Mini-AQLQ*; *CAT*; Farmácia Comunitária; Farmácia Hospitalar

Abstract

The internship, which takes place at the end of the MSc in Pharmaceutical Sciences, is an opportunity to consolidate the knowledge acquired throughout the course, and to get in touch with the professional reality, which in turn allows additional learning related to the several aspects in pharmacy, an appreciation as a future healthcare professional. Therefore, this paper which describes my experience is divided into three separate parts, being the first the investigation I carried out in the last months, and the second and third the Hospital Pharmacy and Community Pharmacy Internship essays, respectively.

In what concerns to the investigation component, knowing that asthma and COPD are two diseases with high prevalence and impact in either the patients or families lives, the major aim of this study was to access the patients quality of life in community pharmacy. In order to accomplish this aim three instruments were applied, namely a base questionnaire which allowed differentiating patients with asthma and/or COPD (self-reported by the patient) and collecting demographic and clinical data, and two validated instruments in which the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (Mini-AQLQ) and the COPD Assessment Test™ (CAT) were used. This cross-sectional study was carried out between December 2013 and April 2014 in Esposende and Barcelos community pharmacies and used a convenience sample of patients over 40 years old who presented a prescription including specific asthma and/or COPD medication. 380 patients were invited to participate but only 71 accepted. Of these, 66 met the inclusion criteria. Of those who were surveyed, 37 reported only asthma, 18 reported only COPD and 11 reported both diseases. The data analysis was performed through computer software *Microsoft Excel*® and “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), version 20.0 for *Windows*®. The evaluation of correlations between the total scores in the questionnaires and the variables was performed using the Pearson product-moment correlation coefficient, in which a statistical significance of $p \leq 0,05$ was considered. In what is concerned to results, for asthma a mean score of 4,270 was obtained in the Mini-AQLQ, in which the field “environment” (3,450) and the field “activity limitation” (4,410) represented the major and the minor impact in the asthmatic patients’ quality of life, respectively. The values obtained were statistically related to the variables “age” ($p=0,048$) and “work/ed in mines or with chemical products” ($p=0,034$), and are associated with a worse quality of life. For COPD a mean score of 21,13 was obtained in the CAT, that is, in average this disease represents a high level of impact in this population’s quality of life. The CAT scores were statistically related to the variables “age” ($p=0,045$), “work/ed in mines or with chemical products” ($p=0,048$), “often exposed to fireplace fumes” ($p=0,051$) and “smoker” ($p=0,032$), and are associated with a worse quality of life. In summary, both asthma and COPD have a high impact in the quality of life, and this impact is higher when the diseases are concomitant. In either case, the elderly and those who had worked in mines or with chemical

products had a worse quality of life. Other social and demographic aspects did not show a significant impact.

The Hospital Pharmacy Internship took place in Centro Hospitalar da Cova da Beira, between 9th September 2013 and 1st November 2013, under the supervision of Dr. Olímpia Fonseca. In this report I will describe the functioning and organization of a Hospital Pharmacy, the various activities that I followed and performed in the different sectors, as well as the technical skills I developed.

Lastly, the Community Pharmacy Internship took place in Farmácia Rosmaninho, in Barcelos, between 11th November 2013 and 31st January 2014, under supervision of Dr Ana Filipa Rosmaninho. In this report I will describe the different functions I had opportunity to follow and take part as well as the functioning of a community pharmacy and all the related tasks and responsibilities.

Keywords

Quality of life; Asthma; COPD; *Mini-AQLQ*; *CAT*; Community Pharmacy; Hospital Pharmacy

Índice

Capítulo I - Avaliação da qualidade de vida nos doentes asmáticos e/ou com DPOC em contexto de Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	1
1.1. Doenças Respiratórias Crónicas: Asma e DPOC	1
1.1.1. Epidemiologia no Mundo e em Portugal	3
1.2. Qualidade de vida	7
1.2.1. Qualidade de vida no doente com asma, DPOC e SSAD	7
1.3 Justificação do tema	10
2. Objetivos	11
3. Materiais e Métodos	11
3.1. Tipo de estudo	11
3.2. Amostra	11
3.3. Metodologia aplicada	12
3.4. Análise estatística	13
3.5. Considerações éticas	13
4. Resultados	14
4.1. Caracterização da amostra	14
4.1.1. Características sociodemográficas	14
4.2. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com asma	16
4.2.1. Aplicação do <i>Mini-AQLQ</i>	16
4.2.2. Análise inferencial e descritiva	17
4.3. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com DPOC	20
4.3.1. Aplicação do <i>CAT</i>	20
4.3.2. Análise Inferencial e descritiva	21
4.4. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com asma e DPOC	24
5. Discussão dos resultados	25
6. Limitações do estudo	29
7. Conclusões	30
8. Perspetivas futuras	30
9. Referências bibliográficas	31
Capítulo II - Estágio curricular em Farmácia Hospitalar	37
1. Introdução	37
2. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos	38
2.1. Seleção dos medicamentos	38
2.2. Sistemas de aquisição	39
2.3. Receção e Conferência dos produtos adquiridos	40

2.4. Armazenamento	41
2.4.1. Constituição e organização do armazém	41
2.4.2. Controlo de prazos de validade e contagem de <i>stocks</i>	43
3. Distribuição	44
3.1. Distribuição clássica	44
3.2. Distribuição por reposição de <i>stocks</i> nivelados	44
3.3. Distribuição semiautomática através do sistema <i>Pyxis™</i>	45
3.4. Distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU)	45
3.5. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório e distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial (hemoderivados e medicamentos psicotrópicos e estupefacientes)	48
3.5.1. Setor de ambulatório	48
3.5.2. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório	50
3.5.3. Distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial: Hemoderivados e Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos	53
3.5.3.1. Hemoderivados	53
3.5.3.2. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)	54
4. Farmacotecnia	56
4.1. Preparação de nutrição parentérica e outras preparações estéreis	56
4.2. Preparação de fármacos citotóxicos e biológicos	59
4.3. Preparação de fórmulas farmacêuticas não estéreis	62
4.4. Preparação de água purificada	64
4.5. Reembalagem de medicamentos	64
5. Farmácia clínica	66
5.1. Acompanhamento da Visita Médica	66
5.2. Monitorização sérica de fármacos: farmacocinética clínica	67
5.3. Atividades de informação do medicamento	68
5.4. Farmacovigilância	68
6. Ensaio Clínicos	69
7. Comissões Técnicas	70
8. Qualidade, certificação e acreditação	71
9. Conclusão	71
10. Referências Bibliográficas	72
Capítulo III - Estágio curricular em Farmácia Comunitária	75
1. Introdução	75
2. Caracterização geral e Organização da Farmácia Rosmaninho	76
2.1. Caracterização geral	76
2.2. Espaço físico	76
2.3. Recursos humanos	78

2.4. Informação e documentação científica	79
2.5. Suporte informático e equipamentos	79
3. Medicamentos e outros produtos de saúde	80
3.1. Caracterização dos Sistemas de Classificação mais usados em Farmácia Comunitária	80
4. Aprovisionamento e Armazenamento	81
4.1. Gestão de encomendas	81
4.1.1. Critérios de seleção do fornecedor	81
4.1.2. Critérios de aquisição de produtos	82
4.1.3. Realização de uma encomenda	82
4.1.4. Receção e verificação de encomendas	83
4.2. Atribuição de preços	84
4.3. Armazenamento	85
4.4. Controlo dos prazos de validade	86
4.5. Devoluções ao fornecedor	87
5. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento	87
6. Dispensa de Medicamentos	89
6.1. Regimes de comparticipação	90
6.2. Validade e autenticidade de uma receita	91
6.3. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	92
6.4. Dispensa de medicamentos em urgência	93
6.5. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Especial	94
7. Automedicação	95
8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	96
8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene	96
8.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	97
8.2.1. Produtos dietéticos infantis	98
8.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	99
8.4. Medicamentos de uso veterinário	100
8.5. Dispositivos médicos	101
9. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	102
10. Preparação de medicamentos	103
11. Contabilidade e gestão	105
11.1. Processamento do receituário e faturação	105
12. Conclusão	106
13. Bibliografia	107

ANEXOS	111
Capítulo I: Investigação	111
Anexo I - Fenótipos mais comuns nos doentes asmáticos	111
Anexo II - Características comuns da asma, DPOC e do SSAD	112
Anexo III - Evolução dos internamentos e mortalidade por Asma e DPOC em Portugal	113
Anexo IV - Lista de medicamentos/moléculas consideradas no estudo	114
Anexo V - Questionários utilizados no estudo	115
Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética da FCS	121
Anexo VII - Folha de Informação dos Voluntários	122
Anexo VIII - Declaração de Consentimento Informado	123
Anexo IX - Correlação entre as variáveis e a QV dos doentes asmáticos (através do questionário <i>Mini-AQLQ</i>)	124
Anexo X - Correlação entre as variáveis e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário <i>CAT</i>)	126
Anexo XI - Possíveis considerações de controlo com base na pontuação do <i>CAT</i>	127
Capítulo II: Farmácia Hospitalar	128
Anexo I - Comparticipações especiais de medicamentos de dispensa exclusiva em Farmácia Hospitalar	128
Anexo II - Termo de responsabilidade assinado pelo utente para dispensa de medicação em regime ambulatorio	131
Anexo III - Folheto informativo elaborado no estágio (<i>Dexametasona 8mg</i>) --	132
Anexo IV - Requisição de medicamentos hemoderivados ("via farmácia" e "via serviço")	133
Anexo V - Requisição de MEP - Anexo X (Modelo nº 1509 do INCM)	135
Anexo VI - Plano de cuidados nutricionais	136
Anexo VII - Constituição e funções da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	137
Anexo VIII - Constituição e funções da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) ---	138
Anexo IX - Constituição e funções da Comissão de Ética para Saúde (CES) ----	139
Anexo X - Indicadores e objetivos de qualidade definidos pelos SFH do CHCB ----	140
Capítulo III: Farmácia Comunitária	142
Anexo I - Funções que competem especialmente à Diretora Técnica (DT) ----	142
Anexo II - Definição de alguns conceitos relevantes na Farmácia	143
Anexo III - Fatura da entrega da encomenda	144
Anexo IV - Requisição individual de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	145
Anexo V - Margens máximas de comercialização dos medicamentos	146
Anexo VI - Lista de prazos de validade	147

Anexo VII - Nota de Devolução -----	148
Anexo VIII - Nota de Crédito -----	149
Anexo IX - Notificação de Reações Adversas a Medicamentos -----	150
Anexo X - Receita Médica Eletrónica -----	152
Anexo XI - Receita Médica Manual -----	154
Anexo XII - Comparticipações Especiais em Farmácia de Oficina (Diplomas) -	155
Anexo XIII - Elementos a conter nas receitas prescritas para a sua validação-	156
Anexo XIV - Talão de faturação no verso da receita -----	157
Anexo XV - Informação constante no talão de faturação, impresso no verso da receita -----	158
Anexo XVI - Receita Médica Especial (RE) -----	159
Anexo XVII - Situações passíveis de automedicação -----	160
Anexo XVIII - Verbete de Identificação do Lote -----	162
Anexo XIX - Relação Resumo dos Lotes -----	163
Anexo XX - Fatura mensal -----	164
Anexo XXI - Definições relativas a alguns documentos contabilísticos utilizados na Farmácia Comunitária -----	165

Lista de Figuras

Capítulo I

Figura 1 - *Diagrama Clássico de Venn* usado para descrever a sobreposição das características clínicas e patológicas da bronquite crónica, enfisema e asma.

Figura 2 - Caracterização da amostra em estudo.

Figura 3- Pontuação do *CAT* por classes.

Lista de Tabelas

Capítulo I

Tabela 1 - Análise descritiva da idade da amostra

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por atividade profissional.

Tabela 4 - Pontuação total do *Mini-AQLQ* e dos respetivos domínios.

Tabela 5 - Correlação entre a variável “idade” e a QV dos doentes asmáticos (através do questionário *Mini-AQLQ*).

Tabela 6 - Correlação entre a variável “DPOC” na classificação do *Mini-AQLQ*.

Tabela 7 - Correlação entre a variável “trabalha (ou) com minas ou produtos químicos” e a QV dos doentes asmáticos (através do questionário *Mini-AQLQ*).

Tabela 8 - Distribuição dos doentes asmáticos por atividade profissional.

Tabela 9 - Hábitos tabágicos nos doentes asmáticos.

Tabela 10 - História familiar dos doentes asmáticos.

Tabela 11 - Correlação entre a variável “idade” e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário *CAT*).

Tabela 12 - Correlação entre a variável “asma” na classificação do *CAT*.

Tabela 13 - Correlação entre as variáveis “Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos” e “Exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa” e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário *CAT*).

Tabela 14 - Distribuição dos doentes com DPOC por atividade profissional.

Tabela 15 - Correlação entre a variável “fumador” e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário *CAT*).

Tabela 16 - Hábitos tabágicos nos doentes com DPOC.

Tabela 17 - História familiar dos doentes com DPOC.

Tabela 18 - Pontuação total média do *Mini-AQLQ* e do *CAT* dos doentes com asma e DPOC.

Lista de Acrónimos

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AO	Assistente Operacional
ARS	Administração Regional de Saúde
ATC	Anatómico-Terapêutico-Químico
AUE	Autorização de Utilização Especial
BOLD	<i>Burden of Obstructive Lung Disease</i>
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CA	Conselho de Administração
CAT	<i>COPD Assessment Test™</i>
CCHS	<i>Canadian Community Health Survey</i>
CCI	Comissão de Controlo de Infecção
CEDIME	Centro de Informação de Medicamentos
CEIC	Comissão de Ética para a Investigação Clínica
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CFLH	<i>Câmara de Fluxo Laminar Horizontal</i>
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
DCI	Designação Comum Internacional
DGS	Direção Geral de Saúde
DIDDU	Distribuição individual diária em dose unitária
DL	Decreto-Lei
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
DRC	Doenças Respiratórias Crónicas
DT	Diretora Técnica
EC	Ensaio Clínico
ECRHS	<i>European Community Respiratory Health Survey</i>
FDS	<i>Fast Dispensing System</i>
FEFO	<i>“First expire, first out”</i>
FEV ₁	Volume expiratório forçado num segundo
FGP	<i>Formulário Galénico Português</i>
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
FR	Farmácia Rosmaninho
FVC	Capacidade Vital Forçada
GAA	Ácido α -glucosidase
GEIRD	<i>Gene Environment Interactions in Respiratory Disease</i>
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
HEPA	<i>High Efficiency Particulate Air filter</i>

IMC	Índice Massa Corporal
INCM	Imprensa Nacional Casa da Moeda
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
ISAAC	<i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
Mini-AQLQ	<i>Mini Asthma Quality of Life Questionnaire</i>
MM	Medicamento Manipulado
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSAR	Máquina Semi-Automática de Reembalamento
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
NHANES III	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
NP	Nutrição Parentérica
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONDR	Observatório Nacional Doenças Respiratórias
PE	Ponto de Encomenda
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
PUV	Produtos de Uso Veterinário
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
RE	Receita Médica Especial
SA	Serviço de Aprovisionamento
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários
SEC	Setor de Ensaio Clínicos
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SGICM	<i>Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento</i>
SGRQ	<i>Saint George Respiratory Questionnaire</i>
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSAO	Síndrome da sobreposição Asma-DPOC
TDI	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UAVC	Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UMA	Unidades Maço Ano
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Capítulo I - Avaliação da qualidade de vida nos doentes asmáticos e/ou com DPOC em contexto de Farmácia Comunitária

1. Introdução

1.1. Doenças Respiratórias Crónicas: Asma e DPOC

As doenças respiratórias são doenças que afetam o trato e os órgãos do sistema respiratório. Estas patologias variam de infeções agudas, como a pneumonia e a bronquite, a condições crónicas, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) [1]. As doenças respiratórias crónicas (DRC) são das principais causas de morbilidade, mortalidade e consumo de recursos de saúde a nível global [2].

Entre as principais DRC evitáveis, destacam-se a Asma e a DPOC pela sua elevada prevalência bem como pelo elevado impacto a nível pessoal, social e económico [2,3,4]. Ambas as doenças são caracterizadas por obstrução e hiper-reatividade das vias aéreas, associadas a um processo inflamatório [5,6].

De acordo com a *Global Initiative for Asthma (GINA)* [5], a asma é “*uma doença heterogénea, normalmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas e associada a hiper-reatividade destas a estímulos diretos e indiretos, sendo definida pelo historial de sintomas respiratórios que incluem pieira, dispneia, aperto no peito e tosse que variam ao longo do tempo e em intensidade, juntamente com limitação do fluxo de ar expiratório variável*”. Os sintomas são, muitas das vezes, despoletados por fatores tais como o exercício, a exposição a alérgenos ou a irritantes, as alterações meteorológicas, ou as infeções respiratórias virais. Estes sintomas e a limitação do fluxo de ar podem resolver-se espontaneamente ou com tratamento. Os doentes podem ainda sofrer exacerbações que acarretam risco de vida.

O diagnóstico da asma é baseado neste padrão característico de sintomas (Anexo I), sendo este importante, pois permite distinguir esta de outras patologias respiratórias agudas e crónicas. Relativamente à monitorização da função pulmonar, o volume expiratório forçado num segundo (FEV₁) não é um teste específico de asma, pois um valor reduzido pode indicar outras doenças pulmonares. Por isso, utiliza-se geralmente a razão entre o FEV₁ e a

capacidade vital forçada (FVC), sendo que valores inferiores a 0,75 - 0,80 (em adultos) e 0,90 (em crianças) indicam limitação do fluxo de ar. Esta patologia é mais frequente na infância, estando associada à presença de atopia e a uma história familiar de atopia ou asma [3,5].

Segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*, a DPOC é uma doença caracterizada pela obstrução persistente das vias aéreas, geralmente progressiva, e surge associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas a partículas ou gases nocivos. É, portanto, uma doença muito comum, prevenível e tratável. Deve considerar-se a presença de DPOC em qualquer doente que apresente sintomas de tosse, expectoração, dispneia e/ou história de exposição a fatores de risco desta doença (fumo do tabaco, poeiras profissionais e produtos químicos, poluição do ar...) que causam uma resposta inflamatória modificada nestes indivíduos.

O diagnóstico da DPOC é confirmado por espirometria¹ quando, após utilização de broncodilatador, a razão FEV₁/FVC é inferior a 0,70, confirmando assim a presença de uma limitação do fluxo de ar em que a obstrução não é totalmente reversível. Em contraste com a asma, a DPOC é essencialmente desconhecida em crianças e rara em adultos jovens sem uma história de deficiência de alfa-1-antitripsina [6].

Os termos mais familiares de “bronquite crónica” e “enfisema” não são, hoje em dia, tão utilizados na prática clínica, uma vez que estão englobados no diagnóstico de DPOC [7]. A limitação do fluxo de ar que caracteriza a DPOC é causada pela alteração das pequenas vias aéreas (bronquite crónica) e pela destruição do parênquima pulmonar (enfisema). Estas duas características, embora sempre presentes, variam em proporção de doente para doente. A inflamação crónica causa alterações estruturais e a obstrução das pequenas vias aéreas. O enfisema caracteriza-se pela destruição do parênquima pulmonar também provocada pelo processo inflamatório, o que leva a perda da integridade alveolar, diminuição da elasticidade e hiperinsuflação pulmonar. Por sua vez, a bronquite crónica consiste na existência de tosse produtiva com uma duração de pelo menos 3 meses em 2 anos consecutivos, precedendo o progresso de obstrução das vias aéreas. Contudo, existem doentes com obstrução das vias aéreas sem que estejam presentes os sintomas de tosse e expectoração [6].

A asma e a DPOC partilham a obstrução das vias aéreas como uma característica comum (Anexo II), embora estas patologias estejam em extremidades opostas do espectro de doenças obstrutivas das vias aéreas observáveis na prática clínica (figura 1). No entanto, há uma sobreposição patológica e funcional considerável entre a asma e DPOC, particularmente entre os idosos, fumadores e ex-fumadores (Síndrome da sobreposição Asma-DPOC - SSAO) [5,8,9].

¹ A espirometria é um método para avaliação da função pulmonar através da medição do volume de ar que o doente é capaz de expirar após inspiração máxima.

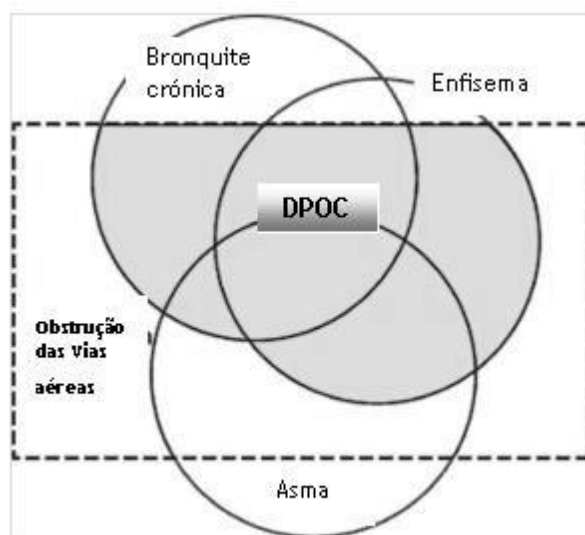


Figura 1 - *Diagrama Clássico de Venn* usado para descrever a sobreposição das características clínicas e patológicas da bronquite crónica, enfisema e asma. (adaptado de Nakawan e colaboradores, 2013 [9]). DPOC, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Os doentes com esta síndrome e que apresentam fatores de risco (atopia ou fumadores) apresentam um aumento na frequência e na gravidade das exacerbações relativamente àqueles que só têm uma destas patologias [10,11,12]. Normalmente, os doentes com esta síndrome são fumadores com asma ou não fumadores com asma de longa duração que progride para DPOC [8,9]. Segundo um estudo de Samuel Louie e colaboradores, esta síndrome tem como critérios principais: diagnóstico médico concomitante de asma e DPOC; história ou evidência de atopia; idade igual ou superior a 40 anos; tabagismo há mais de 10 anos; $FEV_1 < 80\%$ do previsto após broncodilatador e $FEV_1/FVC < 70\%$ [10].

Assim sendo, torna-se importante fazer a monitorização da progressão da doença pela função pulmonar e por outros dados clínicos e laboratoriais em relação às características clínicas ou fisiológicas iniciais da doença. Tudo isto serve para fornecer informação ao doente sobre os seus fatores de risco, os processos fisiopatológicos subjacentes e o decurso da história natural da patologia, definindo, assim, o tratamento mais adequado ao doente, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida.

1.1.1. Epidemiologia no Mundo e em Portugal

As doenças respiratórias crónicas são umas das principais causas mundiais de morbidade e mortalidade, da qual resulta um impacto social e económico substancial e tendencialmente crescente [1,2]. De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), centenas de milhões de pessoas sofrem todos os dias de doenças respiratórias crónicas, apresentando-se como um sério problema de saúde pública com um aumento da prevalência a nível mundial [1].

Particularmente, a asma e a DPOC são patologias respiratórias com elevada prevalência na população em geral, que se prevê estarem a aumentar. Ambas são importantes causas de absentismo laboral e /ou escolar, com um impacto significativo nos indivíduos e nas suas famílias bem como nas despesas com a saúde [2,3,7]. Apesar da sua elevada prevalência, as doenças permanecem subdiagnosticadas e subtratadas [2,3,7]. Estima-se que, atualmente, 235 milhões de pessoas sofram de asma, 64 milhões de pessoas de DPOC, e vários milhões de rinite alérgica e outras doenças respiratórias [13]. Em 2005, 250 000 pessoas morreram de asma e 3 milhões de DPOC [1,3,4].

Relativamente à asma, a tendência na sua prevalência varia entre 1 e 18% nos diferentes países [5] e afeta tanto as crianças como os adultos, embora seja mais comum entre as crianças [3,5]. Estima-se que a asma continue a aumentar a nível global, à medida que as comunidades se urbanizam e adotam estilos de vida modernos. Prevê-se nas próximas duas décadas um aumento substancial no número de pessoas com asma, calculando-se que em 2015 poderá haver mais 100 milhões de pessoas com asma [2]. Os países com rendimento médio e baixo totalizam mais de 80% da mortalidade por asma [3]. A mortalidade revela ser maior nestes países devido a um menor acesso a medicamentos, sendo muitas das mortes evitáveis, uma vez que são resultado da falta de terapêutica adequada e demora na obtenção de auxílio durante as crises. Desta forma, uma monitorização apropriada da asma pode permitir que os doentes tenham uma boa qualidade de vida [2,3].

Quanto à DPOC, a maioria dos dados mostra que menos de 6% da população adulta tenha DPOC, o que reflete que a doença esteja largamente subestimada e subdiagnosticada [6]. A prevalência é maior em fumadores e ex-fumadores do que não fumadores com idade superior a 40 anos e um pouco mais prevalente nos homens do que nas mulheres [6,7].

A OMS, em 2008, estimava que o total de mortes por DPOC aumentaria pelo menos 30% nos próximos 10 anos se não fossem feitas intervenções para reduzir os riscos, particularmente na exposição ao fumo do tabaco [4,13]. Sabe-se que quase 90 % das mortes por DPOC ocorrem em países com rendimento baixo e médio. Devido à sua elevada mortalidade, a DPOC encontra-se em 4º lugar como causa de morte, sendo responsável por 5,1% dos óbitos no mundo [13]. A prevalência é um pouco mais elevada no homem do que na mulher [6,7,13]. Estima-se que, em 2030, a DPOC se torne a terceira causa de morte em todo o mundo [4]. No entanto, outra fonte bibliográfica prevê que, já em 2020, a DPOC ocupe este lugar [14]. Com base nos indicadores de morbilidade e mortalidade, a 53ª Assembleia Mundial de Saúde considerou a DPOC como uma das quatro principais doenças crónicas mais proeminentes, com necessidade de abordagem prioritária em termos de saúde pública [15].

É importante realçar o fato do diagnóstico concomitante de asma, bronquite crónica ou enfisema ser vulgar nos doentes com DPOC entre a população em geral, sobretudo, no caso dos adultos com mais de 50 anos [2]. Estima-se que a SSAD seja responsável por cerca de 15-25% das doenças obstrutivas respiratórias [10]. Segundo um estudo de Soriano e colaboradores, a frequência desta síndrome aumenta com o avançar da idade, com uma prevalência de menos de 10% em doentes com idade inferior a 50 anos e uma prevalência

maior que 50% em doentes com idade igual ou superior a 80 anos [8]. Segundo um estudo de Roberto de Marco e colaboradores, com base nos dados do estudo multicêntrico “*Gene Environment Interactions in Respiratory Disease*” (GEIRD), verificou-se que a prevalência da SSAD, numa amostra populacional, em Itália, foi de 1,6%, 2,1% e de 4,5% nos grupos etários 20-44, 45-64 e 65-84, respetivamente, mostrando assim que a prevalência aumenta significativamente com a idade [12]. De acordo com o estudo de Miravittles e colaboradores (2013), verificou-se que os doentes com SSAD tinham mais probabilidade de serem do sexo feminino, nunca terem fumado, com alto IMC (Índice massa corporal) e apresentarem um grau de gravidade relativamente à função pulmonar (espirometria e teste de marcha de 6 minutos) semelhante aos doentes com DPOC [11].

Em Portugal, a mortalidade por doenças respiratórias constitui a terceira causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares e aos tumores [16,17]. As doenças crónicas das vias aéreas são responsáveis por 2,9% da totalidade dos óbitos no nosso país, sendo superior aos 2,7% da média europeia [16,17]. Como se pode ver, assistiu-se a uma subida abrupta da mortalidade praticamente em todas as doenças respiratórias. De acordo com o último relatório anual do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), 2013, morrem, por dia, 50 portugueses com doenças do foro respiratório [16]. Estima-se que as DRC atinjam cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a rinite e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos [16].

A prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo uma causa frequente de internamento hospitalar. No entanto, trata-se de uma doença crónica frequente, quer na criança, quer na população adulta. Realizaram-se dois grandes estudos multinacionais que avaliaram a prevalência da asma em todo o mundo: o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) [18], em crianças, no grupo etário dos 6-7 anos e no dos 13-14 anos e o *European Community Respiratory Health Survey* (ECRHS) [19], em adultos, na faixa etária dos 20-44 anos. Com base nesses estudos e, de acordo com os dados publicados pela DGS, sabe-se que, em Portugal, a prevalência média da asma atingirá mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos [18,19,20]. No estudo ISAAC, constatou-se, em Portugal, no grupo etário 6-7 anos, uma diminuição da prevalência de asma de 11,0% para 9,4% e um aumento de 11,8% para 14,7%, na faixa etária dos 13-14 anos [18].

De acordo com o estudo de Correia de Sousa e colaboradores (2011), verificou-se que a prevalência da asma, em Portugal, atinge 10,24% segundo um estudo de prevalência efetuado numa população urbana (centro de saúde) do nosso país [21]. Outro estudo mais recente sobre a prevalência da asma, de Ana Sa-Sousa e colaboradores, constatou que 695 000 portugueses têm, atualmente, asma com uma prevalência de 6,8% e mais de 1 milhão (10,5%) já tinha asma de longa duração [22].

Segundo os últimos dados do relatório do ONDR 2013, o número de internamentos por asma é relativamente baixo, comparativamente com o que acontece noutros países europeus, o que pode indicar um bom acompanhamento destes doentes [16]. Entre 2006 e 2011,

assistiu-se a uma diminuição do número de internamentos, o que pareceu comprovar essa possibilidade (Anexo III). Contudo, em 2012 ocorreu uma inflexão dessa curva, voltando para valores próximos dos de 2006 [16]. Perante estes novos valores, o ONDR encontra-se a aguardar se esta inflexão se confirma e a procurar as possíveis causas que possam ter despoletado esses valores. Como fatores promotores de doenças alérgicas, encontramos a potencial relevância da atual crise económica e financeira e também o aumento da poluição atmosférica condicionada pelos seus efeitos na polinização e pelas alterações climáticas [16].

Relativamente à DPOC, o último estudo de prevalência desta patologia, de Cristina Bárbara e colaboradores (2011), estimou uma prevalência da doença em Portugal de 14,2% nos indivíduos adultos com mais de 40 anos de idade, segundo um estudo efetuado numa amostragem representativa da população da área metropolitana de Lisboa, integrado num estudo mundial (BOLD) [23]. A prevalência aumentou com a idade e com a carga tabágica em ambos os sexos. Estima-se uma fraca expressão (2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, sendo de 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos [23]. Nesta última faixa etária e no sexo masculino, a prevalência da DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2%, embora esteja a aumentar nas mulheres, devido ao aumento da prevalência de tabagismo e pela maior exposição à poluição interior nas atividades domésticas, sobretudo, devido aos combustíveis sólidos [2,16,23].

De realçar que o tabagismo, para além de ser a principal causa de DPOC, continua a contribuir para a elevada prevalência da doença em Portugal [7,16,23]. O mesmo estudo detetou níveis muito elevados de subdiagnóstico (86,8%) e valores inesperadamente elevados de prevalência nos não fumadores (9,2%) [23]. Além disso, verificou-se ainda uma prevalência crescente com o aumento da carga tabágica, tendo até duplicado, (27,4% versus 14,2), a partir de cargas tabágicas acima de 20 UMA (Unidades Maço Ano = nº cigarros fumados por dia/20 x nº anos) e relativamente à prevalência na população com 40 ou mais anos [23].

De acordo com os últimos dados do relatório do ONDR 2013, notou-se, entre 2003 e 2011, uma queda progressiva do número de internamentos por DPOC, o que se traduz num indicador positivo, uma vez que sugere um melhor controlo da doença (Anexo III) [16]. No entanto, em 2012, essa tendência inverteu-se, tornando-se um indicador preocupante e merecedor de atenção por parte dos profissionais de saúde. Quanto à mortalidade, nota-se que tem vindo a aumentar desde 2005. Apontam-se vários fatores para essa tendência, entre os quais, o envelhecimento da população, a atual crise económica e financeira que dificulta a acessibilidade a cuidados de saúde, o preço elevado dos medicamentos, a ausência de comparticipação nos medicamentos utilizados na desabituação tabágica, o aumento da poluição do ambiente e no interior das casas [16]. Assim sendo e analisando a evolução da mortalidade por doenças respiratórias, em Portugal, de acordo com o ONDR, parece haver uma tendência clara para o aumento da sua prevalência [16].

1.2. Qualidade de vida

De acordo com a OMS, o conceito de saúde define-se como sendo não somente a ausência de uma doença, mas também a presença de um bem-estar físico, mental e social [24]. Paralelamente, o termo “qualidade de vida” (QV) é mais complexo, sendo definido como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* e que relaciona o indivíduo nos seus aspetos físicos, psicológicos, sociais e nível de autonomia com a comunidade e meio ambiente [25]. Deste modo, a QV abrange um amplo leque de domínios e componentes, refletindo experiências de vida, eventos e a fase atual de vida do indivíduo, bem como determinados fatores (sexo, estado socioeconómico, idade, entre outros) [26].

Por conseguinte, o termo “qualidade de vida”, relacionada com a saúde (QVRS), consiste num constructo multidimensional que abrange três amplos domínios: o físico, o psicológico e o social, os quais são afetados por uma doença e/ou tratamento. O domínio físico é definido, normalmente, como a capacidade de realizar uma série de atividades na vida diária bem como os sintomas físicos resultantes da doença e/ou tratamento. O domínio psicológico remete para o bem-estar e para o funcionamento cognitivo da pessoa e, por último, o domínio social diz respeito aos aspetos qualitativos e quantitativos das relações, interações e da integração social da pessoa [26]. Assim, a avaliação do estado de saúde do doente inclui a sua experiência pessoal, a qual é afetada, quer pelas intervenções clínicas, quer pelas alterações no decurso de uma doença crónica [26].

1.2.1. Qualidade de vida no doente com asma, DPOC e SSAD

É importante salientar que uma doença crónica limita o indivíduo na medida em que interfere na sua autoestima, nas suas relações interpessoais bem como no controlo do seu próprio corpo. Devido à multiplicidade de fenómenos e aos fatores envolvidos, para uma mesma doença, existe uma grande variabilidade individual da qualidade de vida [26].

As doenças respiratórias crónicas, nomeadamente, a DPOC e a Asma, prejudicam a saúde e o bem-estar dos doentes e têm um impacto negativo na família e na sociedade, causando assim efeitos adversos graves na qualidade de vida destes doentes [2,3,7].

A asma é uma patologia crónica, recorrente e de evolução muitas vezes imprevisível, que impõe consideráveis restrições nos domínios físicos, sociais e emocionais, constituindo-se, assim, como uma significativa fonte de *stress* [2,27]. Deste modo, a asma prejudica o rendimento laboral e escolar, bem como a vida social do doente e o bem-estar do indivíduo [2,3,5]. Os sintomas mais problemáticos são, geralmente, a dispneia, a pieira, o aperto no peito e tosse, os quais podem agravar-se perante alérgenos, estímulos ambientais e condições climáticas adversas [5]. Por conseguinte, as manifestações emocionais e as restrições sociais podem ser tanto mais evidentes quanto menor for o controlo dos sintomas

da doença. É frequente, em adultos com asma, a frustração, o medo e a preocupação de ter asma, exercendo deste modo um efeito determinante na vida destes doentes [2,27]. Embora a asma não possa ser curada, uma monitorização adequada e a evicção de determinados fatores de risco (alergénios, fumo do tabaco, irritantes químicos no local de trabalho, poluição do ar, ar frio, *stress* emocional, entre outros) podem controlar a doença e o indivíduo pode ter uma boa QV [3,5].

Atualmente, têm surgido diversos trabalhos que parecem demonstrar que, além das medidas clínicas e funcionais utilizadas na prática clínica, deve-se também incluir medidas da QV na avaliação do completo estado de saúde dos doentes, uma vez que fornecem informação sobre o bem-estar do doente, o grau de controlo e de gravidade da patologia. Um estudo português sobre a qualidade de vida, encabeçado por Filipa Lobo, realizado em 210 asmáticos com mais de 18 anos, verificou-se que a QV dos asmáticos se relaciona de forma mais direta com o sexo masculino, com o grau de controlo da asma e com a %FEV₁, do que com a presença de outras doenças crónicas, com a idade e com a gravidade da asma; dado curioso do estudo revelou que o grau de controlo da asma foi a variável que mais influenciou a QV dos doentes [28]. Segundo o estudo de Correia de Sousa e colaboradores, existe uma forte correlação entre o controlo da asma e a qualidade de vida dos doentes asmáticos que prova que um bom controlo da doença está associado a uma melhoria da QV. No mesmo estudo, também se verificou que os doentes do sexo feminino e a severidade (moderada a severa persistente) da patologia encontram-se associados a uma pior QV [29]. De acordo com o estudo de Gonzalez-Barcala e colaboradores, verificou-se que determinados fatores como a idade avançada, o baixo nível de escolaridade e um baixo controlo da asma estão significativamente associados a uma pior QV [30]. Outro estudo em contexto similar, realizado na Espanha, reportou melhor QV nos doentes asmáticos estudantes e empregados comparativamente com desempregados e donas de casa, nos doentes que receberam informação sobre a patologia, os que apresentam sintomas diários mais leves e para os doentes com maior nível de escolaridade [31]. Neste estudo, evidenciou-se que, entre os fatores que apresentaram um resultado significativo na QV dos doentes, apenas o controlo dos sintomas e a educação do doente na vigilância da asma são fatores modificáveis [31]. Desta forma, deve-se apostar e adaptar as estratégias de educação do doente asmático, a fim de melhorar a monitorização da doença e promover uma melhor QV. Outro estudo, realizado com 81 doentes asmáticos, verificou que os fatores psicológicos e sociodemográficos, além das variáveis específicas da doença, são fatores determinantes na qualidade de vida dos asmáticos [32]. A presença de sintomas psicológicos, sexo feminino e um baixo nível de escolaridade, encontram-se associadas a uma pior QV [32].

Assim sendo, perante os resultados obtidos em diversos estudos, podemos evidenciar uma elevada influência das características demográficas e clínicas, como o sexo, a idade, o estado civil, o nível de habilitações, a situação profissional, o local de residência, o estágio e o controlo da doença na QVRS dos doentes com asma [33]. Fatores como as limitações na

atividade, os sintomas, a função emocional e a exposição ambiental constituem condicionantes importantes da QVRS desses doentes [33].

Por sua vez, a DPOC também causa um impacto negativo na QV dos doentes, no seu meio familiar, profissional e social [2,6,34]. Tal como na asma, a QV dos doentes com DPOC fica comprometida tanto no domínio físico como noutros domínios, aquando da presença de exacerbações [2,6]. As exacerbações da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, ao declínio acentuado da função respiratória e ao aumento da mortalidade [2,6,34]. Contudo, a QVRS costuma melhorar com a resolução da exacerbação [2,6]. As atividades diárias destes indivíduos, tais como subir um pequeno lance de escadas ou carregar uma mala, pode tornar-se muito difícil, uma vez que a condição se agrava progressivamente [2,3]. Nesta patologia, é de realçar que, mesmo que os fatores de risco fossem evitados neste momento, as consequências da DPOC manter-se-iam durante várias décadas devido ao desenvolvimento lento da doença [2,3]. O controlo e o tratamento desta afeção permitem, não só a melhoria da QV dos doentes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos [2,6,34].

Tal como na asma, vários estudos sobre a QV do doente com DPOC têm sido realizados com o intuito de fornecer informação sobre o bem-estar do doente, o grau de controlo e de gravidade da patologia.

Segundo um estudo realizado por Rui Carneiro e colaboradores, com base numa população idosa com DPOC, verificou-se uma relação entre QV e depressão com o número de reinternamentos e com o dispêndio de dias internados por DPOC, respetivamente [35]. Este estudo revelou uma associação entre a depressão e os valores elevados da pontuação total do *Saint George Respiratory Questionnaire* (SGRQ - questionário específico para doenças respiratórias, nomeadamente, asma e DPOC), indicando, desta forma, uma má QV destes indivíduos. Verificou-se, em vários estudos, neste âmbito, que a QVRS destes indivíduos diminui com a progressão da doença [36], com a sua gravidade e com a idade [37,38]. Além disso, a presença de certas comorbilidades, como a apneia de sono obstrutiva, altamente prevalente em doentes com DPOC, revelaram má qualidade de sono e pior QV destes doentes uma vez que exacerbam os sintomas da patologia [36].

De acordo com o estudo de Juliana Pinto e colaboradores (2010), com base em dados de 75 doentes das consultas de ambulatório do Hospital Universitário de Salamanca, no sentido de avaliar a QV dos doentes com asma e DPOC pelo SGRQ, constatou-se que os doentes com DPOC desenvolveram pior as suas atividades na vida diária do que os asmáticos [39]. Também apurou que os níveis socioeconómicos se relacionam de forma inversa e significativa com a QV; observou-se ainda que a idade bem como o facto de tomar a medicação alteram os sintomas e as atividades dos doentes, além de causar impacto nas suas vidas [39].

Como referido anteriormente, existe, principalmente, entre os idosos, uma sobreposição destas duas patologias. Os doentes que apresentam esta SSAD revelaram ter mais dispneia, pieira, redução dos níveis de atividade física bem como um maior risco de

exacerbações e de hospitalizações, quando comparados com os doentes que só têm uma destas patologias [10,11]. De um modo particular, estes indivíduos apresentam mais dificuldades nas suas atividades diárias, nomeadamente, nos domínios de lazer e domésticos. Por consequência, estes doentes apresentam pior QVRS do que os doentes com asma ou DPOC [10,11,12]. Segundo estudo de Roberto de Marco e colaboradores, com base nos dados do estudo multicêntrico *GEIRD*, os indivíduos diagnosticados com SSAD verificaram ser mais propensos à existência de sintomas respiratórios, deficiência física e relataram mais internações hospitalares do que aqueles que só apresentavam apenas asma ou DPOC [12]. Estes indivíduos consomem mais recursos médicos e apresentam um padrão peculiar de fatores de risco comparativamente aos que só têm uma das patologias [5,12].

Desta forma, evidencia-se que a maioria das doenças crónicas têm o potencial de agravar a saúde geral dos doentes, limitando a sua capacidade de viver bem, o seu estado funcional, a sua produtividade e, conseqüentemente, a diminuição da QVRS. Assim, a QVRS surge como uma medida importante para avaliar o impacto de uma doença e os efeitos da intervenção médica. Deste modo, uma melhoria na QV é considerada um resultado primário essencial e determinante do benefício terapêutico [26].

1.3 Justificação do tema

Devido à elevada prevalência na população humana e ao grande impacto das DRC na QV do indivíduo, é de extrema relevância científica e social a realização deste tipo de trabalhos académicos para conhecer melhor as condições e fatores associados à QV que interferem no bem-estar e no quotidiano destes doentes. Outro aspeto a ter em atenção é a escassez ou praticamente a inexistência de estudos relativamente à avaliação da QV sobre a asma e DPOC em contexto de farmácia comunitária, através de questionários validados como, por exemplo, o *Mini-AQLQ* e o *CAT*, normalmente realizados por outros profissionais de saúde, maioritariamente em contexto hospitalar e/ou em clínicas de cuidados primários, tal como os estudos supracitados.

Deste modo, este estudo é inovador e pioneiro a nível nacional e visa salientar o papel do farmacêutico comunitário nesta problemática. Assim, prevenir as doenças respiratórias, promover uma boa gestão da doença e da QV é fundamental para melhorar a QVRS das pessoas em risco e dos doentes com estas patologias.

2. Objetivos

Este projeto de investigação teve como principal objetivo avaliar a qualidade de vida dos doentes com asma e/ou DPOC, utentes de farmácias do concelho de Barcelos e de Esposende, através da aplicação de questionários validados. Para atingir este objetivo foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Distinguir voluntários com asma de voluntários com DPOC através de um questionário base;
- 2) Avaliar a qualidade de vida dos doentes asmáticos através da aplicação do questionário “*Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (Mini-AQLQ)*”;
- 3) Avaliar a qualidade de vida dos doentes com DPOC através da aplicação do questionário *COPD Assessment Test™ (CAT)*”;
- 4) Verificar a influência de outros fatores na qualidade de vida dos doentes com asma e/ou com DPOC, nomeadamente, o sexo, a idade, o grau de escolaridade, a condição socioeconómica, a presença concomitante de bronquite crónica e/ou enfisema, a atividade profissional, o facto de trabalhar/ou com minas ou produtos químicos, a exposição frequente a fumos de lareira aberta em casa, os hábitos tabágicos e a história familiar (bronquite crónica, enfisema, asma).

3. Materiais e Métodos

3.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional, transversal, quantitativo e qualitativo, entre dezembro de 2013 e abril de 2014, em farmácias dos concelhos de Barcelos e de Esposende.

3.2. Amostra

Foi usada uma amostra de conveniência de doentes com asma e/ou DPOC com:

- Idade superior a 40 anos;
- Que, em nome próprio, apresentassem uma receita médica que incluísse medicação específica para a asma e/ou DPOC (Anexo IV).

Foram excluídos do estudo os doentes:

- Com outras patologias associadas (doenças inflamatórias graves, neoplasias, insuficiência coronária, doenças auto-imunes);
- Com idade inferior a 40 anos;
- Que recusaram participar no estudo;
- Com incapacidade de compreensão para a participação do estudo.

3.3. Metodologia aplicada

Os voluntários selecionados preencheram um questionário constituído por três partes (Anexo V):

1) **Questionário base** - com o qual foi possível distinguir entre utentes com asma e/ou DPOC e recolher alguns dados demográficos e clínicos (sexo, idade, grau de escolaridade, condição socioeconómica, a presença concomitante de bronquite crónica e/ou enfisema, a atividade profissional, o facto de trabalhar em minas ou com produtos químicos, a exposição frequente a fumos de lareira aberta em casa, a presença/ausência de hábitos tabágicos e a história familiar);

2) **Mini-AQLQ** [40] - Este questionário é composto por 4 domínios com um total de 15 perguntas desenvolvidas para avaliar os danos funcionais que são mais importantes para doentes adultos (17-70 anos) com asma. Os domínios são, “Sintomas” (5 questões), “Estímulo Ambiental” (3 questões), “Função Emocional” (3 questões) e “Limitação de atividades” (4 questões). Este instrumento tem um tempo de especificação de 2 semanas, ou seja, os doentes são questionados sobre as suas experiências durante os últimos 14 dias. Cada pergunta apresenta sete opções de resposta, onde 1 representa “sempre” ou “completamente limitado/a”, 7 representa “nunca” ou “nada limitado/a” e a escala de 2 a 6 constitui graduações intermédias. Cada pergunta do questionário apresenta o mesmo peso. O questionário é analisado diretamente a partir das pontuações assinaladas e os resultados expressos com uma pontuação média para cada domínio, também de 1 a 7. Desta forma, os resultados dos domínios com 3 questões e aqueles do domínio com 5 questões serão expressos com uma pontuação de 1 a 7. A pontuação global de todo o questionário é estimada pela média de todas as questões. Quanto maior a pontuação, melhor será a qualidade de vida [40,41].

3) **CAT** [42] - Este questionário é constituído por oito questões, abrangendo uma ampla gama de sintomas frequentes nesta doença sobre a saúde do indivíduo, sendo esta uma metodologia adequada para ser realizada por todos os doentes com diagnóstico de DPOC. As questões são referentes aos principais sintomas/restrições desta patologia, nomeadamente, a tosse, a expectoração, o aperto no peito, a falta de ar, a limitação das atividades, a confiança de sair de casa, o sono e a energia. Cada pergunta apresenta seis opções de resposta, com uma gama de pontuação entre 0 a 5, em que 0 representa a “ausência do sintoma/da restrição”, 5 representa o nível máximo de intensidade relativamente ao sintoma/ restrição em causa e a escala de 1 a 4 constitui graduações intermédias. A pontuação total de todo o questionário é estimada pela soma de todas as questões. Desta forma, o CAT tem uma variação de pontuação entre 0 a 40, na qual, 5 consiste no limite superior do normal em indivíduos saudáveis não fumadores; < 10 representa um baixo nível de impacto, 10-20 representa um nível médio de impacto; > 20 representa um alto nível; e > 30

representa um nível muito alto de impacto da DPOC no indivíduo. Assim, quanto maior for a pontuação total do CAT, pior será a qualidade de vida [43].

3.4. Análise estatística

Os dados obtidos foram codificados e registados informaticamente na folha de cálculo *Microsoft Excel*®. O tratamento dos dados foi efetuado através do *software* informático “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 20.0 for *Windows*®. Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva, tendo sido calculadas as distribuições de frequência e percentagens, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foi também utilizada estatística inferencial. A avaliação das correlações entre a pontuação total dos dois questionários com as variáveis em estudo foi realizada com o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. Neste estudo, considerou-se um nível de significância de $p \leq 0,05$.

3.5. Considerações éticas

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde - UBI em 12 de junho de 2013 (Anexo VI). Os utentes da farmácia foram informados sobre os objetivos do estudo, os aspetos éticos e sobre qual seria a sua colaboração.

Foi entregue uma folha de informação aos voluntários (conforme a “Declaração de Hensilquia” da Associação Médica Mundial), na qual foi dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que o doente julgasse necessárias, fornecendo assim todas as informações respeitantes ao estudo “de modo simples, inteligível e leal”, conforme o disposto no Decreto-Lei nº97/94, de 09 de abril (anexo VII). Aqueles que estavam de acordo assinaram a declaração de consentimento informado (Anexo VIII).

Foi garantido a todos a liberdade de participarem ou não e de desistirem a qualquer momento, sem que isso prejudicasse os seus direitos de assistência farmacêutica.

4. Resultados

Este capítulo integra os resultados deste estudo. A descrição da amostra e respetiva caracterização sociodemográfica e clínica são apresentadas em primeiro lugar e, logo depois, apresentam-se os resultados obtidos para a QV pela aplicação do *Mini-AQLQ* e do *CAT*, bem como, as correlações encontradas entre os instrumentos e as variáveis em estudo.

4.1. Caracterização da amostra

Dos 380 utentes contactados nas farmácias para realizar o questionário, apenas 71 indivíduos aceitaram participar no estudo, nos quais 66 cumpriam os critérios de inclusão. Destes, 37 doentes reportaram ter apenas asma, 18 reportaram ter DPOC e 11 indivíduos reportaram ter ambas as doenças (Figura 2).

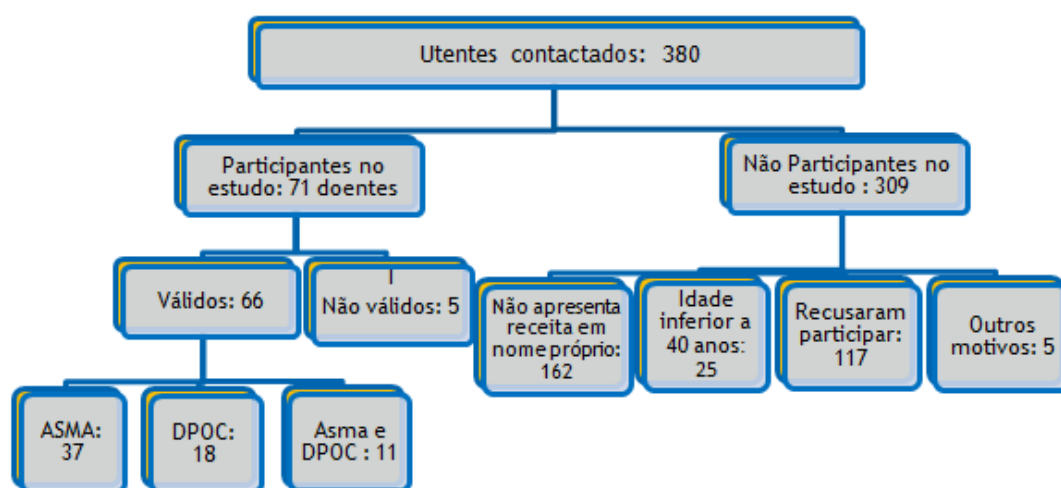


Figura 2 - Caracterização da amostra em estudo

4.1.1. Características sociodemográficas

A amostra do estudo é constituída por 66 doentes com idades compreendidas entre os 40 e os 85 anos. A média de idade da amostra é de 58,5 anos, com um desvio padrão 9,8 anos e a mediana é de 58 anos (tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva da idade da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Mediana
Masculino	45	40	85	59,24	10,91	60
Feminino	21	42	76	56,85	7,41	54
Total	66	40	85	58,48	9,83	58

A tabela 2 apresenta as restantes características sociodemográficas da amostra. No que se refere à distribuição da amostra por sexo, verifica-se um predomínio do sexo masculino (68%) relativamente ao feminino (31,8%). Relativamente à idade, verificou-se uma maior percentagem (39,4%) na classe etária [53-65], seguidamente, a classe etária [40-52] e, por fim, a faixa etária [> 65]. Quanto à escolaridade, verificou-se que uma percentagem significativa dos inquiridos tem baixo nível de escolaridade: 63,6% dos indivíduos possui um grau de escolaridade inferior ao nível básico, 18,2 % possui um nível básico de escolaridade, o que perfaz um total da amostra de, aproximadamente, 80%. Os restantes 20% apresentavam uma escolaridade de nível secundário (10,6%) e superior (7,6%). Por último, podemos verificar que a grande maioria dos indivíduos (71,1%), na amostra, apresentam uma baixa condição socioeconómica e que vivem, principalmente, acompanhados (98,5%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	45	68,2
Feminino	21	31,8
Idade		
[40-52]	22	33,3
[53-65]	26	39,4
[>65]	18	27,3
Grau de escolaridade		
<Básico	42	63,6
Básico	12	18,2
Secundário	7	10,6
Superior	5	7,6
Condição socioeconómica		
Baixa	47	71,2
Média	19	28,8
Elevada	0	0,0
Agregado familiar		
Vive sozinho	1	1,5
Vive acompanhado	65	98,5

A amostra foi ainda caracterizada tendo em conta a Classificação Nacional de Profissões [44], tendo sido acrescentadas as categorias “Reformado” e “Desempregado” (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra por atividade profissional

Classes Profissionais	N	%
Grupo 1-Quadro Superior da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	0	0,0
Grupo 2-Especialista das profissões intelectuais e científicas	3	4,5
Grupo 3-Técnicos e profissionais de nível intermédio	7	10,6
Grupo 4-Pessoal administrativo e similares	2	3,0
Grupo 5-Pessoal de serviços e vendedores	7	10,6
Grupo 6-Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas	4	6,1
Grupo 7-Operários, artífices e trabalhadores similares	13	19,7
Grupo 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1	1,5
Grupo 9-Trabalhadores não qualificados	8	12,2
Grupo 10-Reformado	20	30,3
Grupo 11-Desempregado	1	1,5
Total	66	100

Os participantes no estudo são, maioritariamente, reformados (30%) e indivíduos que exercem profissões na categoria de “Operários, artífices e trabalhadores similares” (19,7%) e na categoria “Trabalhadores não qualificados” (12,2%).

4.2. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com asma

4.2.1. Aplicação do *Mini-AQLQ*

O teste *Mini-AQLQ* foi aplicado aos 48 doentes que auto-reportaram asma para avaliar a qualidade de vida do indivíduo, respetivamente nos 4 domínios: “sintomas”, “função emocional”, “meio ambiente” e “limitação das atividades” (Tabela 4).

Tabela 4 - Pontuação total do *Mini-AQLQ* e dos respetivos domínios

Nome do domínio	Valores Possíveis	Médias obtidas	Amplitude obtida	Desvio padrão	Valor médio do domínio
Sintomas	5-35	20,17	11-33	5,261	4,034
Função emocional	3-21	13,23	6-21	3,754	4,410
Estímulos do ambiente	3-21	10,35	5-21	4,831	3,450
Limitação das atividades	4-28	20,75	9-28	5,970	5,187
GLOBAL	15-105	16,13	31- 103	4,954	4,270

Como podemos verificar na tabela 4, o domínio que apresenta maior impacto na QV dos doentes é o domínio “ambiente” (3,450), seguido pelo domínio “sintomas” (4,034), depois pelo domínio da “função emocional” (4,410) e, por último, o domínio da “limitação das atividades”.

4.2.2. Análise inferencial e descritiva

De forma a perceber quais são os fatores que influenciam os doentes com asma, procedemos à análise inferencial desta variável dependente (Anexo IX). Seleccionámos como variáveis independentes as seguintes:

➤ Características sociodemográficas

No que se refere às variáveis sociodemográficas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, o grau de escolaridade e a condição socioeconómica. Deste modo, só a variável idade se mostrou estatisticamente significativa sendo que os doentes mais velhos apresentavam um pior resultado (tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre a variável “idade” e a QV dos doentes asmáticos (através do questionário *Mini-AQLQ*)

Variável “Idade”	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
[40-52]	18	4,607	0,870	0,048*
[53-65]	23	4,206	0,907	
[> 65]	7	3,819	1,418	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

➤ Características Clínicas

Relativamente às características clínicas, nomeadamente, a presença de bronquite crónica e/ou de enfisema concomitantes, não se verificaram resultados estatisticamente significativos nos doentes asmáticos inquiridos. Salienta-se o facto de 64,6% dos doentes asmáticos reportarem ter bronquite crónica e apenas 6,3% reportarem ter enfisema.

No entanto, a variável “DPOC” possui uma correlação/influência significativa ($p \leq 0,05$) na classificação do *Mini-AQLQ*, estando associada a uma pior qualidade de vida destes doentes (tabela 6).

Tabela 6 - Correlação entre a variável “DPOC” na classificação do *Mini-AQLQ*

Variável “DPOC”	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
Sim	11	3,709	1,293	0,023*
Não	37	4,476	0,831	
Total	48	4,300	0,995	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

➤ Exposição profissional e habitação

Quanto à exposição profissional, a variável “trabalha ou já trabalhou em minas ou com produtos químicos” está associada a uma pior qualidade de vida (tabela 7).

Tabela 7 - Correlação entre a variável “trabalha (ou) com minas ou produtos químicos” e a QV dos doentes asmáticos (através do questionário *Mini-AQLQ*)

Variável “Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos”	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
Sim	18	3,911	0,914	0,034*
Não	30	4,533	0,982	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

As restantes variáveis não mostraram associação com os valores obtidos no teste. Salienta-se o facto de que, praticamente, todos os inquiridos asmáticos vivem acompanhados (97,9%) e que 45,8% referiram estar expostos regularmente a fumos de lareira aberta.

As atividades profissionais dos doentes asmáticos estão referidas na tabela 8. De salientar ainda que não se verificou associação com nenhuma destas profissões e a QV.

Tabela 8 - Distribuição dos doentes asmáticos por atividade profissional

Classes Profissões	N	%
Grupo 1-Quadro Superior da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	0	0
Grupo 2-Especialista das profissões intelectuais e científicas	3	6,3
Grupo 3-Técnicos e profissionais de nível intermédio	7	14,6
Grupo 4-Pessoal administrativo e similares	2	4,1
Grupo 5-Pessoal de serviços e vendedores	7	14,6
Grupo 6-Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas	4	8,3
Grupo 7-Operários, artífices e trabalhadores similares	9	18,7
Grupo 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	0	0
Grupo 9-Trabalhadores não qualificados	8	16,7
Grupo 10-Reformado	8	16,7
Total	48	100

➤ Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos, nenhuma das variáveis em causa apresentou resultados estatisticamente significativos. Os hábitos tabágicos dos doentes estão referidos na tabela 9.

Tabela 9 - Hábitos tabágicos nos doentes asmáticos

Hábitos tabágicos		N	%
Fumador	Sim	12	25,0
	Não	36	36,0
Ex-fumador	Sim	1	2,1
	Não	35	72,9
Alguém fuma regularmente em casa	Sim	4	8,3
	Não	41	85,4
	NR	3	6,3
Alguém fuma regularmente no trabalho	Sim	2	4,2
	Não	42	87,5
	NR	4	8,3

NR- Não responderam

Os fumadores inquiridos fumam, em média, 16 cigarros por dia, há 23 anos. Realço ainda que 12,5% dos fumadores admitiram terem tentado deixar de fumar mas não usaram qualquer terapia farmacológica.

➤ História familiar

Não se obteve associação entre a história familiar de patologia respiratória e os resultados do teste. A tabela 10 descreve os antecedentes familiares dos doentes asmáticos.

Tabela 10 - História familiar dos doentes asmáticos

História familiar		N	%
Bronquite Crónica	Sim	30	62,5
	Não	17	35,4
	NR	1	2,1
Enfisema	Sim	2	4,2
	Não	43	89,6
	NR	3	6,3
Asma	Sim	41	85,4
	Não	6	12,5
	NR	1	2,1

NR- Não responderam

4.3. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com DPOC

4.3.1. Aplicação do CAT

O CAT foi aplicado aos 29 doentes que auto-reportaram DPOC e apresentaram questionário positivo (figura 3).

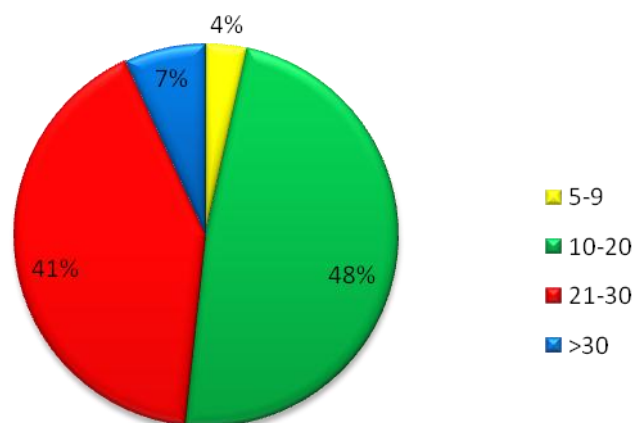


Figura 3- Pontuação do CAT por classes

Como se pode observar pelo gráfico, 48% dos doentes com DPOC aponta um nível médio de impacto da doença na sua vida diária, 41% dos doentes revela um alto nível de impacto da doença, 7% dos doentes demonstra um nível muito alto de impacto e, por fim, apenas 4% dos doentes apresenta um baixo nível de impacto. A pontuação total média obtida dos 29 indivíduos foi de 21,13 pontos, ou seja, em média, a patologia apresenta um alto nível de impacto na população em estudo.

4.3.2. Análise Inferencial e descritiva

De forma a perceber quais são os fatores que influenciam os doentes com DPOC, procedemos à análise inferencial desta variável dependente (Anexo X). Seleccionámos como variáveis independentes as seguintes:

➤ Características sociodemográficas

No que se refere às variáveis sociodemográficas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, o grau de escolaridade e a condição socioeconómica. Deste modo, só a variável idade se mostrou estatisticamente significativa, sendo que os doentes mais velhos apresentavam um pior resultado (tabela 11).

Tabela 11 - Correlação entre a variável “idade” e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário CAT)

Variável “Idade”	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
[40-52]	5	19,86	4,506	0,045*
[53-65]	8	24,67	6,860	
[> 65]	16	28,00	4,943	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

➤ Características Clínicas

Relativamente às características clínicas, nomeadamente, a presença de bronquite crónica e/ou de enfisema concomitantes, não se verificaram resultados estatisticamente significativos nos doentes com DPOC inquiridos. Salienta-se o facto de 79,3% dos doentes com DPOC reportarem ter bronquite crónica e 24,1% reportarem ter enfisema.

No entanto, a variável “asma” possui uma correlação/influência significativa na classificação do CAT, estando associada a uma pior qualidade de vida destes doentes (tabela 12).

Tabela 12 - Correlação entre a variável “asma” na classificação do CAT

Variável “asma”	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
Sim	11	25,82	6,911	0,000*
Não	18	18,28	2,927	
Total	29	21,14	6,010	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,01 (bilateral).

➤ Exposição profissional e habitação

Quanto à exposição profissional, a variável “trabalha ou já trabalhou em minas ou com produtos químicos” e a variável “exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa” estão relacionadas com uma pior qualidade de vida (tabela 13).

Tabela 13 - Correlação entre as variáveis “Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos” e “Exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa” e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário CAT)

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos				
Sim	20	22,33	6,803	0,048*
Não	9	20,63	4,430	
Exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa.				
Sim	24	22,12	5,644	0,051*
Não	5	16,40	5,983	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

Salienta-se ainda que dos doentes inquiridos com DPOC, 72,4% trabalha ou já trabalhou em minas ou com produtos químicos e 82,4% esteve/está exposto regularmente a fumos de lareira aberta, em casa.

Relativamente às profissões exercidas pelos doentes com esta patologia, 62,2% dos indivíduos é reformado e 24,2% exerce funções na categoria “Operários, artífices e trabalhadores similares” (tabela 14). Dos reformados inquiridos, maioritariamente exerceram profissões na categoria de “Operários, artífices e trabalhadores similares” como trabalhadores de metalúrgica, de construção civil, serralheiro, marceneiro, carpinteiro e trabalhadores de pedra. De referir ainda que não se verificou nenhuma associação destas profissões com a qualidade de vida.

Tabela 14 - Distribuição dos doentes com DPOC por atividade profissional

Classes Profissões	N	%
Grupo 1-Quadro Superior da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	0	0
Grupo 2-Especialista das profissões intelectuais e científicas	0	0
Grupo 3-Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	3,4
Grupo 4-Pessoal administrativo e similares	0	0
Grupo 5-Pessoal de serviços e vendedores	1	3,4
Grupo 6-Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas	0	0
Grupo 7-Operários, artífices e trabalhadores similares	7	24,2
Grupo 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1	3,4
Grupo 9-Trabalhadores não qualificados	0	0
Grupo 10-Reformado	18	62,2
Grupo 11-Desempregado	1	3,4
Total	29	100

➤ Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos, os doentes fumadores apresentam uma pior qualidade de vida (tabela 15).

Tabela 15 - Correlação entre a variável “fumador” e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário CAT)

Variável “Fumador”	N	Média	Desvio-padrão	p-value
Sim	17	22,23	5,471	0,032*
Não	12	17,71	2,563	

P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

As restantes variáveis não mostraram associação com os valores obtidos no teste. Os hábitos tabágicos dos doentes estão referidos na tabela 16.

Tabela 16 - Hábitos tabágicos nos doentes com DPOC

Hábitos tabágicos		N	%
Fumador	Sim	17	58,6
	Não	12	41,4
Ex-fumador	Sim	2	6,9
	Não	10	34,5
Alguém fuma regularmente em casa	Sim	4	13,8
	Não	22	75,9
	NR	3	10,3
Alguém fuma regularmente no trabalho	Sim	5	17,2
	Não	19	65,5
	NR	5	17,3

NR- Não responderam

Os fumadores/ex-fumadores inquiridos fumam/fumavam, em média, 17 cigarros por dia, há 27 anos. Realço ainda que 58,8% dos fumadores admitiram terem tentado deixar de fumar e apenas 10% recorreram a medicamentos.

➤ História familiar

Os antecedentes familiares de asma e/ou DPOC não se mostraram relacionados com os valores da CAT. A história familiar dos indivíduos encontra-se exposta na tabela 17.

Tabela 17 - História familiar dos doentes com DPOC

História familiar		N	%
Bronquite Crónica	Sim	22	75,9
	Não	7	24,1
Enfisema	Sim	3	10,3
	Não	26	89,7
Asma	Sim	10	34,5
	Não	19	65,5

4.4. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com asma e DPOC

Os doentes que auto-reportaram concomitantemente asma e DPOC apresentam uma pior qualidade de vida (tabela 18) do que aqueles que só têm uma patologia. Ou seja, quer a asma quer a DPOC apresentam um alto impacto na vida diária destes indivíduos.

Tabela 18 - Pontuação total média do *Mini-AQLQ* e do *CAT* dos doentes com asma e DPOC

Pontuação total do <i>Mini-AQLQ</i>	3,705
Pontuação total do <i>CAT</i>	25,82

Devido ao reduzido número de doentes com ambas as patologias, não se obteve associação entre as variáveis em estudo e os resultados dos testes supracitados.

Este pequeno grupo é constituído 63,6% pelo sexo masculino e 36,4% pelo feminino, tendo uma idade média de 65,5 anos e um DP de 7,7 anos. São indivíduos, maioritariamente, com um baixo grau de escolaridade, nomeadamente, 45,5% inferior ao básico, 45,5% básico e apenas 9% com o ensino superior.

Relativamente à exposição profissional, 63,6% dos doentes reportou ter trabalhado/trabalha em minas ou com produtos químicos e 81,8% dos doentes revelou estar exposto regularmente a fumos da lareira. Quanto à atividade profissional, 54,5% dos indivíduos é reformado, 27,3% exerce funções na categoria “Operários, artífices e trabalhadores similares”, e os restantes divergem nas outras categorias. Dos reformados inquiridos, maioritariamente, exerceram profissões na categoria de “Operários, artífices e

trabalhadores similares” como trabalhadores de metalúrgica, de construção civil, serralheiro, marceneiro, carpinteiro e trabalhadores de pedra.

Relativamente aos hábitos tabágicos, 45,5% é fumador, 9,1% é ex-fumador, 18,2% dos doentes reportou que alguém fuma regularmente no trabalho e apenas 9,1% reportou que alguém fuma regularmente em casa. Por fim, quanto à história familiar de patologia respiratória, estes doentes reportaram 72,7% de bronquite crónica, 18,2% de enfisema e 90,9% de asma, o que revelou uma percentagem maior do que os doentes que só têm uma patologia.

5. Discussão dos resultados

Este estudo, mostrou que a asma e a DPOC apresentam, respetivamente, um moderado e alto nível de impacto na qualidade de vida dos indivíduos, sendo que os doentes que auto-reportaram, concomitantemente, ambas as patologias mostraram uma menor qualidade de vida.

Relativamente à QV dos doentes com asma, através da aplicação do *Mini-AQLQ*, verificou-se que existia um impacto moderado na QV (pontuação média de 4,270) [41]. Dos quatro domínios do questionário (“ambiente”, “sintomas”, “função emocional” e “limitação das atividades”), os que apresentaram maior impacto na QV foram os domínios “ambiente” (3,450) e “sintomas” (4,034), sendo que os domínios “função emocional” (4,410) e “limitação das atividades” apresentaram menor impacto. Contudo, todos os domínios apresentam um impacto intermédio na vida diária dos asmáticos inquiridos.

Estes resultados corroboram um estudo realizado em cinco farmácias comunitárias, em Portugal, no qual aplicaram o *Mini-AQLQ* a uma amostra de conveniência de doentes asmáticos [45]. A pontuação média obtida foi de 4,53, ou seja, um impacto moderado na QV e os domínios de maior impacto foram, também, os domínios “meio ambiente” e “sintomas”. Outros estudos [31,32] também referiram que estes domínios eram os que mais influenciavam a vida diária dos doentes. Esta análise permite compreender que a principal queixa dos doentes asmáticos está relacionada com as restrições que a patologia impõe, particularmente, no domínio “meio ambiente”. Relativamente a este domínio, um dos aspetos a salientar é a qualidade do ar [16], a qual depende da poluição exterior, das atividades desenvolvidas no interior, da existência de poeiras, esporos e pólenes e outros irritantes libertados por diversas fontes (queima de combustíveis fósseis, motores de veículos, instalações fabris), bem como de outros fatores, como por exemplo a humidade e a temperatura. Os poluentes produzidos por estas fontes, em concentrações suficientes, são responsáveis pelo aparecimento de sintomas e exacerbações em doentes asmáticos [46]. Começam a surgir evidências suficientes para considerar que estes mesmos poluentes podem contribuir para o aparecimento de novos casos de asma, por mecanismos ainda não totalmente esclarecidos, especialmente, em crianças. Em Portugal, estima-se que existam situações de sobrepovoamento em 20,6% das habitações, o que é facilitador de doenças

respiratórias [16]. Outro fator em causa pode ser a deficiente ventilação em infantários que se associa a uma maior probabilidade de pieira ou asma nas crianças [16].

Nos doentes com DPOC, a pontuação média obtida no questionário *CAT* (21,13) indica um alto nível de impacto na vida diária dos indivíduos em estudo. De um modo geral, de acordo com a classificação do *CAT* [43] (Anexo XI), estes doentes têm uma QV bastante prejudicada devida à DPOC que, normalmente, os impede de fazer a maioria das tarefas que gostariam de realizar, provoca-lhes dispneia apenas por caminharem pela casa, tomarem banho, vestirem-se e, por vezes, até durante uma simples conversa. A tosse é cansativa e os sintomas torácicos perturbam o sono durante a maioria das noites [43]. Estes doentes sentem que o exercício não é seguro e qualquer coisa que façam parece exigir demasiado esforço e, normalmente, sentem-se também inseguros quanto ao controlo da doença [43]. Esta pontuação elevada do *CAT* pode estar associada à presença de outras comorbilidades como sejam a presença da doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE), arritmia, depressão e ansiedade [47]. Este questionário é simples, fácil de usar e consegue distinguir doentes com DPOC de diferentes graus de gravidade [42, 48]. Segundo um estudo Europeu [48], no qual foram incluídos 1817 doentes com DPOC, verificou-se que o *CAT* produziu praticamente os mesmos resultados em todos os países do estudo e que a pontuação média relacionava-se significativamente com a gravidade da obstrução das vias aéreas. No entanto, dentro de cada estágio (I-IV) da *GOLD*, houve uma grande variação na pontuação: I: 16,2±8,8; II: 16,3±7,9; III: 19,3±8,2 e IV: 22,3±8,7.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, o grau de escolaridade e o estatuto socioeconómico, tanto com o *Mini-AQLQ* como com o *CAT*. Deste modo, apenas a variável idade mostrou diferenças, sendo que os doentes idosos com asma ou DPOC tiveram piores resultados que os adultos jovens ($p=0,048$ e $p=0,045$, respetivamente). Alguns fatores associados à idade podem explicar este resultado, uma vez que ocorrem alterações na função pulmonar, tais como um aumento da hiperreactividade das vias aéreas, rápido declínio no FEV_1 e um aumento da prevalência na obstrução irreversível das vias aéreas [49]. Noutros estudos, utilizando instrumentos validados para medir a QV, foi demonstrado que determinadas variáveis sociodemográficas, como sexo (feminino) [28,29,32], idade avançada [28,30,37,38], baixo nível de escolaridade [30,31,32,39] e o facto de ser desempregado/donas de casa versus empregado/estudantes [31], se correlacionam com uma pior QV destes doentes.

Os doentes com ambas as patologias obtiveram um pior resultado nos testes, ou seja, têm uma pior qualidade de vida. Estes resultados vão de encontro à literatura [5,6] sendo que as comorbilidades ocorrem frequentemente em doentes com estas patologias e podem influenciar a mortalidade e número de hospitalizações. Neste ponto, também é importante ter em atenção que muitos doentes, quando questionados sobre a patologia respiratória, desconheciam a terminologia da DPOC. Um dos principais motivos foi que durante muitos anos foram usados termos como “bronquite” e “enfisema” para definir a doença e, por isso, este

tipo de nomenclatura é mais perceptível para a população em geral do que o uso de uma sigla [50].

Em relação à exposição profissional, a variável “trabalha ou já trabalhou em minas ou com produtos químicos” estava associada a uma pior qualidade de vida (*Mini-AQLQ* $p=0,034$ e *CAT* $p= 0,048$). A variável “exposto regularmente a fumos da lareira” também mostrou estar relacionada com a pontuação do *CAT* ($p=0,051$), associando-se a uma pior qualidade de vida. Estes resultados estão de acordo com literatura [5,6], sendo que a exposição a partículas, poluentes orgânicos e inorgânicos, agentes químicos e fumos constituem fatores que influenciam o desenvolvimento e/ou progressão da asma e DPOC e, conseqüentemente, numa pior QV dos indivíduos.

No que diz respeito às doenças ocupacionais, em 2000, a OMS estimou que a nível mundial os fatores de risco no local de trabalho eram responsáveis por 13% dos casos de DPOC e 11% dos casos de asma [2]. Segundo o último relatório do ONDR, 2013, foi ressaltada a associação do uso de combustíveis fósseis na cozinha e no aquecimento com deficiente ventilação, com elevadas concentrações de poluentes potencialmente indutores de DPOC, cancro do pulmão e infeções das vias aéreas inferiores [16].

Já a atividade profissional dos inquiridos não se relacionou com os resultados de nenhum dos testes, contudo constatou-se que a maioria dos doentes inquiridos eram reformados, pertenciam às categorias “operários, artífices e trabalhadores similares” e “trabalhadores não qualificados”. Dos reformados inquiridos, a maioria tinha exercido no passado profissões na categoria de “operários, artífices e trabalhadores similares”. Estas profissões encontram-se na lista de profissões de risco, das quais se destacam trabalhadores dos plásticos e têxteis, de indústria química, cabeleireiros, pintores, soldadores, veterinários, carpinteiros, funcionários hospitalares e outros profissionais de saúde. Esta lista tende a aumentar uma vez que o processo de industrialização dita um uso crescente de substâncias naturais sintéticas nas várias atividades profissionais [51,52].

Quanto à asma, estima-se que entre 5 e 25% dos casos em adultos encontram-se relacionados com o trabalho, estando associados a diversos fatores desencadeantes, entre os quais, os isocianatos, aldeídos, colofónia, partículas de cereais ou de madeira, fundente de soldadura, látex e pelos de animais [52]. Sendo assim, a eliminação da exposição a estes fatores consiste na abordagem preventiva mais eficaz na redução da carga da doença ocupacional. Caso não seja possível a eliminação da exposição, a segunda melhor opção consiste na redução destes agentes. Existem algumas evidências, embora limitadas, quanto ao uso de máscaras protetoras, sendo que as duas primeiras alternativas devem ser preferencialmente utilizadas. Além disso, é importante minimizar a exposição da pele aos agentes indutores de asma [52].

Em relação à DPOC, um estudo realizado por Blanc e colaboradores (2008) mostrou que a exposição a vapores, gases, poeiras e fumos no local de trabalho está fortemente associada a um aumento do risco de DPOC. Este estudo também demonstrou que o tabagismo

e a exposição a fatores ocupacionais concomitantes aumenta substancialmente o risco de DPOC [53].

Quanto aos hábitos tabágicos nos doentes asmáticos, nenhuma das variáveis em causa apresentou resultados estatisticamente significativos. Os fumadores inquiridos fumam, em média, 16 cigarros por dia, há 23 anos. É importante salientar que o tabagismo ativo bem como a exposição passiva tem efeitos adversos imediatos sobre o sistema cardiovascular, podendo desencadear a exacerbação de sintomas respiratórios, em particular em doentes com asma e DPOC [54].

É de realçar ainda que 12,5% dos fumadores inquiridos admitiu ter tentado deixar de fumar mas não recorreu a qualquer terapia farmacológica. Este baixo resultado corrobora os dados do número de portugueses que já fez pelo menos uma tentativa para deixar de fumar (45%) que é inferior aos da média europeia (60%), traduzindo-se numa fraca motivação dos portugueses. Salienta-se ainda que, em Portugal, 84% dos que já tentou deixar de fumar fê-lo sem qualquer assistência, o que reflete a dificuldade de acesso a consultas especializadas [16]. Torna-se assim indispensável a educação/sensibilização do doente para esta problemática bem como a manutenção, desenvolvimento e a comparticipação nos medicamentos de apoio à cessação tabágica [54]. Um estudo realizado por Lawson e colaboradores (2014) [55] demonstrou que ser do sexo feminino e estar exposto passivamente ao fumo do tabaco está associado ao desenvolvimento de asma.

Relativamente aos doentes fumadores com DPOC, estes apresentam uma pior qualidade de vida comparativamente aos não fumadores ($p= 0,032$). Este resultado encontra-se de acordo com o estudo realizado por Salamé Joseph e colaboradores (2012), com base em dados de um estudo transversal, no qual se verificou uma baixa QV nos fumadores em relação aos não fumadores, independentemente do estágio e gravidade da doença respiratória [56].

Um outro estudo, também pertinente neste âmbito, foi realizado por Vozoris e colaboradores (2010), com base em dados do *Canadian Community Health Survey* (CCHS), no qual se constatou uma maior probabilidade de adição à nicotina entre as mulheres com DPOC e atualmente fumadoras do que naquelas sem a doença, e o mesmo se verificou para a asma. No entanto, esta probabilidade é maior nas mulheres com DPOC do que nas asmáticas. Em relação aos homens não foi verificada associação. Estes resultados vão de encontro à literatura, a qual mostra que a asma e a DPOC estão a aumentar mais rapidamente entre as mulheres [57]. De acordo com o estudo realizado por Celli e colaboradores (2005), [58] com base em dados da *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III), foi demonstrado que cerca de 42% dos indivíduos nos EUA com obstrução respiratória é não fumador. A doença raramente é considerada quando não há história de tabagismo, exceto no contexto de outra exposição. Deste modo, a intervenção com maior capacidade de alterar a história natural da DPOC é a cessação tabágica. Contudo, não existe uma relação linear entre o número de anos de exposição ao tabaco e a DPOC. Sabe-se que a exposição continuada, durante 30-40 anos, pode resultar numa elevada probabilidade da existência de obstrução aérea e da presença de sintomas [34].

Além disso, é necessário ter em conta outras comorbilidades existentes no doente fumador, tais como o alcoolismo e distúrbios psiquiátricos que estão fortemente relacionados com uma baixa taxa de sucesso da cessação tabágica e com o aumento da mortalidade entre os doentes [59]. Segundo um estudo qualitativo de Eklund e colaboradores [60], constatou-se que é fundamental primeiro garantir que o doente fumador tenha a motivação interna para parar de fumar e, então depois ajudá-lo neste plano de uma forma individualizada. Neste contexto, ressalta-se o papel do farmacêutico comunitário, na qualidade de profissional de saúde com maior proximidade do doente, para o aconselhamento dos fumadores e incentivo e apoio à prevenção e ao controlo do tabagismo, criação de um clima favorável à adoção de estilos de vida conducentes à saúde.

Em relação à história familiar de patologia respiratória, não se obteve associação entre esta e os resultados dos testes aplicados. Pensa-se que os resultados encontrados neste estudo em relação a esta variável possam estar enviesados, se tivermos em conta que o inquirido podia não ter conhecimento/não querer responder à questão da história familiar. Neste âmbito, no que diz respeito à asma, o fenótipo mais facilmente reconhecido é a “asma alérgica”, o qual normalmente tem início na infância e encontra-se associado com uma história familiar e/ou passada de doença alérgica, tais como, eczema, rinite alérgica e alergia alimentar ou medicamentosa [5]. Relativamente à DPOC, de acordo com a literatura, o fator de risco genético mais evidenciado é a grave deficiência hereditária alfa-1-antitripsina, o principal inibidor circulatório da serina protease. No entanto, esta deficiência só é proeminente numa pequena parte da população mundial, o que leva a crer que há uma interação entre a genética e a exposição ambiental que leva ao aparecimento da DPOC [6].

6. Limitações do estudo

Este trabalho tem como principais limitações o número reduzido de doentes na amostra e o fato de ter sido realizado num só local geográfico (concelho de Esposende/Barcelos), impedindo a extrapolação de resultados para áreas mais alargadas da população portuguesa.

Uma outra limitação foi o critério de exclusão dos doentes asmáticos e com DPOC com menos de 40 anos de idade que introduziu um viés de seleção na amostra. No entanto, a maior parte dos estudos sobre a QV dos asmáticos não inclui simultaneamente indivíduos adultos e crianças [18,19]. O mesmo acontece nos estudos com doentes com DPOC, em que a idade é normalmente igual ou superior a 40 anos.

Adicionalmente, os diagnósticos das patologias respiratórias foram auto-reportados pelo doente, ou seja, não foram confirmados por especialistas aquando da aplicação dos questionários. Neste ponto, também é importante salientar que alguns dos doentes, aquando questionados sobre a patologia respiratória, desconheciam a terminologia da DPOC e encontravam-se mais familiarizados com os termos “bronquite crónica” e “enfisema”.

Outro aspeto a ter em atenção é o resultado da avaliação, quer do *Mini-AQLQ*, quer do *CAT*, poder estar sobrestimado e/ou subestimado devido ao contexto inserido. Normalmente, os doentes/utentes, na farmácia comunitária, estavam com pressa, podendo ter prestado, assim, pouca atenção às questões colocadas pelos testes. Além disso, outros fatores como o estado psicológico do doente, encargos/despesas com a patologia, bem como diferenças nos estágios de gravidade da asma e/ou DPOC, podem, de certa forma, ter influenciado os resultados dos testes.

7. Conclusões

Este estudo mostrou que tanto a asma como a DPOC apresentam um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes, sendo o impacto ainda maior nos doentes que auto reportaram concomitantemente ambas as patologias.

Relativamente à asma, no *Mini-AQLQ* obteve-se uma pontuação média de 4,270, em que o domínio “ambiente” (3,450) e o domínio da “limitação das atividades” (4,410) apresentam, respetivamente, o maior e o menor impacto na QV dos doentes asmáticos. Os valores obtidos no teste apresentaram-se estatisticamente relacionados com a variável “idade” ($p=0,048$) e com a variável “trabalha/ou em minas ou com produtos químicos” ($p=0,034$), estando associados a uma pior qualidade de vida.

Em relação à DPOC, a pontuação média obtida no *CAT* foi de 21,13. Ou seja, em média a patologia apresenta um alto nível de impacto na qualidade de vida da população em estudo. Os valores do *CAT* mostraram-se estatisticamente relacionados com as variáveis: “idade” ($p=0,045$), “trabalha/ou em minas ou com produtos químicos” ($p=0,048$), “exposto regularmente a fumos da lareira” ($p=0,051$) e com a variável “fumador” ($p=0,032$), estando associados a uma pior qualidade de vida.

É de referir ainda que o tamanho da amostra não foi suficiente para verificar a influência de algumas variáveis, o que comprometeu a sustentação dos resultados, sendo necessários novos estudos com maior número de doentes para que os resultados sejam mais consistentes. No entanto, tendo em atenção o impacto que a DPOC e a asma têm, acreditamos que a investigação nesta área é fundamental. Além disso, ressalta-se ainda o papel crucial do farmacêutico comunitário nesta avaliação da QV, uma vez que se trata do elemento de equipa de saúde que mais perto se encontra do indivíduo em risco e do doente, e que com ele contacta com maior regularidade, um verdadeiro contacto de proximidade.

8. Perspetivas futuras

O impacto considerável da asma e da DPOC tem levado os profissionais de saúde a refletirem a respeito das verdadeiras necessidades apresentadas por estes doentes e, assim, apresentarem novas propostas/soluções de forma a minimizar os seus desconfortos e melhorar

a sua QV. Desta forma, a abordagem tanto teórica como prática do tema “qualidade de vida” deve interessar, sem exceção, a todos os profissionais de saúde.

O papel de farmacêutico comunitário nesta cadeia de responsabilidades em saúde é, aqui como noutros casos, de extrema importância. Trata-se do elemento da equipa de saúde que mais perto se encontra do doente, compreende um leque de conhecimentos e procedimentos específicos que podem avaliar e auxiliar os doentes com patologias crónicas.

Os resultados obtidos no estudo são apenas um tónico para a sua continuação. Devido ao elevado impacto que a asma e a DPOC têm, acreditamos que a prossecução da investigação nesta área é fundamental na contribuição para a melhoria dos cuidados junto dos doentes. É importante que os profissionais de saúde avaliem o estado de saúde e a QV desses doentes, uma vez que é um bom indicador da gravidade da doença.

9. Referências Bibliográficas

[1] World Health Organization. Health topics. Respiratory tract diseases. WHO 2014. Disponível em: http://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/en/. Acedido a 4 de abril de 2014.

[2] Bousquet J, Khaltaev N, editores. Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2007. Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf. Acedido a 5 de janeiro de 2014.

[3] World Health Organization. Media centre. Asthma. Fact sheet N° 307 Updated November 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>. Acedido a 4 de abril de 2014.

[4] World Health Organization. *Burden of COPD*. WHO 2014. Disponível em: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>. Acedido a 4 de abril de 2014.

[5] Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2014. Disponível em: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014.pdf. Acedido a 4 de abril de 2014.

[6] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD [Internet]. 2014. Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf. Acedido a 10 de março de 2014.

[7] World Health Organization. Media centre. COPD. Fact sheet N° 315 Updated October 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>. Acedido a 4 de abril de 2014.

[8] Soriano JB, Davis KJ, Coleman B, Visick G, Mannino D, Pride NB. The proportional Venn diagram of obstructive lung disease: two approximations from the United States and the United Kingdom. *Chest* 2003 Aug;124(2):474-81.

[9] Nakawah MO, Hawkins C, Barbandi F. Asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and the overlap syndrome. *J Am Board Fam Med* .2013 Jul-Aug; 26(4):470-7.

- [10] Louie S, Zeki AA, Schivo M, Chan AL, Yoneda KY, Avdalovic M, et al. The asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome: pharmacotherapeutic considerations. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2013 Mar;6(2):197-219.
- [11] Miravittles M, Soriano JB, Ancochea J, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, et al. Characterisation of the overlap COPD-asthma phenotype. Focus on physical activity and health status. *Respir Med* . 2013 Jul;107(7):1053-60.
- [12] De Marco R, Pesce G, Marcon A, Accordini S, Antonicelli L, Bugiani M, et al. The coexistence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): prevalence and risk factors in young, middle-aged and elderly people from the general population. *PLoS One* [Internet]. 2013 Jan;8(5):e62985.
- [13] WHO. The global burden of disease: 2004 update, 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/. Acedido a 4 de abril de 2014.
- [14] World Bank/ WHO Global Burden of Disease Study. Disponível em: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease. Acedido a 4 de abril de 2014.
- [15] World Health Report: WHO 2002
- [16] Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Relatório 2013. A Sociedade, o Cidadão e as Doenças Respiratórias [Internet]. Fundação Portuguesa do Pulmão; 2013. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf. Acedido a 10 de fevereiro de 2014.
- [17] Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Doenças Respiratórias em Números-2013 [Internet]. DGS; 2013.
- [18] Rosado Pinto J: *ISAAC - 20 anos em Portugal*. *Acta Pediatr Port* 2011, 42:S35-S40.
- [19] Community E, Health R. *Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS)*. *Eur Respir J*. 1996 Apr 1; 9(4):687-95.
- [20] Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Orientações Programáticas [Internet]. DGS; 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22514>
- [21] De Sousa CJ, Santo ME, Colaço T, Almada-Lobo F, Yaphe J. Asthma in na Urban Population in Portugal: A prevalence study. *BMC Public health* 2011, 11:347
- [22] Sa-Sousa A, Morais-Almeida M, Azevedo LF, Carvalho R, Jacinto T, Todo-Bom A, et al. Prevalence of asthma in Portugal - The Portuguese National Asthma Survey. *Clin Transl Allergy* [Internet]. 2012 Jan;2(1):15.
- [23] Bárbara C, Rodrigues F, Dias H, Cardoso J, Almeida J, Matos MJ, et al. Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in lisbon, portugal: the burden of obstructive lung disease study. *Rev Port Pneumol*. 2013; 19:96
- [24] World Health Organisation. *The first ten years. The health organization*. Geneva: World Health Organisation; 1958
- [25] World Health Organisation. *Programme on mental health*. Geneva: World Health Organisation; 1996
- [26] MEGARI, Kalliopi. *Quality of life in chronic disease patients*. *Health Psychology Research* 2013; 1:e27

- [27] JUNIPER E. *Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis*. Allergy 1997; 52:971-7.
- [28] Almada-Lobo F. *Qualidade de vida dos doentes com asma*. Rev Port Clin Geral 2006; 22:671-87.
- [29] De souza JC, Pina A, Cruz AM, Quelhas A, Almada-Lobo F, Cabrita J et al. *Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study*. Primary Care Respiratory Journal 2013; 22(2): 181-187.
- [30] Gonzalez-Barcala F-J, de la Fuente-Cid R, Tafalla M, Nuevo J, Caamaño-Isorna F. *Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study*. Multidiscip Respir Med 2012 Jan;7(1):32.
- [31] Martínez-Moragón E, Palop M, de Diego A, Serra J, Pellicer C, Casán P et al. *Factors affecting quality of life of asthma patients in Spain: The importance of patient education*. Allergol Immunopathol (Madr). 2013.
- [32] Kolawole MS, Olayemi AF, Gregory EE, Abiodun AO, Daniel O, Bamidele A. *Health related quality of life and psychological variables among a sample of asthmatics in Ile-Ife South-Western Nigeria*. Libyan J Med 2011 June; 6(1):5846.
- [33] Ferreira LN, Brito U, Ferreira PL. *Qualidade de vida em doentes com asma*. Rev Port Pneumol. 2010;XVI:23-55.
- [34] Direção geral de saúde. Diagnóstico e tratamento da DPOC. Norma da DGS.2013
- [35] Carneiro R, Sousa C, Pinto A, Almeida F, Oliveira JR, Rocha N. *Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica: Estudo prospetivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão*. Rev Portuguesa de Pneumologia 2010;XVI(March 2009):759-77.
- [36] Zohal MA, Yazdi Z, Kazemifar AM, Mahjoob P, Ziaeeha M. *Sleep Quality and Quality of Life in COPD Patients with and without Suspected Obstrutive Sleep Apnea*. Hindawi Publishing Corporation 2014. ID508372
- [37] Ståhl E, Lindberg A, Jansson S-A, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, et al. *Health-related quality of life is related to COPD disease severity*. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2005 Jan 3(1):56.
- [38] Brown DW, Pleasants R, Ohar JA, Kraft M, Donohue JF, Mannino DM et al. *Health-related quality of life and chronic obstrutive pulmonar disease in North Carolina*. N Am J Med Sci. Feb 2010; 2(2):60-65
- [39] Pinto JMS, González JR, Arenillas JIC, Nogueras AMM, Gómez FP. *A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ*. Rev Port Pneumologia. Aug 2010. ISSN 0873-2159
- [40] Juniper EF, Guyatt GH, Cox FM, Ferrie PJ, King DR. *Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire*. Eur Respir J. 1999; 14: 32-38.
- [41] Juniper EF. *Asthma quality of life questionnaires (AQLQ, AQLQ (s), MiniAQLQ and Acute AQLQ): Background, administration and analysis*. QOL Technologies Ltd. May 2012; 2:35
- [42] Jones PW, Harding G, Berry P, et al. *Development and first validation of the COPD Assessment Test*. Eur Respir J 2009; 34: 648-654.

- [43] Jones P, Jenkis C, Bauerle O: *Healthcare Professional User Guide - COPD Assessment Test™ - CAT - Expert guidance on frequently asked questions*. February 2012, 3: 5-13
- [44] Classificação Nacional das Profissões -CNP. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Disponível em: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- [45] Costa FA, van Mil JWF, Duggan CA, Mata PL, Caramona M. Avaliação de formas de documentação para cuidados farmacêuticos a doentes com asma. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3):153-171
- [46] Asma e Poluição Urbana. Fundação Portuguesa do Pulmão. [Internet] Disponível em : http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ASMA_E_POLUICAO_URBANA.html
- [47] Miyazaki M, Nakamura H, Chubachi S, Sasaki M, Haraguchi M, Yoshida S, et al. *Analysis of comorbid factors that increase the COPD assessment test scores*. *Respir Research*. 2014 Jan;15:13.
- [48] Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, et al. *Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study*. *Eur Respir J*. 2011 Jul; 38(1):29-35.
- [49] Gibson PG, McDonald VM, Marks GB. *Asthma in older adults*. *Lancet*. Elsevier Ltd; 2010 Sep 4;376(9743):803-13
- [50] Van Zeller M, Vaz a P, Soares Pires F, Neves I, Drummond M, Carvalho a M, et al. *Efficacy evaluation of educational sessions for patients with asthma and COPD*. *Rev Port Pneumol* . 2014; 18(1):29-33.
- [51] Asma ocupacional: quando o trabalho é uma ameaça. Associação Portuguesa dos Asmáticos. [Internet]. Acedido em 10 de Maio de 2014. Obtido de: http://www.apa.org.pt//index.php?option=com_content&task=view&id=289&Itemid=158
- [52] Baur X, Sigsgaard T, Aasen TB, Burge PS, Heederik D, Henneberger P, et al. *Guidelines for the management of work-related asthma*. *Eur Respir J* . 2012 Mar; 39(3):529-45.
- [53] Blanc PD, Iribarren C, Trupin L, Earnest G, Katz PP, Balmes J, et al. *Occupational exposures and the risk of COPD: dusty trades revisited*. *Thorax*. 2009 Jan; 64(1):6-12.
- [54] Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - Orientações programáticas. Direção Geral de Saúde. Publicado em www.dgs.pt em 05/09/2012.
- [55] Lawson J, Janssen I. *Asthma incidence and risk factors in a national longitudinal sample of adolescent Canadians: a prospective cohort study*. *BMC Pulmonary Medicine*; 2014 Jan 14(1):51.
- [56] Joseph S, Pascale S, Georges K, Mirna W. *Cigarette and waterpipe smoking decrease respiratory quality of life in adults: results from a national cross-sectional study*. *Pulm Med*. 2012 Jan;2012:868294.
- [57] Vozoris N, Stanbrook M. *Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma*. *Respir Med*. Elsevier Ltd; 2011 Mar;105(3):477-84.
- [58] Celli BR, Halbert RJ, Nordyke RJ, Schau B. *Airway obstruction in never smokers: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. *Am J Med*. 2005 Dec;118(12):1364-72

[59] Kupiainen H, Kinnula VL, Lindqvist a, Postma DS, Boezen HM, Laitinen T, et al. *Successful Smoking Cessation in COPD: Association with Comorbidities and Mortality*. *Pulm Med*. 2012 Jan; 2012:725024

[60] Eklund B-M, Nilsson S, Hedman L, Lindberg I. *Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study*. *Tob Induc Dis. Tobacco Induced Diseases*; 2012 Jan;10(1):17.

Capítulo II - Estágio curricular em Farmácia Hospitalar

1. Introdução

O presente relatório espelha o estágio curricular em Farmácia Hospitalar, o qual foi realizado nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Pêro da Covilhã, pertencente ao Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). O estágio com a duração de 8 semanas teve início a 9 de Setembro e terminou a 1 de Novembro de 2013. No decurso do estágio tive a oportunidade de integrar a equipa de trabalho dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH) e acompanhar e participar ativamente em todas as áreas afetas a este serviço, o que me permitiu enriquecer os conhecimentos adquiridos durante a formação académica e contactar com a realidade da profissão farmacêutica.

A farmácia hospitalar, segundo o Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro de 1962, define-se como “um conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes couber”, sendo estas atividades exercidas através de SFH [1]. Estes serviços são responsáveis por, nos hospitais, assegurarem a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integrarem as equipas de cuidados de saúde e promoverem ações de investigação científica e de ensino. Caracterizam-se por departamentos com autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral dos Órgãos de Administração dos Hospitais, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício [2].

O farmacêutico hospitalar, enquanto profissional de saúde e especialista do medicamento, é o responsável pelo uso correto e racional dos medicamentos, pela preparação da medicação com rigor e segurança e pela distribuição dos medicamentos de forma eficaz no Hospital. Também possui formação e competências técnico-científicas para fornecer informação sobre o medicamento, a todos os outros profissionais de saúde [2].

Ao longo deste relatório serão descritos os conhecimentos teóricos e práticos que reuni durante o meu período de estágio, elucidando as diversas responsabilidades do farmacêutico hospitalar nas diferentes áreas. É de salientar que todo o funcionamento e organização dos SFH, do CHCB são regidos pelo *Manual da Farmácia Hospitalar* do INFARMED [2] e pelo *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar* da Ordem dos Farmacêuticos [3].

2. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos

A organização e gestão logística nos SFH são parâmetros fundamentais para uma disponibilização adequada e no *timing* certo dos bens a serem distribuídos pelos restantes setores destes serviços. A gestão logística integra todo o circuito do medicamento desde a seleção até ao consumo, promovendo a eficiência e redução do desperdício. Assim, a gestão de medicamentos consiste no conjunto de procedimentos realizados pelos SFH que garantem a dispensa dos medicamentos aos doentes do hospital em perfeitas condições de conservação e estabilidade, realizada ao mais baixo custo. Estes procedimentos têm como objetivo a satisfação das necessidades terapêuticas dos doentes com a melhor utilização dos recursos disponíveis [3].

No CHCB, a gestão dos SFH é realizada com o apoio informático pelo setor da logística, o qual é constituído em permanência por: 1 farmacêutico, 1 técnico de diagnóstico e terapêutica (TDT), 1 assistente operacional (AO) e 3 administrativos afetos ao Serviço de Aprovisionamento (SA). Cabe ao setor da logística e aprovisionamento do CHCB a responsabilidade por várias áreas, nomeadamente a seleção, aquisição, receção, armazenamento e distribuição dos medicamentos, com exceção da distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU), da distribuição em ambulatório e dos circuitos especiais de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) e hemoderivados [2,4].

2.1. Seleção dos medicamentos

Atualmente, devido à grande diversidade de medicamentos no mercado farmacêutico, torna-se indispensável uma seleção racional destes a nível hospitalar. Esta seleção permite assegurar o acesso aos medicamentos necessários às terapêuticas instituídas no hospital, segundo critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo, promovendo a sua utilização racional. Caracteriza-se por um processo dinâmico, contínuo e de caráter multidisciplinar, uma vez que deve envolver médicos, farmacêuticos e administradores [2].

Para uma correta seleção de medicamentos torna-se essencial a existência de um Guia Farmacoterapêutico adaptado ao hospital, onde devem constar as necessidades terapêuticas próprias do hospital, bem como a existência de protocolos de utilização de medicamentos e sistemas de controlo e avaliação contínuos dos mesmos. Além disso, este Guia Farmacoterapêutico tem como filosofia uma terapêutica limitada, o que proporciona uma maior eficiência das aquisições, armazenamento e gestão de *stocks*, sem comprometimento da segurança e eficácia [2].

No CHCB, a seleção de medicamentos está a cargo Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), de cariz obrigatório a nível hospitalar, que tem por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e as necessidades internas com o objetivo de elaborar o Guia Terapêutico do CHCB. Este guia consiste na lista de fármacos ou outros produtos farmacêuticos que se encontram disponíveis para prescrição e uso no CHCB, sendo

constantemente atualizado. Encontra-se disponível para consulta na *intranet* do CHCB e deveria ser editado sob forma de manual de bolso com uma periodicidade de três anos, o que não se tem verificado atualmente [4]. De referir ainda que, por vezes, existe a possibilidade de um médico prescriptor solicitar um fármaco que não consta no guia terapêutico. Nestes casos, deve ser feito um pedido à CFT para posterior introdução do medicamento no guia. Para tal, deve-se preencher um impresso próprio indicando as características do medicamento, custo e previsão de consumo, assim como a justificação para a sua introdução referindo o benefício terapêutico comparativamente aos fármacos já existentes, nomeadamente em termos de eficácia, segurança e aspetos económicos.

Por fim, resalto o papel essencial que o farmacêutico hospitalar, como membro da CFT, exerce na definição da política de medicamentos do hospital, colaborando na seleção de medicamentos a incluir (ou a excluir) do guia farmacoterapêutico.

2.2. Sistemas de aquisição

A aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é da responsabilidade do farmacêutico hospitalar, devendo ser efetuada pelos Serviços Farmacêuticos em articulação com o Serviço de Aprovisionamento [2].

Após feita a seleção dos medicamentos a adquirir, o sistema informático realiza uma análise baseada no seu consumo, nos últimos meses, para definir as quantidades a adquirir. Deste modo, para cada produto é elaborado o ponto de encomenda (PE) de acordo com os consumos anteriores, sendo possível verificar quais os artigos abaixo deste, fazer uma avaliação detalhada artigo a artigo, com base no *stock* atual, consumo no momento (dia anterior), consumo dos últimos seis meses e previsão futura. Apesar do sistema informático fornecer uma sugestão de aquisição feita com base em processos matemáticos, esta sugestão deve ser sempre analisada frequentemente de modo a evitar desperdícios ou ruturas de *stock*.

De acordo com os consumos, alguns produtos existem em *stock* para 30 dias e, para outros produtos mais dispendiosos, o *stock* é para 15 dias ou de acordo com o número de doentes. Para além dos consumos anteriores mensais, a quantidade a adquirir depende de outros fatores nomeadamente, na classificação ABC do artigo, tipo de aquisição², as condicionantes de fornecedores (no caso de estabelecerem quantidades mínimas para a não cobrança de portes, tipo de embalagem) e as instruções do Conselho de Administração (CA) e do Aprovisionamento. A análise ABC é um método de classificação que organiza os artigos em 3 diferentes grupos (A, B ou C) com base no valor económico e na frequência de saídas (quantidades utilizadas). Esta classificação também vai servir como ponto de partida para a elaboração do ponto de encomenda.

² Existem 5 tipos principais de requisição, entre os quais: concurso público centralizado através do catálogo telemático da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); concurso público limitado (da instituição); negociação direta com laboratórios (por artigo, ou em “pacote”); consultas diretas e, por fim, através de compras urgentes a fornecedores locais (farmácias).

Após a decisão dos produtos a adquirir, cabe ao farmacêutico responsável pelo setor da logística iniciar o pedido de compra, o qual é enviado, por via informática, ao SA. Este serviço emite a respetiva nota de encomenda, a qual é enviada ao CA para ser assinada e, por fim, ser enviada aos fornecedores por *fax*, completando assim a etapa da aquisição.

Contudo, em casos excepcionais, pode ser realizada a aquisição de medicamentos não possuidores de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), através da elaboração do pedido de autorização de utilização especial (AUE) [5]. Esta autorização apenas pode ser requisitada quando não existam, em Portugal, medicamentos essencialmente similares (idêntica composição qualitativa e quantitativa de substâncias ativas e forma farmacêutica), e que sejam considerados imprescindíveis à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinadas patologias. Além disso, a entidade requerente tem de ser uma instituição com autorização de aquisição direta de medicamentos. A AUE apenas é concedida para utilização de medicamentos com AIM em país estrangeiro, ou, caso não a possuam, a sua eficácia e segurança de emprego têm de ser fortemente presumidas à luz dos resultados de ensaios precedentes. O pedido da AUE, aquando reporte a medicamentos de benefício clínico bem reconhecido não pertencentes ao FHNM, deve incluir justificação clínica, a qual deve ser preenchida pelo diretor do serviço requisitante. Para tal, nesse formulário de justificação clínica deve ser assinalada a indicação terapêutica pretendida e a posologia, estratégia terapêutica, listagem de terapêuticas alternativas no mercado e motivos da sua inadequação, bem como fundamentação científica da utilização do medicamento. Posteriormente envia-se à CFT que, juntamente com o CA tem de aprovar o pedido antes de ser enviado ao INFARMED [5,6].

De referir ainda que, o processo de aquisição tem como indicador de qualidade a monitorização do número de roturas de medicamentos e como objetivo a diminuição do número de pedidos urgentes.

2.3. Receção e Conferência dos produtos adquiridos

A conferência de medicamentos e outros produtos farmacêuticos previamente rececionados pelo SA é feita em local próprio com acesso direto ao exterior, que facilita cargas e descargas nos SFH. A receção de encomendas faz-se por um TDT que se responsabiliza por conferir quantitativa e qualitativamente os produtos farmacêuticos com a guia de receção, e por um representante do SA. Após a receção, conferem-se os códigos, quantidades, lotes e validades de cada um dos produtos. Posteriormente, estes são guardados no armazém central (armazém 10), tendo em atenção os critérios técnicos (condições especiais de armazenamento ou segurança), de acordo com as Boas Práticas da Farmácia Hospitalar [4]. Nesta etapa tive oportunidade de assistir e ajudar no processo de receção de encomendas, verificando quantidades, validades e lotes de diversos medicamentos.

2.4. Armazenamento

O armazenamento é uma parte essencial na manutenção e garantia da qualidade de todos os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. Como tal, todos os produtos farmacêuticos existentes em armazém devem possuir as condições de armazenamento ideais, quer em termos de temperatura, luz, humidade e espaço, quer ao nível de condições de segurança [1].

2.4.1. Constituição e organização do armazém

Os SFH do CHCB possuem um armazém central (armazém 10) e vários armazéns inerentes a cada sector e articulados com este. Cada armazém é identificado de forma numérica facilitando assim o seu reconhecimento. Ao todo existem 10 armazéns: o armazém central (armazém 10) que funciona como armazém principal fornecendo os produtos aos restantes armazéns (após pedido de reposição de stock ou por transferência direta); o armazém pertencente a farmácia satélite do Hospital do Fundão (armazém 11); o armazém referente ao setor de dose unitária (armazém 12); o armazém do setor farmacotecnia (armazém 13) que serve de apoio à preparação de citotóxicos e da nutrição parentérica; o sistema de distribuição semiautomático *PyxisTM* do bloco operatório (armazém 14), da urgência pediátrica (armazém 15), da urgência do serviço de observação (armazém 16) e da urgência geral (armazém 17); o armazém de quarentena (armazém 18) e, por último, o armazém do setor de ambulatório (armazém 20).

O armazém 10 é constituído por várias prateleiras deslizantes e é nele que se armazenam grande parte dos medicamentos. Quanto ao sistema de organização, os vários medicamentos encontram distribuídos em diferentes grupos: medicamentos gerais, leites para o serviço de pediatria, contraceptivos, hemoderivados, estomatologia, medicamentos com saída em ambulatório, antibióticos, tuberculoestáticos, material de penso, colírios e anestésicos. Para além deste sistema de divisão e organização existem armários para citotóxicos e nutrição entérica e parentérica, cofre fechado para os MEP, estantes de reserva para armazenar os produtos excedentes que não cabem nas respetivas prateleiras, e gavetas de apoio onde se encontram os medicamentos mais pedidos pelos serviços facilitando assim o seu acesso. Também existem outras zonas, situadas fora do armazém principal mas inerentes a este, que são reservadas ao armazenamento de injetáveis de grande volume, desinfetantes, inflamáveis e produtos termolábeis. Os produtos termolábeis que exigem conservação no frio são armazenados na camara frigorífica, ou caso seja necessário, na arca congeladora. Estes produtos quando saem dos SFH são devidamente assinalados com a indicação “guardar no frigorífico”.

Em cada armazém os produtos encontram-se dispostos por ordem alfabética de princípio ativo e identificados por etiquetas com nome e código de barras. Sempre que se justifique, é feita a rotulagem dos medicamentos rececionados (medicamentos que não

contêm toda a informação para a Distribuição em Dose Unitária) antes do seu armazenamento. Os medicamentos a rotular são registados em impresso próprio. A emissão, impressão do rótulo e sua validação são efetuadas pelo TDT, sendo a rotulagem dos medicamentos da responsabilidade dos AO dos SFH. Os medicamentos rotulados são depois conferidos por outros AO ou pelo TDT. Não necessitam de ser rotulados artigos que saem em grandes quantidades para o setor Ambulatório, assim como estão dispensados de rotulagem formas orais que se destinam a serem dispensadas pela embaladora *Fast Dispensing System* (FDS). Cada medicamento é arrumado no respetivo local de acordo com a regra “*First expire, first out*” (FEFO), onde os medicamentos de menor prazo de validade são colocados em primeiro lugar para serem consumidos primeiramente [4].

Todos os armazéns possuem registos de temperatura e humidade que permitem monitorizar continuamente estes parâmetros. As condições ambientais gerais devem corresponder a uma temperatura máxima de 25°C, humidade inferior a 60% e proteção da luz solar direta. Os produtos refrigerados devem ser armazenados a uma temperatura entre 2-8°C, em local isento de humidade.

Existem medicamentos e produtos farmacêuticos que, devido às suas características particulares, necessitam de condições especiais de armazenamento para maximizar a segurança, entre os quais, os citotóxicos, os inflamáveis, os MEP, gases medicinais, medicamentos que necessitem de refrigeração/congelação e as matérias-primas/ substâncias químicas perigosas. Os citotóxicos serão abordados detalhadamente mais adiante. Quanto aos inflamáveis, o seu acondicionamento faz-se numa divisão própria, isolada das restantes e perto de uma saída para o exterior do edifício. Esta divisão encontra-se revestida com material resistente ao fogo e chão impermeável, possuindo este uma barreira de contenção em caso de derrames. A sala apresenta também um sistema de ventilação e deteção de fumos, extintor e instalação elétrica antideflagrante (impede que haja um foco de incêndio). A porta que dá acesso à sala de inflamáveis possui também a particularidade de abrir unicamente para o lado de fora da sala e ser à prova de fogo. No que se refere aos MEP, estes encontram-se no armazém central e no ambulatório, em cofres de duas fechaduras para garantir a segurança. Relativamente aos gases medicinais, também da responsabilidade dos SF, estes encontram-se armazenados fora destes serviços por questões de segurança e espaço. Os gases medicinais devem ser sempre acompanhados da cópia do certificado de análise do gás, corretamente identificados no caso de cilindros e, tanto o cilindro como a válvula devem estar limpos. O farmacêutico valida a prescrição dos gases medicinais e controla periodicamente a qualidade do gás distribuído. A monitorização do armazenamento dos gases medicinais constitui um indicador de qualidade desta área. Os medicamentos termolábeis que necessitam de refrigeração são armazenados em câmaras frigoríficas ou frigoríficos que têm um controlo e registo de temperatura permanente e sistema de alarme automático que é acionado quando as temperaturas ultrapassam os valores pré-definidos: 2°C- 8°C (refrigeração) ou < - 15°C (congelação) [2;4]. De salientar ainda que, o acondicionamento das matérias-primas/ substâncias químicas perigosas é efetuado com base em critérios que

respeitam as incompatibilidades e as boas práticas de segurança, nomeadamente: existência de um número mínimo necessário das mesmas; a realização de inspeções periódicas mensais; as substâncias em estado líquido devem ser armazenadas nas prateleiras inferiores e as substâncias potencialmente perigosas deverão ser sinalizadas.

Os SFH do CHCB, com o intuito de diminuir os erros no circuito do medicamento, apresentam uma sinalética na metodologia do armazenamento. Durante o estágio tive a oportunidade de constatar que para o mesmo medicamento disponível em dosagens diferentes e armazenado na mesma gaveta, utilizam-se cores indicativas de dosagem: vermelho (dosagem mais alta), amarelo (dosagem intermedia) e verde (dosagem mais baixa). Tal como, os medicamentos definidos como potencialmente perigosos e de elevado risco para o doente são sinalizados com o sinal de perigo. Os medicamentos com embalagens idênticas quando armazenadas na mesma gaveta, ou lado a lado na prateleira são sinalizados com o sinal rodoviário de “STOP” e nos fármacos com nomes idênticos (“*look-alike, sound-alike*”), a porção do nome que difere é enfatizada em letras maiúsculas.

2.4.2. Controlo de prazos de validade e contagem de *stocks*

Quanto ao controlo dos prazos de validade dos medicamentos, este é realizado mensalmente para todos os armazéns (incluindo os *PyxisTM*) através de auditorias qualitativas, nas quais se verifica a existência de artigos cuja validade termine dentro de 4 meses. Caso exista produtos em tais circunstâncias é feita uma lista pelo TDT, a qual é enviada posteriormente ao farmacêutico responsável do setor da logística, para que este analise se o produto é ainda passível de ser consumido. Se tal não for possível, o farmacêutico deve contactar os laboratórios para acordar uma possível troca ou crédito desses produtos, contactar outros hospitais com um consumo previsível desses produtos, ou em último caso, à necessidade de abate ao *stock*.

Para além das auditorias qualitativas, também se realizam diariamente auditorias quantitativas, nas quais se procede à conferência de *stocks* de artigos incidindo com maior frequência no grupo A e B, e menor no C (classe A de 3 em 3 semanas, classe B mensalmente e classe C de 2 em 2 meses). Posteriormente, compara-se o resultado da contagem com o *stock* informático, proporcionando desta forma uma gestão pormenorizada dos produtos e despistando possíveis erros. Assim, ocorre um maior controlo e correção de não conformidades que possam existir. O controlo das validades e *stock* de medicamentos existentes nas enfermarias deve ser realizado trimestralmente.

Neste sector, durante o estágio, procedi ao armazenamento de vários produtos, à conferência de *stocks*, participei tanto nas contagens diárias dos produtos definidos, como também na monitorização dos artigos cuja validade terminava dentro de 1 mês (classe B). Além disso, efetuei, por diversas vezes, movimentações de medicamentos entre os diferentes armazéns dos SFH.

3. Distribuição

A Distribuição de Medicamentos é uma função dos SFH que, com metodologia e circuitos próprios, torna disponível o medicamento correto, na quantidade e qualidade certas, para cumprimento da prescrição médica proposta, para cada doente do hospital [2]. No CHCB realiza-se o sistema de “distribuição tradicional”, o sistema de reposição de *stocks* nivelados, a distribuição semiautomática através de sistema *Pyxis*TM, a distribuição em dose unitária e a distribuição afeta ao setor de ambulatório, os quais se efetuam a partir do armazém central dos SFH para os armazéns periféricos e para os serviços utilizadores [4].

3.1. Distribuição clássica

A distribuição tradicional é pedida pelos serviços clínicos aos SFH, sendo atendidos os pedidos chegados até às 14 horas do próprio dia. Caso seja após essa hora, o pedido será realizado no dia seguinte. Estes pedidos são efetuados pelos enfermeiros responsáveis e de acordo com os *stocks* predefinidos. Depois de preparados os pedidos, é dada saída dos medicamentos ou produtos farmacêuticos do sistema informático e estes são transportados para os respetivos serviços por um AO. Este tipo de distribuição realiza-se para todos os *stocks* de apoio à dose unitária existentes nas enfermarias com internamento, consultas externas, serviços de apoio clínico, hospital de dia, injetáveis de grande volume, pomadas e cremes de uso geral, desinfetantes, entre outros [4]. É de salientar que não se trata de uma distribuição clássica “pura” uma vez que, existem *stocks* predefinidos entre o farmacêutico responsável pela Distribuição Tradicional, o Diretor de Serviço e o Enfermeiro Chefe.

De forma a monitorizar os prazos de validade, os *stocks* e as condições de armazenamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos existentes nas enfermarias são realizadas auditorias trimestralmente pelos TDT. Sendo assim, os indicadores de qualidade desta área consistem na monitorização destas visitas aos serviços clínicos para detetar e corrigir as não conformidades existentes nos *stocks* de apoio bem como, na diminuição do número de reclamações na distribuição por níveis.

Durante o meu estágio participei na preparação da medicação requisitada pelos diversos serviços clínicos.

3.2. Distribuição por reposição de *stocks* nivelados

Neste tipo de distribuição por reposição de *stocks* nivelados, a principal diferença é que a reposição é efetuada em carros onde existem compartimentos para armazenar os medicamentos. Nestes compartimentos estão indicadas as unidades de cada medicamento que devem constar, sendo a reposição feita até este nível. Esta reposição dos medicamentos nos carros faz-se com recurso a um leitor ótico (PDA) que permite dar saída imediata dos produtos do armazém no sistema informático. O controlo dos prazos de validade para cada

medicamento presente em cada carro é efetuado mensalmente. De referir que a reposição de *stocks* destes carros tem dias predefinidos [4].

No CHCB, existem diversos carros de reposição para os vários serviços, entre os quais, Neonatologia, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Urgência Obstétrica, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). De salientar ainda que para a unidade de AVC e para a UCI existem dois carros, sendo que quando um dos carros é encaminhado para os SFH para ser reabastecido, o outro carro, já preparado, é enviado de imediato para o respetivo serviço [4].

No decorrer do meu estágio tive oportunidade de efetuar a reposição de medicamentos de vários carros de reposição para os vários serviços, com recurso ao leitor ótico (PDA).

3.3. Distribuição semiautomática através do sistema *Pyxis*TM

Os *Pyxis*TM são dispositivos de dispensa de medicamentos semiautomáticos com *stock* definido, tanto qualitativa, como quantitativamente. Deve ser estabelecido um *stock* máximo, um *stock* mínimo, e uma periodicidade de reposição, tendo em conta o perfil de consumo de cada unidade. Estes dispositivos permitem reduzir o tempo para administração da primeira dose (medicação próxima dos serviços), fornecendo um acesso fácil e rápido aos medicamentos.

O CHCB dispõe deste sistema para os seguintes serviços: bloco operatório, urgência do serviço de observação, urgência geral e urgência pediátrica. Sempre que um medicamento é removido do *Pyxis*TM, por um membro da equipa de enfermagem, é gerado um consumo. É importante referir que mensalmente é emitida uma lista de medicamentos cuja validade esteja prestes a expirar, sendo estes medicamentos posteriormente recolhidos.

Ao longo estágio tive a oportunidade de visitar todos os *Pyxis*TM e auxiliar na sua reposição, efetuando a contagem dos medicamentos contidos nas gavetas e na conferência dos prazos de validade.

3.4. Distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU)

No sistema de distribuição de medicamentos em dose unitária, todas as funções pertencentes, nomeadamente, à reembalagem, à interpretação da prescrição médica, à elaboração do perfil farmacoterapêutico e à distribuição, são coordenadas pelos SFH. Este sistema de distribuição tornou-se obrigatório legalmente através do despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e da Saúde, de 30 de Dezembro de 1991, publicado no Diário da República n.º23 - 2ª série, de 28 de janeiro de 1992, consistindo, assim, num sistema de distribuição seguro e eficaz [3].

A distribuição em dose unitária traduz-se numa distribuição de medicamentos diária individualizada, cujos medicamentos prescritos para cada doente são enviados, na quantidade e qualidade certas, para os respetivos serviços clínicos para um período de 24h. Este sistema de DDDU tem como objetivos: aumentar a segurança do circuito de medicamentos; conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes; diminuir os riscos de interações; racionalizar a terapêutica; permitir que os enfermeiros dediquem mais tempo aos cuidados dos doentes e menos aos aspetos de gestão relacionados com os medicamentos; atribuir mais corretamente os custos e reduzir os desperdícios [2].

A primeira etapa do processo de DDDU centra-se na interpretação e validação das prescrições médicas pelos farmacêuticos. No CHCB, estas prescrições médicas são na grande maioria informatizadas, e chegam ao SFH por via *online*, através do sistema informático implementado - o *Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento* (SGICM). Contudo, existem serviços (UCI e UAVC) que possuem um sistema informativo incompatível com o SGICM, nos quais é necessário que se proceda à sua transcrição para o sistema informático, tal como se sucede com as prescrições manuais. É importante salientar que a prescrição informatizada é preferencial uma vez que minimiza os erros aquando da sua interpretação e facilita a elaboração dos perfis farmacoterapêuticos. As prescrições devem conter o nome do doente, do médico prescriptor, a designação do medicamento por DCI, forma farmacêutica, dose unitária, via de administração, frequência, hora e a quantidade. Também podem conter outras informações adicionais relevantes tais como: alergias, diagnóstico e patologias crónicas subjacentes [2]. Durante o estágio auxiliiei na transcrição de prescrições da UCI e UAVC, sob supervisão farmacêutica e tive a possibilidade de acompanhar a atividade farmacêutica no momento da validação, no qual deve-se ter em conta certos parâmetros de modo a detetar possíveis erros, nomeadamente: duplicação de medicamentos; posologias inadequadas; interações medicamentosas bem como possíveis alergias.

Para além disso, neste processo da validação, cabe ao farmacêutico avaliar o cumprimento do guia Farmacoterapêutico do CHCB por parte dos médicos prescritores bem como controlar a prescrição de antibióticos que necessitam de autorização prévia por serem antibióticos considerados de última linha (uso restrito). Uma outra função executada pelo farmacêutico nesta etapa é o cálculo do número de ampolas a dispensar para 24h para medicamentos a administrar por perfusão, tendo em conta a dose e a velocidade de perfusão, a compatibilidade do medicamento com o fluido em que vai ser diluído e a estabilidade da solução. Durante o estágio tive a oportunidade de calcular o número de ampolas de *KCl* a dispensar para 24h para administrar por perfusão a uma velocidade 40mL/h em *glucose 5% + Cloreto de sódio*. Estas informações podem ser encontradas num Manual de Injetáveis, elaborado pelos SFH do CHCB.

Caso exista alguma questão relacionada com a prescrição médica que suscite dúvida ao farmacêutico, esta deve-se resolver imediatamente com o médico prescriptor ou, caso não seja possível contactar o médico, deve-se avisar o enfermeiro afeto ao serviço em questão. Por vezes, torna-se necessário recorrer a fontes de informação como o Prontuário Terapêutico

(ao qual o SGIM permite acesso diretamente), os Resumos das Características dos Medicamentos ou outra bibliografia de referência presente no local da validação. Para além destas fontes de informação, todos os computadores nos SFH do CHCB apresentam no ambiente de trabalho duas tabelas: uma com os medicamentos de administração IV direta (sem necessidade de diluição) e outra com os custos da transição da terapia IV para terapia oral de determinados fármacos. Torna-se essencial o papel ativo do farmacêutico em esclarecer as questões relativas às prescrições, contribuindo assim para uma boa intervenção farmacêutica.

Após a validação das prescrições são gerados os perfis farmacoterapêuticos dos doentes para cada serviço clínico. Estes perfis são enviados para os sistemas semiautomatizados Kardex e FDS e impressos para se proceder à sua preparação. Estes dois sistemas semiautomáticos servem de apoio no processo de preparação da medicação, permitindo desta forma reduzir os erros e o tempo destinado à preparação, melhorar a qualidade do trabalho executado e racionalizar os *stocks* nas unidades de distribuição [2]. Quando os perfis farmacoterapêuticos são enviados para o Kardex, este efetua a dispensa por princípio ativo, e indica qual o tabuleiro e gaveta que o TDT deve ir retirar o medicamento, bem como as quantidades necessárias. Ao contrário do Kardex, o FDS efetua a dispensa por doente (cama), conforme constam nos perfis, e não por princípio ativo. Este equipamento encontra-se numa sala própria afeta ao reembalamento de formas orais sólidas. A medicação sai reembalada em mangas identificadas inicialmente com o nome do doente e o serviço no qual está inserido.

A preparação individualizada da medicação é realizada pelos TDT com o auxílio dos AO, numa sala apropriada para o efeito. Os medicamentos são colocados em gavetas individualizadas que possuem separadores de forma a dividir a medicação para a manhã, o meio-dia, a noite e SOS. Cada gaveta encontra-se identificada com o nome do doente, a sua data de nascimento, o número de cama, o serviço onde o doente se encontra e a data para a qual a medicação está destinada, uma vez que o perfil farmacoterapêutico pode sofrer modificações consoante os dias. Esta identificação das gavetas é fundamental para evitar trocas com outros doentes.

Caso os medicamentos tenham dimensões mais elevadas (como enoxaparinas, paracetamol IV, entre outros) e não possam ser colocados nas gavetas, são guardados em caixas plásticas e identificados com etiquetas tal como as gavetas. É importante referir que cada embalagem unitária de medicamento é identificada pelo nome, dosagem, prazo de validade e o lote de fabrico, tal como é referido nas Boas Práticas. Após preparação dos medicamentos, os módulos são enviados novamente para a sala de validação, onde os farmacêuticos verificam e validam a preparação. Caso sejam encontrados erros, tais como medicamentos em falta ou troca de doentes, estes são corrigidos e registados como não conformidades. A diminuição do número de erros de medicação distribuída em dose unitária consiste num objetivo de qualidade desta área.

Cada serviço clínico tem uma hora estipulada para a entrega dos medicamentos da dose unitária. Quando as preparações saem dos SFH em módulos selados, por um AO afeto aos SF, o farmacêutico procede à imputação dos consumos no sistema informático. Às sextas-feiras, a preparação por dose unitária é realizada em triplicado (para 72 horas), pois apenas está um farmacêutico de serviço ao fim de semana. As gavetas são devidamente identificadas com o dia para a qual a medicação é indicada e são entregues nos serviços apenas nesse dia. Todas as alterações relativas às prescrições, altas, mudanças de cama ou de serviço são realizadas pelo farmacêutico até ao envio da medicação para o serviço. Os pedidos urgentes são dispensados mediante uma requisição informática, também pelo farmacêutico.

Relativamente à gestão da qualidade, a DDDU tem como indicadores de qualidade garantir o cumprimento do horário de entrega, diminuir o número de regularizações efetuadas (armazém 12) e monitorizar o número de não conformidades no armazenamento (armazém 12). Possui como objetivo diminuir o número de erros de medicação distribuída em dose unitária, na qual participei durante a conferência das gavetas.

Ao longo do meu estágio neste sector da DDDU, tive a oportunidade de colaborar na validação de algumas prescrições e de participar diariamente e de forma ativa em várias outras atividades, nomeadamente na conferência das cassetes de dose unitária e validação da medicação de todos os serviços (medicinas, cirurgias, especialidades médicas e cirúrgicas, gastroenterologia, ortopedia, pediatria, ginecologia e obstetrícia), bem como na preparação de pedidos urgentes e na realização de alterações às prescrições.

3.5. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório e distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial (hemoderivados e medicamentos psicotrópicos e estupefacientes)

3.5.1. Setor de ambulatório

Hoje em dia, devido à evolução da tecnologia do medicamento, um número significativo de doentes pode realizar os seus tratamentos em regime de ambulatório, possibilitando deste modo, a redução dos custos relacionados com o internamento hospitalar, a redução dos riscos inerentes a um internamento (como infeções nosocomiais) e a possibilidade de continuidade do tratamento do doente no seu ambiente familiar (maior comodidade) [2].

A dispensa de medicamentos a doentes em regime ambulatório, por parte dos SFH, surge da necessidade de um controlo e vigilância constante em determinadas terapêuticas, exigidos tanto pelas próprias características das patologias, como pela potencial carga tóxica dos fármacos utilizados no seu tratamento e/ou pelo seu elevado valor económico. Além disso, esta dispensa é ainda efetuada face a situações de emergência em que o fornecimento dos mesmos não possa ser assegurado pelas farmácias comunitárias, bem como pela extrema

importância de assegurar a adesão à terapêutica por parte dos doentes, e do facto de alguns medicamentos apenas serem comparticipados a 100% se forem dispensados pelos SFH [2,3].

O setor do ambulatório do CHCB está responsável por duas seções de distribuição de medicamentos: a distribuição a doentes em ambulatório e a distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial, como é o caso dos hemoderivados e MEP. Esta responsabilidade está atribuída a dois farmacêuticos, responsáveis pela cedência da medicação com informação e aconselhamento personalizado, a qual é sempre assegurada a presença de um deles quando o segundo elemento é destacado para as visitas aos serviços.

A dispensa de medicamentos realiza-se numa sala específica para o efeito, estando separada da restante área da farmácia, com uma saída para o exterior dos SFH, permitindo assim todas as condições de confidencialidade aos doentes que levantam a medicação bem como a acessibilidade ao local. Esta sala possui todos os recursos materiais e tecnológicos essenciais para o bom funcionamento do serviço (armazém 20). A sala encontra-se bem iluminada e tem controlos de temperatura e humidade, proporcionando, simultaneamente, a conservação dos medicamentos e o bem-estar dos doentes e farmacêutico [2].

Os fármacos que necessitam de conservação a baixas temperaturas (2 e 8°C) para garantir a sua estabilidade são armazenados nas arcas frigoríficas. Os medicamentos sujeitos a controlo especial, como os MEP, encontram-se guardados num cofre de dupla fechadura. Os restantes medicamentos encontram-se devidamente armazenados e organizados em armários destinados para o efeito. Além disso, o ambulatório possui um sistema robotizado de dispensa automática integrado no SGICM (*Consis*), que efetua a dispensa dos medicamentos por caixa e não por unidade de medicamento. Assim, permite minimizar a ocorrência de erros na dispensa, bem como, ao estar ligado com o sistema informático, controlar informaticamente o *stock* existente no ambulatório.

Para um bom funcionamento deste setor é essencial a existência do sistema informático, uma vez que este contempla o perfil farmacoterapêutico do doente, bem como outras informações relevantes sobre os doentes externos: médico prescritor, consultas efetuadas, farmacêutico responsável pela dispensa, medicamentos dispensados e respetiva data e, caso se aplique, o diploma legal ou a autorização do CA ao abrigo da qual é efetuada a cedência. Contém ainda todas as ferramentas necessárias à imputação dos consumos e permite a consulta dos *stocks*, encomendas ou até dos preços dos diversos medicamentos, através do *software*, pois é possível interagir com os diferentes setores e obter informações acerca dos *stocks* existentes noutros armazéns [3]. No entanto, caso a receita seja em papel, o farmacêutico transcreve-a primeiro para o sistema informático. Para cada medicamento dispensado é feita uma imputação de consumo neste mesmo sistema que articula os consumos com os medicamentos disponíveis para a dispensa permitindo assim uma gestão eficaz do *stock* existente no armazém 20 [4].

Relativamente à reposição de *stocks* do armazém 20, esta faz-se semanalmente, conforme as necessidades, através de um pedido ao armazém 10. Além disso, semanalmente é realizada a contagem de todos os medicamentos constantes no armazém 20, de forma a

conferir se o *stock* real corresponde ao *stock* presente no sistema informático, sendo que a contagem dos MEP é efetuada simultaneamente no armazém 10. A verificação do *stock* dos MEP nos serviços clínicos é realizada mensalmente.

3.5.2. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório

Os SF do CHCB, efetuam a dispensa gratuita de medicamentos aos doentes em regime de ambulatório, provenientes das consultas externas, do Hospital de dia, do internamento no momento da alta e ainda, em casos excepcionais, a doentes atendidos no serviço de urgência do CHCB. Essa dispensa compreende medicamentos cujo fornecimento se encontra abrangido pela legislação (Anexo I) ou autorizado pelo CA. Em todas estas situações, o acompanhamento do doente e a respetiva prescrição médica tem de ser efetuada por um médico especialista do hospital. Porém, o CHCB não dispõe de todas especialidades médicas envolvidas na prescrição da totalidade dos medicamentos legislados, dispensando assim aos doentes o tratamento para as seguintes patologias: artrite Reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular, psoríase em placas; doentes insuficientes renais crónicos; indivíduos afetados pelo VIH (cedidos no hospital do Fundão, sendo conservado um pequeno *stock* no armazém 20 para casos de emergência); esclerose lateral amiotrófica; doentes com hepatite C; esclerose múltipla; doença de Crohn e planeamento familiar [6]. Como exceção a esta situação podem ser referidos os medicamentos biológicos, para o tratamento da artrite reumatóide, por exemplo, cuja prescrição, segundo o Despacho n.º 18419/2010, pode ser efetuada em consultas especializadas, noutros hospitais ou em consultórios particulares, sendo a dispensa realizada ainda assim pelos serviços de ambulatório do CHCB (e todos os hospitais do SNS) [7].

Além dos medicamentos legislados podem ser dispensados outros medicamentos para patologias crónicas e comparticipados a 100%, desde de que prescritos na consulta externa do CHCB e previamente autorizados pelo CA, nomeadamente para: hipertensão pulmonar, hepatite B, osteoporose grave, VIH/ SIDA (outros anti-infecciosos), entre outros (Xaropes, papéis, colírios fortificados, AUE) [4].

Existem certos medicamentos que, mesmo legislados, se encontram sujeitos a autorização interna de cedência pela CFT, nomeadamente os medicamentos cujo elevado preço ou risco de utilização justifique uma análise para determinar se tal terapia deve ser ou não instituída, sendo cada caso analisado individualmente [4].

Relativamente ao ato da dispensa, esta realiza-se mediante prescrição médica a qual pode ser manuscrita (para médicos ainda inadaptados ao sistema informático) ou informatizada (em papel ou *online*). É de realçar que é preferível a prescrição informatizada pois evita a necessidade de interpretação por parte do farmacêutico, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência de erros. Além disso, a prescrição *online* garante a adesão ao formulário ou a linhas orientadoras da prescrição, uma vez que o sistema informático disponibiliza toda esta informação [2]. Estas prescrições ficam imediatamente disponíveis

para consulta nos SFH, contrariamente às prescrições em formato de papel que necessitam ser transcritas para o sistema informático. Esta prescrição deve conter: a identificação do doente e do médico prescriptor, DCI do medicamento, a dose e via de administração, posologia, forma farmacêutica, data de emissão e identificação do local de prescrição. Também deve indicar a duração do tratamento e a data da próxima consulta, informando assim sobre o número total de unidades a dispensar [3]. É importante que o farmacêutico assuma medidas de maneira a evitar o desperdício da medicação disponibilizada aos utentes, nomeadamente exercendo um controlo apertado sobre a medicação fornecida.

Na dispensa em ambulatório, os medicamentos apenas são dispensados para um mês, exceto para os contraceptivos (orais, vaginais), que podem ser dispensados para 3 meses. A finalidade destas quantidades definidas de medicação aquando da dispensa é para assegurar *stocks* a nível de armazém e minimizar o impacto económico, mesmo quando as prescrições são para períodos de tempo superiores. Sempre que a duração do tratamento seja superior a um mês, são efetuadas dispensas parcelares, correspondendo cada dispensa a um mês de tratamento.

Os SFH facultam o envio de medicamentos pelo correio a doentes de ambulatório que vivam a mais de 25Km do hospital, quando se trata de medicamentos de baixo valor económico (inferior a cinquenta euros) que não necessitem de condições especiais de armazenamento (conservação no frio) [4]. Nestes casos a medicação é enviada para 2 meses de terapia [4].

Antes do ato da dispensa, todas as prescrições são validadas pelo farmacêutico e no caso de alguma dúvida ou não conformidade, contacta-se o médico prescriptor para esclarecimento. De seguida, o farmacêutico procede à dispensa do medicamento, a qual pode ser feita ao próprio utente (acompanhado de um documento identificativo) ou a familiares ou conhecidos do mesmo, desde que se façam acompanhar de um documento identificativo próprio e do utente [8].

No ato da dispensa ocorre uma segunda validação onde é essencial conferir: nome do doente, data de nascimento, número do processo, nome do médico prescriptor, medicamento dispensado, dose e posologia. De seguida, antes de entregar o medicamento ao utente, também se confirma a quantidade e integridade do medicamento e efetua-se o registo do lote e validade, permitindo assim a rastreabilidade do mesmo. Caso seja a primeira vez que o utente se dirige aos serviços de ambulatório é-lhe fornecida toda a informação necessária à correta utilização do medicamento, como a posologia, possíveis efeitos adversos ou cuidados a ter para os evitar (como no caso de medicamentos que causem fotossensibilidade, aconselhar o utente a evitar exposições solares e aplicar proteção solar com fator de proteção elevado) e condições de conservação. Esta informação é transmitida verbalmente e por escrito, através de um folheto informativo ao utente e/ou através de pictogramas [4].

Além disso, o respetivo folheto informativo possui o contato dos SFH, que em caso de dúvida permite aos doentes contactar com um farmacêutico. Uma outra forma para consciencializar os doentes, nos SFH do CHCB, e promover a sua adesão à terapêutica consiste

em emitir um documento com o custo do fármaco (para terapêuticas com custo superior a 200 euros). Durante o estágio, tive a oportunidade de contactar com estes métodos informativos, bem como cedê-los juntamente com a medicação. Pude constatar que, além do aconselhamento verbal, este material informativo em suporte papel possui um caráter educativo, permitindo ao doente lembrar fatores determinantes aquando do uso do medicamento. O utente tem ainda de assinar um termo de responsabilidade (Anexo II) no qual se responsabiliza pela boa utilização e correta conservação do medicamento, bem como por qualquer extravio ou dano causado à medicação enquanto esta se encontrar ao seu cuidado [8].

Após a dispensa, o farmacêutico procede ao registo informático da medicação no processo do doente, realizando-se a imputação por unidade de medicamento, sendo associado, no final, um número de imputação correspondente a cada cedência. As cedências são sempre conferidas pelo farmacêutico no dia seguinte [4]. Para cada especialidade existe um *dossier* correspondente, no qual são arquivadas as receitas em papel, com exceção dos medicamentos incluídos nas ‘autorizações caso a caso’ cujo arquivo é feito num *dossier* à parte.

No setor do ambulatório é realizado o seguimento farmacoterapêutico de todos os doentes, consultando o histórico das cedências anteriores. Também é feito um seguimento farmacoterapêutico em “Excel” de doentes com determinadas patologias, como a esclerose múltipla ou hepatites B e C devido às próprias características da patologia ou pelo próprio valor económico do fármaco, como é o caso dos biológicos. Este seguimento visa proporcionar um maior controlo de patologias crónicas e de fármacos com elevado valor económico e avaliar não só a adesão à terapêutica mas também garantir a disponibilidade e continuidade do tratamento e o controlo de *stocks*. Assim, neste sistema, é muito mais fácil e rápido detetar doentes que deixaram de levantar a medicação.

Outra responsabilidade do farmacêutico de ambulatório é o envio para a faturação de todo o receituário faturável, isto é, de todo o receituário em que a responsabilidade pelos encargos couber legal ou contratualmente a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada. Além disso, este setor, relativamente à gestão de qualidade, possui como indicadores: o aumento do número de folhetos informativos disponíveis para fornecer aos utentes aquando da dispensa, a monitorização do número de erros na dispensa (no medicamento ou na dosagem) e da correta imputação aos centros de custo. Ainda possui como objetivo a diminuição do número de regularizações efetuadas no armazém 20, aquando das contagens de *stock*.

Durante a minha passagem pelo setor de ambulatório tive a oportunidade de colaborar na dispensa de medicação a doentes provenientes de diferentes consultas externas do Hospital bem como participar no aconselhamento farmacêutico. Este aconselhamento revelou-se, muitas vezes, crucial para a *compliance* do doente. Também tive a possibilidade de cooperar na validação diária das receitas; na conferência e armazenamento do *stock* pertencente ao armazém 20 e ainda na preparação da medicação a ser enviada por correio.

Além disso, realizei a revisão de folhetos informativos e elaborei um novo folheto informativo (dexametasona 8mg - Anexo III).

3.5.3. Distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial: Hemoderivados e Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)

Nos SFH do CHCB, a gestão de medicamentos sujeitos a controlo e circuitos especiais de distribuição (hemoderivados e MEP) encontra-se a cargo dos farmacêuticos responsáveis pelo serviço de ambulatório.

3.5.3.1. Hemoderivados

Os medicamentos hemoderivados, produtos derivados do plasma ou sangue humano, apresentam uma distribuição sujeita a um controlo rigoroso e específico devido ao elevado risco de contaminação ou de transmissão de doenças infecto-contagiosas.

A requisição, distribuição e administração destes medicamentos encontra-se regulamentado pelo *Despacho n.º 1051/2000, de 14 de Setembro (DR, 2.ª Série, n.º 251, de 30 de Outubro de 2000)* [9]. A encomenda dos hemoderivados deve vir sempre acompanhada da cópia do certificado de aprovação emitido pelo INFARMED, bem como dos correspondentes boletins analíticos. Estes documentos ficam arquivados nos SFH e são utilizados no ato da dispensa [2]. Todo o circuito dos hemoderivados é registado num impresso de modelo próprio para o efeito (Anexo IV), constituído por duas vias: a “Via Farmácia” e a “Via serviço”, com o qual tive a oportunidade de contactar diariamente [9].

Para que a dispensa destes produtos possa ser realizada é necessária a apresentação deste impresso devidamente preenchido pelo requerente, onde deve constar o doente a que se destina, o serviço requerente, o medicamento hemoderivado prescrito com a respetiva dose, frequência, a duração do tratamento, a justificação clínica, bem como qualquer outro dado relevante (Quadro A - identificação do médico prescriptor e do doente; Quadro B - requisição/justificação clínica) [9]. Cabe ao farmacêutico que recebe a requisição validar a prescrição e em caso de dúvida ou não conformidade contactar o médico prescriptor. Após a validação da requisição, o quadro C (Registo de Distribuição) é preenchido pelo farmacêutico com as informações respetivas ao fármaco dispensado (nome, quantidade, lote, o laboratório de origem/fornecedor, n.º de certificado de aprovação de lote emitido pelo INFARMED e um n.º de distribuição sequencial) [4]. De seguida, este ainda é assinado e datado pelo funcionário do serviço requisitante a quem é entregue o hemoderivado. É importante que cada unidade medicamentosa seja identificada com o doente e serviço requisitante através de uma etiqueta, de forma a garantir que aquele lote seja administrado ao doente correto.

Posteriormente, o farmacêutico responsável pela dispensa procede à imputação informática do medicamento hemoderivado, tendo em especial atenção o lote dispensado (também registado no impresso), bem como o número gerado na imputação, o qual deve ser registado na via do impresso que fica nos SFH. Assim, a “Via Farmácia” fica arquivada nos SFH

e a “Via Serviço” é enviada, juntamente com o medicamento hemoderivado, para o serviço requisitante. Por fim, na via de serviço consta ainda um quadro D, que é preenchido pelo profissional de saúde (enfermeiro responsável) que administra o medicamento ao doente. Caso os medicamentos hemoderivados requeridos não sejam utilizados na totalidade, estes devem ser devolvidos à farmácia num prazo de 24 horas. Em casos excepcionais, estes podem ainda ser dispensados em regime ambulatorio para um doente. Nesta circunstância, o doente assina o impresso e escreve a data, e ambas as vias permanecem nos SFH.

Para verificar se os registos da administração (quadro D a preencher pelo responsável pela administração) foram efetuados corretamente, são realizadas auditorias aos serviços clínicos pelos farmacêuticos presentes no serviço de ambulatorio. Durante o estágio, tive a possibilidade de participar nas auditorias, nas quais consultei a “Via Serviço” e conferi o Quadro D, nomeadamente se o preenchimento se encontra completo: data de administração, hemoderivado/dose, quantidade administrada, lote/ laboratório de origem, assinatura e número mecanográfico do enfermeiro que administrou. Caso existam devoluções de hemoderivados, o farmacêutico também averigua se a devolução foi corretamente lavrada. Assim, estas auditorias fecham o circuito de distribuição dos medicamentos hemoderivados.

Relativamente à qualidade, este setor da distribuição dos hemoderivados apresenta como indicadores: o aumento das auditorias e do conseqüente encerramento de circuitos, particularmente no que se refere aos serviços Cirurgia 1, Medicina 1, Medicina 2, Especialidades Cirúrgicas, Bloco Operatório e Urgência, dado serem os serviços onde manifestam maior número de não conformidades relativas a estes circuitos. Outro indicador de qualidade presente neste âmbito é a monitorização das devoluções de hemoderivados nas 24 horas seguintes à sua dispensa.

3.5.3.2. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) apresentam características específicas que exigem um controlo muito rigoroso, nomeadamente por serem fármacos de ação no sistema nervoso central, com janela terapêutica muito estreita, e que predispõem a dependência física e psíquica. Por isso, estes medicamentos estão sujeitos a legislação especial, definida no anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro que regulamenta a aquisição e a comercialização de MEP, de modo a impedir o tráfico ilícito para fins não terapêuticos [10]. Os SFH são os responsáveis pelo seu armazenamento e distribuição controlada no hospital, estando o seu acesso e respetivo circuito limitado ao farmacêutico. O *stock* de MEP existentes em cada serviço clínico é definido de acordo com as necessidades e consumos desse serviço, encontrando-se devidamente armazenados em cofres de dupla fechadura. Nos casos dos serviços clínicos (serviço de urgência geral e pediátrica e bloco operatório) que possuem *Pyxis™*, os MEP estão armazenados neste armazém avançado. A reposição deste *stock* é efetuada com base nas listagens de consumo emitidas pelo sistema.

Todas as dispensas de MEP têm de ser feitas perante a prescrição em impresso específico constituído por original e duplicado designado por “Anexo X” -modelo nº1509- aprovado pelo INFARMED e de venda exclusiva da Imprensa Nacional Casa da Moeda (INCM) [10]. Este impresso tem que estar devidamente preenchido pelo enfermeiro quando administra um MEP e assinado pelo diretor de serviço para o qual o medicamento se destina (Anexo V). Esta requisição “Anexo X” deve estar devidamente preenchida com a identificação do doente e o respetivo número de processo clínico, o princípio ativo, a forma farmacêutica, a dose e as administrações efetuadas, para que se possa proceder à reposição da quantidade consumida. A requisição deve encontrar-se assinada pelo enfermeiro que efetuar a administração, bem como pelo Diretor do Serviço ou legal substituto requerente da reposição, sendo validada pelo farmacêutico aquando da sua entrega [11]. O farmacêutico, depois de validar a requisição, regista no mesmo documento a quantidade fornecida e o respetivo lote, assinando em como cedeu o medicamento. É também obrigatória a assinatura do enfermeiro ou auxiliar que recebe a medicação. Após a dispensa, o original do impresso fica guardado nos SFH e o duplicado segue com os MEP para o serviço ao qual foi feita a reposição [4].

Posteriormente, o farmacêutico imputa, no programa informático, os MEP ao serviço, registando os respetivos lotes cedidos, permitindo assim saber quais os lotes existentes nos diferentes serviços clínicos em qualquer momento. Estas requisições são conferidas pelo farmacêutico no dia seguinte à reposição, sendo entregues no secretariado dos SFH para que a assistente técnica envie trimestralmente ao INFARMED uma relação dos estupefacientes utilizados em tratamento médico e todos os movimentos de MEP em suporte informático.

É de salientar ainda que mensalmente um farmacêutico do sector de ambulatório dirige-se aos serviços para efetuar a contagem dos MEP, bem como para verificar validades podendo trocar medicamentos de validade curta por outros de validade mais alargada. Nestes casos, os MEP com validade curta são enviados para os serviços clínicos com maior capacidade de “escoamento”, minimizando, assim, os desperdícios. Também é feita a contagem de todo o *stock* dos MEP da farmácia, todas as semanas por um farmacêutico em conjunto com o AO dos SFH. Estas ações são registadas em mapas de controlo que são arquivados [3].

Relativamente à qualidade, este circuito apresenta como indicadores: a monitorização das não conformidades aquando da contagem do *stock* presente no próprio serviço (armazém 10 e 20), bem como a monitorização do controlo mensal de MEP nos serviços clínicos.

Durante o meu estágio neste circuito especial dos MEP participei no processo de conferências dos *stocks* e no controlo de validades, tanto nos serviços clínicos, como nos SFH. Também acompanhei a atividade de reposição e validação dos registos inerentes a esta. O requisito de todas estas questões burocráticas ilustrou bem o controlo restrito e rigoroso que é realizado para estas substâncias.

4. Farmacotecnia

O setor de farmacotecnia é um pilar fundamental nos SFH devido ao facto da Indústria Farmacêutica nem sempre ter disponível os medicamentos com as doses, as formulações ou a composição necessária para cada doente em questão. Estas lacunas terapêuticas afetam particularmente grupos de doentes mais vulneráveis, crianças e idosos, bem como os grupos bastante restritos de doentes com doenças raras. Assim, esta área de Produção e Controlo é essencial para colmatar tais limitações, de maneira a individualizar a terapêutica farmacológica de acordo com o estado e a patologia do doente.

Os SFH, com o objetivo de responder às exigências colocadas, têm necessidade de desenvolver múltiplas atividades em diversas áreas. Atualmente, na Farmácia Hospitalar as preparações que se fazem destinam-se essencialmente a: doentes individuais e específicos (como fórmulas pediátricas, pomadas); embalagem de doses unitárias sólidas; preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas bem como preparações assépticas (soluções e diluições de desinfetantes) [2, 12].

O serviço de farmacotecnia do CHCB é responsável por 5 áreas: Preparação de Nutrição Parentérica e de outros manipulados estéreis (como colírios); Preparação de medicamentos citotóxicos e biológicos; Preparação de manipulados não estéreis; Purificação da água para preparação de manipulados e Reembalagem. Estas áreas encontram-se distribuídas por várias salas específicas, cada uma devidamente adaptada às preparações a realizar, bem como aprovisionada de matérias-primas e de materiais necessários à manipulação [4]. A responsabilidade deste sector está a cargo de dois farmacêuticos, com o auxílio de um TDT e de um AO. A preparação de bolsas de nutrição parentérica e de citotóxicos é realizada por farmacêuticos enquanto a preparação de manipulados, purificação de águas e embalagem são maioritariamente efetuadas por TDT, sempre com supervisão de um farmacêutico. Assim, o setor de farmacotecnia do CHCB possui os recursos humanos exigidos pelo *Manual da Farmácia Hospitalar* [2, 4].

4.1. Preparação de nutrição parentérica (NP) e outras preparações estéreis

A nutrição desempenha um aspeto fundamental na promoção da saúde e do equilíbrio do organismo, sendo ainda mais relevante quando existe uma patologia de base. Os doentes incapazes de satisfazerem as suas necessidades nutricionais através da ingestão de alimentos necessitam frequentemente de recorrer a técnicas artificiais de nutrição, utilizando a via entérica ou via parentérica. A Nutrição Parentérica (NP) consiste, no fornecimento de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerais, eletrólitos e oligoelementos devidamente preparados, através da corrente sanguínea. Este tipo de alimentação é essencial sempre que a nutrição entérica não é possível, ou em situações em que esta não é suficiente.

Nesta área tive a oportunidade de obter conhecimentos acerca da importância do estado nutricional do doente, uma vez que essa situação pode condicionar a evolução da patologia, bem como o êxito da terapêutica instituída. Logo, a prescrição de NP é feita após

uma avaliação do estado clínico do doente e em combinação com as necessidades energéticas do mesmo. Aqui tive a oportunidade de elaborar planos de cuidados nutricionais de doentes hipotéticos através do programa “*calculador de bolsas parentéricas Olimel*” tendo em conta vários fatores como a idade, a altura, o peso (habitual e atual) bem como a % de adaptação do doente crítico. Consoante a análise do gráfico “*relação Kcal totais/ g de aminoácidos*” resultante escolhe-se a formulação (bolsa de NP) que melhor satisfaz as necessidades energéticas e proteicas do doente. Por vezes, mesmo após a escolha da bolsa de NP é necessário fazer alguns ajustes de modo a satisfazer adequadamente as necessidades nutricionais do doente (Anexo VI), para tal é importante ter em conta certos parâmetros analíticos (como a *clearence* da creatinina) bem como as comorbilidades associadas.

Relativamente à preparação de bolsas de NP, propriamente dita, tive a ocasião de acompanhar todo o seu procedimento como a validação da prescrição médica que é feita pelo farmacêutico, conferindo o doente a quem se destina, o nº do processo, serviço clínico, o tipo de bolsa, a aditivação e o débito de perfusão (se permite a nutrição durante o tempo desejado). Quanto à estabilidade e compatibilidade dos componentes da mistura, estas características podem ser consultadas, de forma rápida e eficaz nas tabelas com informação acerca das aditivações máximas fornecidas pelo laboratório [2].

No CHCB, o sistema informático ainda não permite que as prescrições de NP sejam efetuadas diretamente por via eletrónica, sendo que é o farmacêutico que transcreve a prescrição para o sistema informático, preenchendo os dados relativos a todos os constituintes da prescrição (bolsa e aditivos), prazo de validade e o lote. De seguida, o farmacêutico imprime a ficha de preparação (onde consta a informação relativa ao doente e à preparação) bem como o respetivo rótulo [4]. Neste procedimento, tive a possibilidade de assistir, após a validação da prescrição, ao contato telefónico aos serviços clínicos onde se encontra o doente, por parte do farmacêutico, para confirmar a necessidade da bolsa pois, podem surgir situações em que o doente suspenda temporariamente a bolsa, não sendo necessária a sua preparação, minimizando, assim, possíveis desperdícios.

Nestes SFH são utilizadas bolsas de *nutrição parentérica standard*, comercializadas pela indústria farmacêutica, constituídas por 3 compartimentos individualizados (bolsas tricompartimentadas) de macronutrientes (soluções de glucose, lípidos e aminoácidos). O facto de existir uma divisibilidade entre os 3 constituintes garante a estabilidade necessária durante o armazenamento da bolsa, sendo que após a reconstituição e aditivação da bolsa, esta só é estável durante 6 dias em refrigeração (entre 2-8°C), mais 24 horas à temperatura ambiente. Conforme a osmolaridade e o volume das bolsas, estas podem ser administradas por via central ou periférica.

No decorrer deste estágio tive a possibilidade de realizar várias bolsas de NP, sob supervisão farmacêutica, num Sistema Modular de Salas Limpas. Este sistema divide-se em dois compartimentos: uma pré-sala e uma sala de preparação propriamente dita. Aquando da preparação da bolsa de NP, coloquei todo o material necessário à manipulação no *transfer*, que consiste num sistema de duas portas com duplo encravamento, o qual efetua a

transferência de material entre o exterior e o interior da sala de preparação. O *transfer* faz com que, num dado momento, apenas seja possível abrir a porta de um dos lados, minimizando assim o risco de contaminação da sala com partículas do exterior. De seguida, equipei-me com o vestuário adequado (farda limpa), e entrei na pré-sala onde lavei e desinfetei devidamente as mãos. Depois, utilizei uma bata, touca, luvas, máscara e cobre-pés estéreis e descartáveis segundo as normas e procedimentos do *Manual da Farmácia Hospitalar* e só atravessei o banco, que separa a zona estéril da não estéril, quando me encontrava devidamente equipada. Dentro da sala de preparação pude verificar que continha uma cadeira, para o apoio do operador aquando da preparação; um saco preto para os resíduos não perigosos; duas *bioboxes*, onde são colocados os resíduos contaminados e cortantes e uma *câmara de fluxo laminar horizontal (CFLH)*. O ar dentro da zona de preparação é condicionado e filtrado por filtros HEPA (*High Efficiency Particulate Air filter*) através da superfície de trabalho, em direção ao operador, proporcionando proteção apenas ao produto [4].

Aquando da preparação da bolsa de NP, verifiquei o estado inicial da bolsa, de modo a garantir que as fases se encontravam perfeitamente separadas. Depois, procedi à reconstituição dos 3 compartimentos e homogeneização das 3 soluções e seguidamente, aditivei as bolsas com outras substâncias (multivitaminas, oligoelementos, alanina-glutamina e eletrólitos), conforme as necessidades do doente. No fim da preparação, certifiquei-me da homogeneidade do conteúdo da bolsa, tal como da ausência de partículas e/ou precipitados.

Relativamente à gestão de qualidade e segurança, saliento a importância do facto da câmara estar ligada 30 minutos antes do início da preparação para que o fluxo de ar laminar estabilize e que sejam retiradas todas as partículas em suspensão. Após terminar o trabalho a câmara deve permanecer ligada pelo menos durante 20 minutos para que sejam arrastadas quaisquer partículas que estejam em circulação. Realço ainda que a câmara foi desinfetada, com compressas esterilizadas ligeiramente humedecidas com álcool a 70°, imediatamente antes e após a preparação.

Neste setor também tive a possibilidade de acompanhar o registo diário da pressão e temperatura do Sistema Modular de Salas Limpas. Estas duas áreas têm temperaturas e pressões predefinidas, sendo que ambas possuem pressão positiva, relativamente à pressão atmosférica. Na pré-sala deverá situar-se entre 1-2 mmH₂O comparativamente ao exterior, enquanto na sala de preparação o valor da pressão deve rondar os 3-4 mmH₂O, de maneira a assegurar o movimento do ar da zona mais limpa para a zona menos limpa. Os valores de temperatura deverão situar-se no intervalo de 21°C ± 2,5°C [3]. A temperatura é importante devido à necessidade de garantir a estabilidade química e microbiológica dos fármacos, principalmente as bolsas de NP que são extremamente ricas nutricionalmente. Para garantir o controlo de qualidade são realizados dois controlos microbiológicos à câmara de preparação, os quais constituem indicadores de qualidade deste setor: um realizado semanalmente, ao qual tive possibilidade de assistir, que consiste na preparação de uma solução limpa (glucose a 30% e água própria para injetáveis), sendo enviada para o laboratório de patologia clínica. O

outro indicador é efetuado trimestralmente, no qual estão 2 placas com meio de cultura abertas durante 24 horas na câmara, sendo posteriormente avaliadas para crescimento microbiano (fungos e bactérias).

Além das preparações para nutrição parentérica, existem outras formulações (colírios, outras soluções injetáveis) que necessitam de ser preparadas em ambiente estéril para que não ocorra risco de contaminação microbiológica. Por isso, a sala de preparação consiste numa zona limpa com superfícies lisas, para facilitar a limpeza, minimizando os possíveis locais de acumulação de partículas e microrganismos [2].

4.2. Preparação de fármacos citotóxicos e biológicos

Os agentes citotóxicos ou citostáticos são utilizados no tratamento de neoplasias malignas quando a cirurgia ou a radioterapia não são possíveis ou se mostraram ineficazes, ou ainda como adjuvantes da cirurgia ou da radioterapia como tratamento inicial [13]. Este tipo de fármacos, devido à sua perigosidade e aos elevados riscos associados à manipulação, exige condições de segurança que devem ser estritamente cumpridas, como indicado no *Manual Boas Práticas Farmácia Hospitalar*.

Nos SFH, a preparação de produtos citotóxicos e/ou biológicos é feita numa área limpa com entrada do farmacêutico por uma pré-sala, tal como na produção de manipulados estéreis. Contudo, devido à necessidade de proteger o operador e o exterior de contaminação por citotóxicos, a sala de preparação está equipada com uma câmara de fluxo laminar vertical de classe II 2B com filtros HEPA. Assim, a pressão na sala deve ser negativa e na pré-câmara positiva ($> 1 \text{ mm H}_2\text{O}$), minimizando a contaminação da sala limpa pelo ar do exterior. Também difere no material usado que é bastante mais impermeável e resistente, nomeadamente a bata (que é fechada à frente e com punhos ajustados), o uso de 2 pares de luvas (estas devem ser mudadas de 30 em 30 minutos, devido ao fator tempo e à permeabilidade das luvas) e a máscara do tipo bico de pato.

O setor de farmacotecnia do CHCB apresenta procedimentos normalizados definidos para a reconstituição dos citotóxicos e para os acidentes que envolvem os mesmos. Na farmácia existem três *kits* de SOS em caso de derrame de citotóxicos distribuídos pelas áreas críticas onde se encontram os mesmos: na área receção, no armazém geral e na sala de preparação. Estes *kits* são constituídos por: vestuário descartável (máscara de proteção respiratória (P3), luvas apropriadas para o manuseamento de citotóxicos, óculos de segurança, touca, protetores de sapatos, bata impermeável com frente fechada e mangas compridas e punhos de elástico, por forma a ficarem justos), contentor rígido estanque para cortantes, compressas absorventes, resguardos absorventes descartáveis, material de demarcação (fita adesiva grossa e marca de perigo na zona com proibição de passagem) e saco de lixo de plástico espesso de cor vermelha.

No exterior do sistema modular de salas limpas para a preparação de citotóxicos encontra-se armazenado um pequeno *stock* de citotóxicos injetáveis, soros e outros

medicamentos utilizados como pré-medicação em quimioterapia (armazém 13), material clínico necessário à preparação dos citostáticos e o arquivo em suporte de papel e informático que apoia a área. Contudo, alguns produtos são fornecidos também pelo armazém central (10), havendo assim transferências de produtos do armazém 10 para o armazém 13. Os stocks do armazém 13 são contados semanalmente e as matérias-primas armazenadas no laboratório dos manipulados não-estéreis mensalmente, para verificar se o *stock* no sistema informático corresponde ao existente [4].

Durante o estágio tive a possibilidade de acompanhar todo o procedimento na preparação de citotóxicos, onde pude verificar que esta é sempre precedida de prescrição médica com base nos protocolos previamente inseridos na aplicação informática e validada pelo farmacêutico, após comunicação de um enfermeiro que informa quando o doente está preparado para efetuar tratamento. Além de receber confirmações eletrônicas, também tive a oportunidade de certificar se os cálculos estavam corretos mediante a superfície corporal do doente e o protocolo específico para cada fármaco, bem como do dia e do ciclo correspondente. Por exemplo, para validar os cálculos do citotóxico *pemetrexedo* são necessários dados da superfície corporal (peso e altura) e da idade, como acontece na grande maioria dos citotóxicos. No entanto, existem certos fármacos, como a *carboplatina*, que necessita de mais dados (idade, peso, altura, género, creatinina sérica e AUC alvo) para poder validar os cálculos através da fórmula de *Calvert*. Após a validação imprime-se o rótulo, sublinhando sempre a cor, a palavra “citotóxico”, quando aplicável. Após a preparação, é colocado sempre o rótulo com indicações do fármaco, dose, nome e processo do doente. É fundamental a confirmação, por parte do farmacêutico, da indicação contida nos rótulos [4]. Para este efeito, tive a oportunidade de auxiliar na preparação dos rótulos e preparar a pré-medicação (ondansetron, dexametasona), sob supervisão farmacêutica.

Também acompanhei e colaborei na preparação de uma bomba perfusão de 7 dias de 5-fluorouracilo (5-FU), que é a solução injetável, administrada através de sistema de perfusão portátil em elastómeros, mais frequentemente preparada nos SFH do CHCB. Ainda tive a possibilidade de assistir na preparação de um medicamento biológico, a *alglucosidase alfa*, indicada na terapêutica de doentes com um diagnóstico confirmado de doença de *Pompe*. Esta doença é uma miopatia metabólica rara, progressiva e fatal que deriva da deficiência de uma enzima hidrólase natural, a ácido α -glucosidase (GAA) que produz a degradação do glicogénio lipossómico em glucose. A deficiência dessa enzima leva a acumulação de glicogénio em vários tecidos, especialmente no coração, músculo respiratório e esquelético, resultando no aparecimento de vários problemas de saúde [14,15].

Após a validação da prescrição, é elaborado em suporte de papel o perfil farmacoterapêutico de cada doente, onde registam os dados do doente, nomeadamente idade, peso, superfície corporal, patologia e protocolo prescrito. Neste perfil é registado, a cada dia do ciclo, toda a terapêutica instituída. É emitido também um mapa, em duplicado, onde consta a identificação do serviço, do doente, com os respetivos dados (idade, peso, altura, superfície corporal, creatinina), patologia, protocolo prescrito com respetiva

indicação dos dias do ciclo e medicação prescrita com respectivas vias de administração, tempo, ordem e solvente. Um dos mapas segue com a medicação para o Hospital de dia enquanto o outro fica arquivado junto ao perfil farmacoterapêutico do doente. É fundamental que os citotóxicos diluídos em soros para perfusão sejam sempre devidamente rotulados e embalados em papel de alumínio, mesmo que não necessitem proteção da luz, para minimizar erros e permitir uma rápida identificação de produto citotóxico na enfermaria [4].

Aquando da preparação do citotóxico existem algumas normas que devem ser tidas em conta para evitar derrames e acidentes, como a utilização de seringas e outros materiais com conexões *luer-lock* e o uso de *spikes* em vez de agulhas. Este sistema evita a sobrepressão dentro do frasco e conseqüente risco de dispersão de aerossóis, porque permite a entrada de ar no frasco de citotóxico após passagem por um filtro de retenção de partículas, compensando assim as pressões. Quanto às seringas a utilizar, estas devem ter capacidade superior ao volume a ser preparado, e são usadas compressas esterilizadas sempre que se manuseiam os frascos ou seringas que contenham citotóxicos. Os resíduos resultantes da manipulação de citotóxicos devem ser incinerados (a temperatura mínima de 1100°C) e devem estar devidamente identificados com um rótulo contendo a indicação “Lixo Citotóxico”. O material cortante deve ser posto na *biobox* que depois é colocada em sacos de cor vermelha para a incineração. Também as luvas, bem como o restante equipamento deverão, após a finalização da preparação, ser colocados nestes sacos. Estes resíduos são perigosos e pertencem ao grupo IV, segundo a classificação e eliminação dos resíduos hospitalares.

Após a conclusão do trabalho, cada preparação é confirmada ao que foi prescrito, dá-se atenção a integridade física das embalagens, prazo de validade, ausência de precipitados e de partículas em suspensão. Em caso de não conformidade deve ser elaborado um relatório que justifique a rejeição da preparação. No final de cada dia é gerado um mapa resumo de todas as preparações realizadas, que é validado pelo farmacêutico.

Por fim, a distribuição do citotóxico, com a pré-medicação (caso seja prescrita) e a respetiva ficha de preparação, para o serviço onde vai ser administrado é feito pelo AO, numa maleta hermética devidamente identificada com o rótulo vermelho “citotóxico” e estanque, de modo a evitar acidentes.

Relativamente a gestão de qualidade, este setor tem como objetivo minimizar o tempo de entrega e preparação de citotóxicos, sendo que este tempo não deve ultrapassar as 2 horas. Quanto aos testes de esterilidade de produtos preparados assepticamente, estes não devem incluir produtos citotóxicos devido ao perigo acrescido de manipulação dessas substâncias. É salientar ainda que, devido ao potencial efeito mutagénico, teratogénico e carcinogénico dos citotóxicos, a sua manipulação deve estar vedada a determinados grupos de risco nomeadamente: as grávidas e lactantes; mulheres que tenham tido abortos espontâneos ou filhos com malformações congénitas; pessoas com história clínica de dermatoses, alergias, cancro, imunodepressão e anemia e todos aqueles que estiveram sujeitos a tratamento com

citostáticos; pessoas em tratamento por radiações ionizantes ou citotóxicos e pessoal com diminuição acentuada de acuidade visual [4].

4.3. Preparação de fórmulas farmacêuticas não estéreis

A preparação de fórmulas magistrais não estéreis pode ser feita a partir de formas farmacêuticas existentes no mercado ou das matérias-primas existentes para tal, possibilitando, deste modo, o ajuste da terapêutica ao doente em questão. Este tipo de preparação é regulado pelos *Decretos de Lei n.º 90/2004, de 20 de Abril, e n.º 95/2004, de 22 de Abril*, e deve ser orientada pelas boas práticas na elaboração de medicamentos manipulados em Farmácia de Oficina e Farmácia Hospitalar, aprovadas pela *Portaria n.º 594/2004 de 2 de Junho*. Neste ramo, cabe ao farmacêutico a preparação, validação e supervisão do cumprimento dos procedimentos de preparação estabelecidos. Durante o processo existe pelo menos 4 etapas onde a validação pelo farmacêutico é indispensável: a validação da identificação das matérias-primas e excipientes a utilizar, e respetivas quantidades sempre que possível; a validação de todos os cálculos que sejam necessários realizar; a validação dos ensaios de verificação do medicamento preparado e a validação final da preparação efetuada.

A elaboração e dispensa de qualquer medicamento manipulado devem ser precedidas de uma prescrição médica, pedido de um serviço clínico, ou de requisição de outro sector dos SFH (dose unitária, ambulatório). De seguida, o pedido de aquisição do manipulado é recebido e validado pelo farmacêutico responsável, sendo posteriormente emitida a ficha de preparação e o respetivo rótulo para se proceder à preparação.

Nos SFH do CHCB, a preparação destas formulações é efetuada por um TDT, sendo sempre previamente validada por um farmacêutico. Aquando da preparação de manipulados, é colocado um aviso na porta, para que não seja perturbado o ambiente da sala. O TDT deve estar devidamente equipado com uma farda limpa, bata esterilizada, máscara, touca e luvas. Antes de se proceder à elaboração do manipulado, devem reunir-se todas as condições ideais à preparação, nomeadamente: as condições de limpeza do laboratório, do material e equipamento a utilizar; a presença da documentação necessária (ficha de preparação e os respetivos rótulos) e a preparação de todo o material laboratorial e matérias-primas que irão ser utilizadas. O processo de laboração é orientado pelas etapas descritas na ficha de preparação. Nesta ficha também constam informações sobre as matérias-primas (lote, quantidade e validade), quantidade do manipulado a preparar, os ensaios a realizar no produto final (como a verificação das características organolépticas, medição do pH, entre outros), a data de preparação e o prazo de validade do manipulado. É importante realçar que antes de atribuir o prazo de validade ao manipulado, deve-se conferir as validades das matérias-primas porque caso alguma delas tenha validade inferior à do manipulado em si, deve-se então atribuir ao produto final essa data. Relativamente ao rótulo, este deve ser anexado ao manipulado e deve incluir: número de lote atribuído, composição quantitativa e

qualitativa, forma farmacêutica, via de administração, quantidade dispensada e posologia, data de preparação, validade, condições de conservação, instruções especiais, serviço de internamento e nome do doente, se aplicável, de maneira a identificar corretamente o produto. É de salientar que no CHCB, todos os medicamentos manipulados e preparações farmacêuticas destinadas a fins laboratoriais, preparados no laboratório de farmacotecnia, são devidamente identificados com pictogramas, de forma a melhor esclarecer o grau de toxicidade e distinção das embalagens de acondicionamento. Os pictogramas indicativos de toxicidade nunca devem ser utilizados para as preparações a serem dispensadas em ambulatório pois, poderiam ser mal interpretados e levar à não adesão à terapêutica por parte do doente.

Após a conclusão do trabalho, o farmacêutico valida todos os manipulados, no que respeita ao cumprimento do procedimento de preparação, às características organolépticas (caráter obrigatório) e à informação contida no rótulo.

Nesta área, tive a possibilidade de acompanhar todo o processo de validação, criação de guias de produção, a emissão das fichas de produção e respetivos rótulos, a preparação de vários manipulados bem como o seu registo de saída. Também executei todo o processo de preparação de várias soluções aquosas de formol, de ácido acético e de ácido cítrico, sob supervisão farmacêutica, para abastecer a necessidade dos serviços clínicos. Além disso, ainda acompanhei e auxiliei na preparação duma suspensão de nistatina, sob supervisão farmacêutica, (água, lidocaína e solução aquosa de bicarbonato de sódio) para o tratamento duma candidíase oral.

Os SFH do CHCB possuem um laboratório de utilização exclusiva para a preparação de manipulados, o qual contém todas as matérias-primas, materiais e equipamentos necessários à manipulação. Assim, leva a uma maior segurança dos produtos preparados pois diminui o risco de contaminação. É de referir que o material de laboratório está devidamente identificado conforme seja para usar na preparação de formulações de uso interno (etiqueta verde) ou para uso externo (etiqueta vermelha), de modo a evitar possíveis contaminações dos manipulados de uso interno com substâncias perigosas quando administrados por essa via [3]. Neste âmbito, tive a possibilidade de contactar com a sinalética de segurança adotada para os manipulados, bem como a tabela de incompatibilidades químicas, segundo a qual estas são arrumadas nos armários do laboratório. Também é importante realçar que para assegurar a qualidade devem estar descritos os procedimentos e os programas desenvolvidos para controlo e calibração de todo o equipamento, como por exemplo os relatórios das certificações da calibração das balanças (1 vez/ano) e o controlo periódico das mesmas com massa padrão.

Relativamente ao controlo de qualidade, esta área tem como objetivo o controlo de qualidade dos manipulados, sendo que a percentagem de manipulados em não conformidade não deve ser superior a 1,5% e como indicador de qualidade a monitorização das não conformidades na receção e validação das matérias-primas (como consta no certificado de

análise onde tem a confirmação do lote, bem como o resultado do produto com as especificações segundo a Farmacopeia Europeia ou Americana).

Durante o meu estágio, além de ter preparado várias bolsas aditivadas de forma autónoma, e de acompanhar a preparação de manipulados não estéreis, também tive a oportunidade de visitar o hospital de Dia onde os doentes realizam os tratamentos de quimioterapia. Assim, resultou a minha integração em toda a dinâmica do funcionamento deste sector.

4.4. Preparação de água purificada

A água purificada consiste na água que foi submetida a operações de purificação (destilação, troca iónica ou osmose reversa) a fim de remover os contaminantes que eventualmente contenha, tornando-a apropriada para a utilização farmacêutica. Esta água destina-se a ser utilizada na preparação de manipulados e em equipamentos/ dispositivos médicos. Nos SF do CHCB, existem dois tipos de purificadores para a produção de água purificada, sendo depois só usada na preparação de manipulados não estéreis de uso externo. Apesar de esta ser apropriada para a produção de manipulados de uso interno, no CHCB esses manipulados são feitos com água para preparações de injetáveis, comercializada pela indústria farmacêutica, o que conduz a um aumento da segurança e pureza dos manipulados. Aquando da purificação deve-se fazer antes o teste da bateria e o teste da qualidade da água e caso seja positivo procede-se à operação de purificação.

A água proveniente desses purificadores deve ser preparada diariamente na quantidade necessária de modo a não ficar armazenada mais de 24h (prazo de validade). Quando se prepara água purificada deve-se efetuar o registo de preparação/distribuição de água, onde conste: data/hora; serviço requisitante; purificador de água utilizado; volume de água extraído do purificador; verificação da bateria; verificação da qualidade da água e a rubrica do operador, bem como rotular a embalagem. É de referir que após 24 horas da sua produção, a água é rejeitada. Relativamente ao controlo microbiológico é efetuado, anualmente, a pesquisa e deteção dos seguintes microrganismos: *coliformes totais*, *enterococcus spp* e *legionella spp*. Este controlo é realizado por um laboratório externo, sendo os resultados das análises arquivados em pasta própria para o efeito, localizada no sector de farmacotecnia. Caso haja obtenção de resultados positivos no controlo microbiológico terão de ser tomadas medidas adequadas, tais como: suspensão do fornecimento de água purificada, mudança dos filtros do purificador da água e efetuado novo controlo microbiológico. O restabelecimento do fornecimento da água purificada só pode ser efetuado após a obtenção de resultados negativos no controlo microbiológico [4].

4.5. Reembalagem de medicamentos

Os SFH do CHCB efetuam a reembalagem de medicamentos orais sólidos destinados ao sistema de DIDDU e aos doentes em regime ambulatorio. A reembalagem e a rotulagem de

medicamentos sólidos orais (comprimidos, inteiros e fracionados, cápsulas) devem ser feitas de maneira a assegurar a segurança e qualidade do medicamento [2]. Este processo permite reembalar e rotular: medicamentos que não existem no mercado na dose prescrita e têm que ser fracionados; medicamentos acondicionados em várias unidades (embalagens multidose), sendo necessário reembalá-los individualmente; medicamentos fornecidos em blister devidamente individualizados, mas sem rótulo individualizado bem como medicamentos fornecidos em blister devidamente individualizados, mesmo com rótulo individualizado [4]. É fundamental que ocorra uma correta embalagem em recipientes adequados, que assegurem estanquicidade, proteção mecânica, proteção da luz e do ar, de maneira a preservar a sua integridade, higiene e atividade farmacológica.

Desta forma, o processo da reembalagem de medicamentos tem como principais objetivos: disponibilizar o medicamento de forma individualizada, na dose prescrita, devidamente identificado (DCI, dose, lote e prazo de validade) permitindo assim, reduzir o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação a administrar, reduzir os erros de administração, reduzir os riscos de contaminação do medicamento e uma maior economia.

No CHCB, a reembalagem de medicamentos sólidos orais é efetuada numa sala destinada para o efeito (“Sala de Reembalagem”), separada de outras divisões e adaptada a esta atividade. Nesta área existem dois sistemas semiautomáticos de embalagem, o FDS (*Fast Dispensing System*) e o MSAR (Máquina Semi-Automática de Reembalamento), os quais são manobrados por TDTs, devidamente equipados com bata, máscara, touca e luvas. Cabe ao farmacêutico responsável pela área a supervisão e a validação de cada lote de medicamento reembalado.

Primeiramente à reembalagem, os medicamentos são retirados da sua embalagem original, violando deste modo as condições de esterilidade para as quais foi definido o prazo de validade. Assim, os produtos reembalados apresentam uma validade de apenas 6 meses após o processo (exceto nos casos em que a validade do produto seja inferior) [4]. De seguida, os medicamentos são colocados nas cassetes do FDS, inserindo no sistema os dados referentes ao lote, validade (se inferior aos 6 meses) e a quantidade a repor. A cassette deve ser previamente limpa com uma compressa embebida em álcool a 70° e deve reembalar-se um medicamento de cada vez, de modo a evitar erros e contaminações cruzadas. Este aparelho está equipado com várias cassetes, calibradas previamente mediante o medicamento específico que vão receber (forma e peso) onde são colocados os comprimidos ou cápsulas depois de desblistados. O sistema possui formas de controlo nomeadamente: caso um medicamento seja colocado na gaveta errada, este sistema emite um alerta e também não é possível carregar as gavetas se ainda lá existir medicamento, evitando assim a junção de diferentes lotes ou validades. Os medicamentos saem do FDS em compartimentos individualizados, sob a forma de manga. Cabe ao farmacêutico a validação da correta avaliação da manga produzida, tanto em termos de conteúdo e integridade medicamentosa, como de rotulagem. O rótulo contém informações relativas à correta identificação do produto (CHCB - Serviços Farmacêuticos, designação da substância ativa (DCI), dosagem, forma

farmacêutica, lote (correspondente ao lote de origem), data de reembalagem, validade e o laboratório produtor bem como um código de barras. O invólucro protege o medicamento do ambiente externo, exceto à exposição luminosa. Para os medicamentos fotossensíveis é utilizado o sistema MSAR para a reembalagem, uma vez que este produz uma manga foto-resistente. O MSAR também é usado para reembalar comprimidos fracionados.

No fim do processo da reembalagem é feito um registo diário que contém uma listagem de todos os medicamentos repostos do FDS, com a respetiva quantidade, lote, validade do produto original e do produto após a reembalagem. Também é anexado ao registo as cartonagens dos medicamentos, como comprovativo dos fármacos reembalados. Este registo é validado pelo farmacêutico de modo a garantir que não existem erros na inserção dos dados no sistema, ou discrepâncias no *stock* do FDS. Caso estes dados não se verifiquem, dão origem a não conformidades, uma vez que estes são indicadores de qualidade da reembalagem desenvolvida. Outro indicador de qualidade desta área é a monitorização das não conformidades na manga produzida pelo FDS [4].

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a reembalagem processada pelo FDS e por diversas vezes validei a listagem diária dos medicamentos repostos no mesmo.

5. Farmácia clínica

A farmácia clínica é uma área cuja intervenção farmacêutica é baseada no doente e no melhor modo de lhe dispensar os cuidados farmacêuticos com os menores riscos possíveis. Para tal, o farmacêutico hospitalar, integrado numa equipa clínica, deve acompanhar diretamente o doente nos serviços, prestando assim um apoio contínuo aos médicos e enfermeiros desse serviço [2]. Neste âmbito, os farmacêuticos no CHCB participam nas visitas médicas, controlam o tempo de antibioterapia, monitorizam os níveis séricos de alguns fármacos (Farmacocinética Clínica), fazem seguimento de determinados fármacos com o intuito de monitorizar as suas reações adversas (Farmacovigilância) e disponibilizam informações tanto aos utentes, como a outros profissionais de saúde [4].

5.1. Acompanhamento da Visita Médica

As visitas médicas são realizadas por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. O objetivo desta visita centra-se no seguimento e avaliação do doente dependendo da sua condição clínica, antecedentes e prognóstico. Nestas visitas, o médico responsável efetua um resumo do histórico clínico do doente segundo o qual, o farmacêutico deve assegurar que a medicação realizada pelo doente é correta e eficaz, mediante o seu perfil farmacoterapêutico. O farmacêutico também está disponível para responder a questões relativas à medicação que possam surgir ao longo da visita, ao médico ou a outro profissional de saúde.

No CHCB, os farmacêuticos, sempre que possível, participam nas visitas semanais aos serviços clínicos. Durante o meu estágio pude acompanhar o Farmacêutico às visitas médicas

realizadas aos serviços de Gastrenterologia e Cirurgia. Também me foram mostradas as instalações das enfermarias onde são guardados os medicamentos do *stock* de apoio e toda a sua organização. Relativamente à gestão da qualidade, as atividades de Farmácia Clínica possuem como Indicadores a monitorização do número de visitas efetuadas aos serviços sem visita clínica organizada e como objetivo aumentar o acompanhamento das terapêuticas e a interligação com os serviços.

5.2. Monitorização sérica de fármacos: farmacocinética clínica

A farmacocinética clínica é um ramo da farmácia hospitalar, cujo objetivo primordial é uma correta administração de fármacos resultante da medição de níveis séricos dos mesmos, o que se traduz por um controlo terapêutico individualizado. Nos SFH do CHCB, este serviço está implementado, no qual as medições dos níveis séricos dos medicamentos se fazem nos laboratórios do hospital.

A monitorização das concentrações séricas permite administrar a dose certa necessária de um determinado fármaco sem o perigo de sobredosagem ou subdosagem, perigo esse que em certas classes de medicamentos se torna de grande relevância, como é o caso de medicamentos de índice terapêutico baixo ou com uma variabilidade do comportamento cinético. Cabe ao farmacêutico responsável pelo setor da farmacocinética: estabelecer protocolos para cada fármaco, definir critérios de seleção dos doentes, elaborar a ficha do doente, tratar dos dados e registo de resultados, informar ao Serviço da posologia e da hora de colheita seguinte [2].

Os SFH do CHCB efetuam monitorização de dois fármacos: vancomicina e gentamicina. Para a monitorização são necessárias algumas informações, como dados do doente, história farmacoterapêutica, informação clínica, concentração sérica e informação laboratorial (ex. creatinina sérica). O farmacêutico tem ainda de proceder à validação do horário de colheitas para verificar se a colheita não foi efetuada na fase de distribuição ou durante a administração, visto que este fator pode levar a uma má interpretação dos resultados. Esta análise de resultados é feita com a ajuda de um programa informático (*Abbottbase PK System*) que calcula os parâmetros farmacocinéticos relativos a um doente específico, parâmetros estes que permitem construir o regime posológico individual mais adequado. Após a análise de dados e posteriores conclusões, os dados são enviados para o médico através do preenchimento de um impresso, ficando uma cópia arquivada no SFH.

Durante o meu estágio pude assistir à monitorização sérica de vancomicina, relativa a um doente internado. Neste caso específico foram pedidas análises séricas com parâmetros relativos à vancomicina e creatinina (avaliação da função renal do doente), sendo decidida a continuação da terapêutica instituída desde a última monitorização. Por último, pude constatar que relativamente à gestão da qualidade, este setor tem como objetivo aumentar a percentagem de propostas de monitorização de fármacos aceites.

5.3. Atividades de informação do medicamento

A atividade de informação é uma tarefa complexa que exige uma seleção e avaliação prévia e cuidada da informação a ser cedida. Com frequência torna-se necessário emitir opinião crítica e resolver questões relacionadas a uma situação clínica de um doente concreto. O objetivo principal desta atividade é promover um uso eficaz, económico e seguro de medicamentos ou outros produtos farmacêuticos através da informação cedida de forma ativa ou ainda sob a forma de aconselhamento.

No CHCB, os SFH possuem um programa informático que permite registar cada informação que é fornecida, bem como quais foram as questões efetivamente colocadas e as respostas que foram dadas. Este sistema de informação torna-se bastante útil não só por funcionar como um acesso fácil a todas as informações que foram cedidas em situações em que a mesma pergunta é feita mais do que uma vez, mas também permite que os restantes membros dos SFH consultem as informações, diminuindo em ambas as situações o tempo de resposta.

Ao longo do estágio sempre foi-me inculcado o conceito de formação contínua e como tal tive a oportunidade de assistir a várias palestras e sessões clínicas que aconteceram no CHCB, nomeadamente: “Formação de Apresentação do CHCB”; “Cardiologia: angina estável”; “CFT: Monitorização interna do consumo medicamentos no CHCB” e “CCI: Prevenção básica do controlo de infeção”, as quais contribuíram para o aumento do meu conhecimento nas várias temáticas. Por último, relativamente à gestão da qualidade pude verificar que este setor apresenta como objetivo o aumento do registo das informações cedidas e como indicador a contabilização do tempo de resposta às questões (% de respostas com demora superior a 30 minutos).

5.4. Farmacovigilância

Farmacovigilância depreende-se como a ciência e atividades relacionadas com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas ou de quaisquer outros problemas relacionados com medicamentos. O principal objetivo é promover a utilização segura e eficaz de medicamentos, particularmente através da disponibilização de informação atempada aos doentes e profissionais de saúde, contribuindo assim para a proteção da saúde pública [16]. Neste sentido, é de realçar a responsabilidade do farmacêutico, enquanto profissional de saúde e especialista do medicamento, para a correta dispensa de medicamentos assegurando-se da total compreensão por parte do doente acerca da mesma, como também para participar ativamente na vigilância do doente notificando reações adversas inesperadas sempre que estas aconteçam.

Em Portugal, o INFARMED é a entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), sendo o mesmo regulamentado pelo DL n.º 176/2006, de 30 de Agosto [16]. Segundo este DL, os profissionais de saúde, pertencentes ou não ao SNS, comunicam, tão rápido quanto possível, às entidades

responsáveis pela farmacovigilância, as reações adversas e suspeitas de reações adversas graves ou inesperadas de que tenham conhecimento resultantes da utilização de medicamentos. Para se proceder a uma notificação deve ser preenchido um impresso *standartizado* pelo INFARMED, o qual deve ser enviado para o SNF. Deve ser também tirada uma cópia para ser enviada para a CFT que analisa todas as RAM que são notificadas no hospital. Para além do envio direto do impresso pelo correio, a RAM pode ser também notificada através de *fax*, telefone ou *e-mail*, não devendo exceder os quinze dias após a receção da informação [4,16].

No CHCB, é realizada farmacovigilância ativa regularmente para determinados fármacos (fármacos recentes, fármacos de alto risco). O farmacêutico entra em contacto com o enfermeiro ou médico do serviço, ou mesmo com o próprio doente, para questionar acerca da existência de reações adversas. Toda a informação é registada num impresso próprio, onde consta a identificação do doente e terapêutica concomitante.

Durante o meu estágio não verifiquei nenhuma notificação ao SNF, contudo pude contactar com notificações anteriores realizadas pelo CHCB. Quanto à gestão da qualidade, este setor apresenta como indicador a monitorização do número de fármacos incluídos em farmacovigilância ativa.

6. Ensaio Clínicos

Segundo a Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, entende-se por ensaio clínico (EC) qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia [17]. Para a realização de um EC é necessário uma autorização prévia do CA do INFARMED, que sujeita o protocolo a um parecer prévio da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC). Esta CEIC, constituída por profissionais de saúde de várias áreas, visa assegurar a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes envolvidos nos EC e de garantir a mesma junto do público [2, 17].

Os SFH do CHCB possuem um gabinete destinado ao setor de ensaios clínicos (SEC), onde se realiza o atendimento dos participantes dos ensaios clínicos e se localizam todos os registos dos ensaios que se encontram a decorrer, bem como o suporte informático do SEC. Toda a medicação respeitante a este setor encontra-se armazenada num armário específico, reservado para o efeito, localizado no armazém 10. Contudo, certos medicamentos que necessitem de conservação no frio são armazenados no frigorífico do armazém [4]. É importante salientar que as condições de armazenamento dos medicamentos experimentais são controladas através de termohigrómetros presentes nos referidos armários.

Quanto aos recursos humanos, no SEC participam farmacêuticos em tempo parcial, aos quais cabe a tarefa de participar nas reuniões do início do ensaio clínico, organizar toda a

documentação necessária e exigida por lei para cada ensaio. Também são responsáveis por realizar a gestão de toda a medicação experimental, nomeadamente a manutenção dos registos de dispensa, inventário, devolução ou inutilização com datas, quantidades, lotes e prazos de validade, e ainda armazenar os medicamentos nas condições determinadas (temperatura, humidade e condições de acesso). É de referir que para cada ensaio no CHCB existe um arquivo com toda a documentação necessária e registos inerente a esse EC.

Nos SFH, o circuito dos EC é iniciado após a realização de uma reunião com o promotor do ensaio (que possui autorização prévia do INFARMED) e com base em toda a documentação necessária fornecida pelo promotor do ensaio (responsável pela conceção, realização, gestão ou financiamento de um EC). Nesta etapa também são conhecidos os procedimentos associados ao ensaio no que toca à receção, dispensa e devolução da medicação [4].

Ao longo do ensaio, o farmacêutico hospitalar é responsável pela receção e armazenamento dos medicamentos, sempre de acordo com as condições definidas, devendo informar o promotor aquando da receção. O momento da dispensa da medicação experimental é uma atividade importante no EC. O farmacêutico deve prestar informação correta e adequada acerca da utilização do medicamento, como posologia, instruções do ensaio, nomeadamente no que toca à devolução da medicação não utilizada e também das embalagens vazias, de forma a garantir a adesão à terapêutica, a segurança do participante e o cumprimento de todo o protocolo. Com base na medicação devolvida pelo participante, o farmacêutico pode avaliar a *compliance* do doente, sendo a medicação devolvida armazenada em local próprio para posterior recolha por parte do promotor [4].

7. Comissões Técnicas

Segundo o decreto Regulamentar n.º3/88, de 22 de janeiro, os hospitais têm que apresentar órgãos de apoio técnico, nomeadamente a Comissão de Ética, de Humanização e Qualidade de Serviços, de Infecção Hospitalar e de Farmácia e de Terapêutica. Estas comissões são órgãos consultivos cujo cargo é implementar regras e procedimentos dentro de uma instituição. Assim, as comissões técnicas hospitalares visam um contributo essencial à melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, através da racionalização dos recursos e da padronização de procedimentos e comportamento.

O farmacêutico hospitalar constitui parte integrante das comissões técnicas presentes no CHCB, entre as quais marca presença obrigatória na Comissão de Ética para a Saúde (CES) e na comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), integrando também a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) como membro consultivo. Todas as comissões referidas possuem legislação própria que regulamenta a sua missão e constituição: a CFT encontra-se regulamentada pelo Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro de 2003; a CCI pela circular normativa N.º: 18/DSQC/D e a CES pelo Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, pelas quais o CHCB é regido.

Nos anexos (VII, VIII e IX) encontra-se representada a regulamentação existente para estas comissões nomeadamente no que toca à missão e constituição.

8. Qualidade, certificação e acreditação

No âmbito da saúde, a qualidade define-se como o conjunto de propriedades e qualidades de um serviço de saúde, que confere aptidão para satisfazer adequadamente as necessidades dos doentes [2]. De forma a proporcionar um serviço de qualidade a estes, os SFH do CHCB adotaram estratégias de gestão e garantia de qualidade, as quais tem como base: a existência de procedimentos padronizados, os quais devem ser escritos, documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas pelos SFH; estabelecimento de indicadores e objetivos (estes últimos apresentam uma meta a atingir, enquanto os outros não) de qualidade em todos os seus setores e atividades; realização regular de auditorias internas nos setores e atividades em que ocorre a intervenção dos SFH bem como a adoção de atitudes de gestão de risco [2,4]. De salientar que adoção de atitudes de risco tem como principal objetivo a minimização do erro através da implementação de medidas que permitam antecipar e prevenir o mesmo, como por exemplo a utilização de sinalética que alerta para a existência de medicamentos iguais com dosagens diferentes, de dosagens potencialmente perigosas e de eletrólitos de diluição obrigatória, embalagens semelhantes; a sinalização clara dos diversos medicamentos; e a utilização de pictogramas elucidativos que promovam a correta administração por parte do utente [4]. Relativamente aos indicadores e objetivos de qualidade adotados pelos SFH, os quais referi ao longo do relatório nas diversas áreas, encontram-se resumidos em anexo (Anexo X), nos quais pude verificar nos diversos setores ao longo do estágio.

A certificação baseia-se no conjunto de atividades desenvolvidas por organismos independentes, com o objetivo de demonstrar que determinado produto, processo ou serviço está em conformidade com os requisitos especificados através da conceção, criação, implementação e certificação de um Sistema da Qualidade. Por sua vez, a acreditação relaciona-se com a criação de uma cultura de segurança e qualidade no interior de instituições que se empenham na melhoria e qualificação dos seus procedimentos de prestação de cuidados e dos resultados obtidos. Posto isto, as ações desenvolvidas por toda a equipa de trabalho dos SFH do CHCB permitiram a sua certificação do serviço segundo a ISO 9001:2008 [21] e a acreditação pela *Joint Commission International* (JCI) [22].

9. Conclusão

O meu estágio curricular nos SFH do CHCB permitiu-me contactar com a realidade profissional da Farmácia Hospitalar, enriquecendo assim a minha formação académica. Ao longo do estágio tive a oportunidade de integrar uma equipa de trabalho dinâmica, competente, organizada, a qual esteve sempre disponível a ajudar e prestar esclarecimentos. Neste período tive a oportunidade de percorrer as principais áreas disponíveis nos SFH do CHCB, nomeadamente na área de farmacotécnica, de ambulatório, de distribuição em dose unitária e no armazém, num período de 2 semanas em cada uma dessas áreas.

Durante estas semanas, para além de poder contactar com as diversas atividades desenvolvidas nos setores, foi-me dada autonomia suficiente para participar ativamente nas atividades, o que contribui para uma maior motivação e empenho no trabalho em grupo. Além disso, neste estágio pude constatar a função imprescindível do farmacêutico hospitalar no circuito do medicamento, desde a aquisição à sua dispensa, bem como o papel de promotor de saúde na prestação de informações, tanto aos doentes, como aos restantes profissionais de saúde.

Em suma, esta etapa foi, claramente, uma experiência enriquecedora a vários níveis pois, permitiu-me não só a aquisição de novos conhecimentos nas várias vertentes da Farmácia Hospitalar, como contribuiu para um crescimento pessoal, sendo os quais uma mais-valia, como futura profissional de saúde.

10. Referências Bibliográficas

- [1] Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de Fevereiro de 1962. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [2] Manual da Farmácia Hospitalar, 2005, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Ministério da Saúde
- [3] Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, 1999, Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, Ordem dos Farmacêuticos.
- [4] Procedimentos operativos e procedimentos internos. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHCB, EPE.
- [5] Deliberação n.º105/CA/2007, de 1 de Março. Legislação Farmacêutica Compilada.
- [6] Dispensa em Farmácia Hospitalar. INFARMED. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMAN/O/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Hospitalar. Acedido em 10 de outubro de 2013.
- [7] Despacho n.º 18419/2010. 2ª Série. N.º 239 de 13 de dezembro de 2010. Legislação farmacêutica compilada.
- [8] Circular Normativa n.º01/cd/2012. 30 de Novembro de 2012, Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar. INFARMED.
- [9] Despacho n.º 1051/2000. Diário da República. 2ª Série. N.º 251 de 30 de Outubro de 2000.
- [10] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [11] Portaria n.º 981/98. Diário da República. 2ª Série. N.º 216 de 18 de Setembro de 1998.
- [12] “Manipulação de Medicamentos na Farmácia Hospitalar”, ROF 96 Jan/Fev 2011;Boletim do CIM, Centro de Informação do Medicamento.

- [13] Antineoplásicos - FFUP. Disponível em:
http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0506/alcvinca/alcvinca_ficheiros/page0005.htm. Acedido em: 20 de outubro de 2013.
- [14] Farmacovigilância - Gestão de risco, Isabel Firmino (Outubro 2010). Direção Médica Genzyme Portugal SA.
- [15] Resumo das Características do Medicamento Myozime®. Disponível em:
http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR__Product_Information/human/000636/WC500032125.pdf. Acedido em: 27 de outubro de 2013.
- [16] Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto; *Estatuto do Medicamento*. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [17] Decreto-Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [18] Despacho n.º 1083/2004, de 1 de Dezembro de 2003. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
- [19] Circular Normativa N.º: 18/DSQC/DSC: Comissões de Controlo de Infeção. Direcção-Geral da Saúde, DGS.
- [20] Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
- [21] ISO 9001:2008 - Norma Portuguesa, Sistemas de gestão da qualidade. Novembro 2008.
- [22] Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais. 4ª edição. Janeiro 2011

Capítulo III - Estágio curricular em Farmácia Comunitária

1. Introdução

O presente relatório pretende transmitir todos os conhecimentos e experiências que adquiri ao longo do estágio curricular em farmácia comunitária, o qual foi realizado na Farmácia Rosmaninho, em Barcelos. Neste contexto, o estágio teve a duração de 12 semanas, desde 11 de novembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014, com um total de 480 horas.

A farmácia comunitária é um espaço caracterizado pela prestação de cuidados de saúde com uma elevada diferenciação técnico-científica que, dada a sua acessibilidade e proximidade, tenta servir a comunidade sempre com a maior qualidade [1]. Numa farmácia comunitária realizam-se tanto atividades direcionadas para o utente como para o medicamento, sendo a intervenção farmacêutica assente fundamentalmente em quatro eixos: promoção da saúde e prevenção da doença/ redução de riscos; identificação precoce de casos suspeitos; vigilância de doentes sob terapêutica e nos cuidados continuados [2]. O principal objetivo da farmácia comunitária é a cedência de medicamentos em condições que possam garantir a minimização dos riscos inerentes ao seu uso e redução da elevada morbimortalidade a estes associada, cuja presença desencadeia graves danos sociais e económicos [1].

Neste contexto, o farmacêutico, o último elo de ligação entre o medicamento e o utente, apresenta um papel imprescindível no aconselhamento sobre o uso correto dos medicamentos, com vista a maximizar o resultado terapêutico e promover o uso racional dos medicamentos, disponibilizando ao utente toda a informação por ele solicitada. De salientar ainda que no centro da atividade do farmacêutico encontra-se o doente. Desta forma, a farmácia ultrapassou o seu papel como mero local de dispensa de medicamentos e de produção de medicamentos manipulados para uso humano e veterinário e transformou-se então num espaço fulcral de saúde reconhecido pelos utentes [2].

Assim, tendo em vista a preparação de novos profissionais de saúde, capazes de corresponder a novos desafios da profissão farmacêutica, torna-se essencial apostar na sua formação tanto técnico-científica como prática, antes de ingressar no mercado farmacêutico. Como tal, foi na Farmácia Rosmaninho, sob orientação da Dra. Ana Filipa Rosmaninho, farmacêutica adjunta e proprietária da farmácia, que pude contactar a realidade de uma farmácia comunitária bem como aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação académica. De referir ainda que tudo isto foi possível através da integração na equipa técnica da farmácia que proporcionou um ótimo ambiente de trabalho, aprendizagem e de cooperação mútua entre todos os elementos.

2. Caracterização geral e Organização da Farmácia Rosmaninho

Para que o farmacêutico possa realizar a sua atividade profissional, necessita que a farmácia possua uma estrutura adequada, com instalações, equipamentos e fontes de informação apropriadas ao cumprimento das suas funções [1].

2.1. Caracterização geral

A Farmácia Rosmaninho (FR) encontra-se localizada na freguesia de Barqueiros, Estrada Nacional n.º 588, no concelho de Barcelos. Este estabelecimento encontra-se aberto ao público num horário de segunda a sexta-feira entre as 9 e as 20 horas e aos sábados entre as 9h e as 19:30 horas, encerrando para a hora do almoço entre as 13 e as 14 horas e também se encontra aberto aos domingos entre as 9 e as 12 horas, cumprindo assim o período de funcionamento semanal mínimo das farmácias comunitárias (44 horas) e com os períodos dos quais deve ser garantida a abertura ao público, de acordo com o estabelecido pelas portarias n.º 277/2012 e n.º 14/2013 [3,4]. De referir ainda que a FR não realiza serviços em regime de rotatividade, sendo estes assegurados pelas farmácias da cidade de Barcelos.

2.2. Espaço físico

A organização do espaço exterior da FR está de acordo com o exposto nas Boas Práticas Farmacêuticas (BPF) para a Farmácia Comunitária: “As farmácias devem ter um aspeto exterior característico e profissional, devendo ser facilmente visíveis e identificáveis” [1]. Deste modo, o estabelecimento encontra-se identificado por um letreiro com a inscrição “Farmácia” e uma cruz verde luminosa colocada perpendicularmente à sua fachada. No exterior da farmácia, também existe uma placa com o seu nome e o respetivo diretor técnico.

Na porta da farmácia, pode ser consultado o seu horário de funcionamento e a informação acerca das farmácias do concelho em regime de serviço permanente. A FR dispõe de um parque de estacionamento próprio que proporciona uma melhor comodidade e segurança aos utentes bem como aos fornecedores. A farmácia possui também uma montra profissional para divulgação aos utentes de possíveis produtos em promoção e/ou inovadores, sendo importante a sua renovação de acordo com a sazonalidade.

Segundo o Regime Jurídico, as farmácias devem dispor de instalações adequadas para garantir a segurança, conservação e preparação dos medicamentos e a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal. Para tal, a farmácia deve dispor obrigatoriamente de uma sala de atendimento ao público, um espaço de armazém, um laboratório e instalações sanitárias, sendo o Gabinete da direção técnica considerado uma divisão facultativa [5,6,7]. A deliberação n.º 2473/2007 [6] regula ainda, para além das divisões obrigatórias e facultativas, as áreas mínimas que estas deverão apresentar.

Assim sendo, o espaço físico interior da FR contempla uma zona de atendimento ao público, um gabinete de consulta farmacêutica, um armazém, uma zona dedicada à elaboração e receção de encomendas, uma zona de repouso, instalações sanitárias e vestiário, um laboratório e um escritório, onde é efetuada toda a contabilidade, gestão e atividade administrativa da farmácia. Logo na entrada, encontra-se um contentor do programa VALORMED, onde os utentes poderão colocar os medicamentos fora de uso.

A zona de atendimento é o local onde se faz a dispensa de medicamentos e se prestam esclarecimentos acerca destes. Esta zona é constituída por três balcões de atendimento, vitrinas com diversos produtos expostos, uma balança para determinação do peso e altura e índice de massa corporal (IMC), um tensímetro e algumas cadeiras para que os utentes, particularmente, os idosos ou pessoas com dificuldades de locomoção, possam repousar bem como uma área lúdica destinada às crianças onde estas possam brincar enquanto aguardam o atendimento dos adultos e familiares.

O gabinete de atendimento reservado é um local fisicamente separado da zona de atendimento, para o qual os utentes são dirigidos quando a comunicação de forma confidencial é necessária, cumprindo o exposto nas BPF para a Farmácia Comunitária. É também neste gabinete que se efetuam os diversos serviços farmacêuticos disponíveis na farmácia, como por exemplo, o controlo de vários parâmetros bioquímicos e fisiológicos (a determinação da glicémia, do colesterol, e também onde se pode medir a pressão arterial) bem como a administração de vacinas e outros injetáveis. Junto ao gabinete também se podem encontrar as instalações sanitárias destinadas aos utentes.

Na parte posterior da farmácia, restrita ao público, encontra-se diversas áreas de arrumação dos diferentes produtos, constituídas por prateleiras, armários de gavetas deslizantes e pelo frigorífico, o qual armazena medicamentos cuja conservação exija temperaturas entre 2°C e 8°C. Dispõe também de um armazém para a arrumação de produtos para posterior reposição; uma área dedicada a toda a gestão de encomendas, faturação e outras tarefas informáticas necessárias a uma boa gestão da farmácia, bem como a estantes nas quais se guardam *dossiers* com a toda a documentação relativa às encomendas, medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP), medicamentos manipulados, registo da temperatura e humidade, entre outros. Também aqui encontra-se o laboratório, o qual está devidamente equipado com todo o material necessário estipulado por lei para a preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas, segundo o exposto na Deliberação nº 1500/2004, de 7 de dezembro [8]. É também na parte posterior da farmácia que se encontra o escritório, o qual está equipado com secretaria, impressora multifunções com *fax* e armários de arrumação com toda a documentação pertencente a biblioteca da farmácia, realizando-se neste local a maior parte das tarefas administrativas.

Por fim, é de salientar ainda que as instalações da farmácia devem ser adequadamente iluminadas e ventiladas, com superfícies de trabalho, armários e prateleiras lisas, laváveis e em material adequado [1].

2.3. Recursos humanos

A equipa da FR é constituída por seis pessoas, Dra. Vanessa Rosmaninho (proprietária e diretora técnica), Dra. Filipa Rosmaninho (Farmacêutica Adjunta e proprietária), Dr. Bruno Ponte (Farmacêutico), Sr. Carlos Teixeira (Técnico de Farmácia), Sr. Pedro Rocha (Técnico de Farmácia) e D. Ana Silva (Auxiliar de limpeza). Cumprindo o exposto no Artigo 32º do DL nº 307/2007, de 31 de Agosto, “o pessoal que desempenha funções de atendimento ao público nas farmácias [está] devidamente identificado, mediante o uso de um cartão, contendo o nome e o título profissional” [5]. É importante referir que as responsabilidades dos membros da equipa estão claramente definidos, conforme o *Manual de Boas Praticas para a Farmácia Comunitária* [1].

A Diretora Técnica (DT) pode ser coadjuvada por farmacêuticos, técnicos de farmácia e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade [5]. Compete, em especial, à DT as funções (Anexo I) referidas no artigo 21º do Regime Jurídico das Farmácias de Oficina [5]. Para além das responsabilidades da DT, é de salientar ainda algumas funções específicas e exclusivas dos farmacêuticos, sendo elas: o contacto com outros profissionais de saúde; o controlo dos MEP; a dispensa de medicamentos; o seguimento farmacoterapêutico; o contacto com os centros de informação dos medicamentos; a gestão da formação dos colaboradores bem como a gestão das reclamações.

À Dra. Ana Filipa Rosmaninho, como farmacêutica adjunta substituta, compete coadjuvar a DT nas tarefas e atos a praticar pela mesma e substituí-la na sua ausência e impedimentos temporários de harmonia com a lei. A restante equipa, nomeadamente, os técnicos de farmácia, auxilia, sob supervisão, a execução de todos os atos inerentes à atividade da farmácia. Fazem parte das suas funções enviar encomendas diárias aos fornecedores, arrumar medicamentos, rejeitar e devolver produtos aos fornecedores, controlar prazos de validade, organizar diariamente o receituário, a preparação mensal do receituário para faturação e o fecho do receituário no último dia do mês. Além disso, também podem preparar medicamentos manipulados e avaliar a qualidade da sua preparação, sob orientação de um farmacêutico, bem como dispensar medicamentos com e sem receita médica [1,5]. De referir ainda que, tanto os farmacêuticos como os técnicos de farmácia da FR, frequentam cursos de formação científica, ações de formação, congressos, entre outros, de forma a manterem-se constantemente informados e atualizados a nível científico, ético e legal, reforçando as suas competências.

Todos os profissionais da FR mantêm entre si uma ótima relação, cultivando um espírito de equipa e de cooperação mútua. Este clima de boa disposição e familiaridade presente na farmácia vai proporcionar ainda mais um atendimento de qualidade aos utentes, satisfazendo todas as suas dúvidas e necessidades.

2.4. Informação e documentação científica

O farmacêutico, aquando da cedência de medicamentos, deve obrigatoriamente dispor de acesso físico ou eletrónico às fontes que disponibilizem a informação atualizada sobre indicações, contraindicações, interações, posologia e precauções com a utilização do medicamento dispensado. Deste modo, a farmácia deve ter nas suas instalações uma biblioteca continuamente atualizada e organizada que permita prestar um aconselhamento com qualidade [1]. Assim, segundo a Deliberação n.º 414/CD/2007, de 29 de outubro e nos termos do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, a farmácia deve obrigatoriamente dispor [5,9]: da Farmacopeia Portuguesa, em edição de papel, em formato eletrónico ou *online* e do Prontuário Terapêutico.

Para além destas fontes de informação, a FR também possui na sua biblioteca *Guia Nacional de Medicamentos*, o *Índice Nacional Terapêutico*, o *Simpósio Terapêutico*, o *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*, os *Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos*, o *Formulário Galénico Português (FGP)*, as *BPF*, *Manual dos Medicamentos não prescritos*, *Direito Farmacêutico*, *Index Merck*, o *Dicionário Médico*, *Mapa Terapêutico*, *Guia dos produtos Veterinários*, *Guia de apoio às Farmácias*, entre outros.

Também estão disponíveis algumas publicações de carácter periódico, entre as quais, a *Revista Farmácia Distribuição*, *Revistas Farmácias Portuguesas* e a *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*. É de salientar ainda que existem estruturas de apoio, como o Centro de Informação de Medicamentos (CIM) da Ordem dos Farmacêuticos (OF) e o CEDIME, que pertence à Associação Nacional Das Farmácias (ANF), que prestam suporte técnico e científico à atividade das farmácias nas áreas do medicamento e da saúde. Estes centros de apoio estão disponíveis 24 horas por dia e respondem diariamente às questões colocadas pelos farmacêuticos em tempo útil [10,11].

2.5. Suporte informático e equipamentos

A FR utiliza como suporte informático o *software* SIFARMA 2000. Este programa é uma ferramenta de informação facilmente acessível aquando da dispensa de medicamentos ao balcão. Disponibiliza informação técnico-científica adequada e atualizada sobre cada medicamento, particularmente, indicações terapêuticas, posologias, contraindicações, reações adversas e interações que permitem uma dispensa ativa com aconselhamento adequado ao utente. Deste modo, o SIFARMA 2000 é um instrumento fulcral ao serviço da prática farmacêutica, promovendo o uso seguro e efetivo dos medicamentos e possibilitando uma maior participação da farmácia na gestão do risco associada a terapêutica. Outro facto a realçar é a utilização por cada trabalhador ser distinta com um código de entrada no SIFARMA 2000, permitindo assim registar tudo o que é executado pelo respetivo operador bem como definir diferentes níveis de acesso aos dados. Este caso é importante na gestão de toda a farmácia e na implementação de um sistema de gestão de qualidade. A FR também utiliza o *software* de controlo de temperaturas *Testo®*.

É de referir ainda que durante o estágio contactei com diversos *sites* e bases de dados relacionados com a atividade farmacêutica, os quais disponibilizam informação bastante útil e fidedigna, como por exemplo o www.infarmed.pt e www.ordemfarmaceuticos.pt.

Por último, durante o estágio pude constatar que na FR se executa diariamente cópias de segurança que ressalvem a integridade dos dados no caso de possíveis problemas (avaria informática ou acidente), sendo que o armazenamento de toda a informação a nível informático é de carácter obrigatório.

3. Medicamentos e outros produtos de saúde

O farmacêutico, enquanto profissional de saúde ao serviço da população, deve compreender o regime jurídico dos medicamentos que dispensa e saber definir com rigor os conceitos mais relevantes no seu dia-a-dia (Anexo II). Deste modo, o Medicamento está regulamentado no seu Estatuto próprio, devidamente descrito no Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto [12]. Neste DL, está exposta toda a legislação e normas que permitem garantir a qualidade, segurança e eficácia do medicamento.

Por outro lado, as substâncias psicotrópicas e estupefacientes são substâncias que atuam ao nível central e apresentam propriedades sedativas, narcóticas e “euforizantes”, podendo originar dependência física e psíquica. Tendo em conta estes efeitos farmacológicos tão peculiares, estas substâncias estão sujeitas a um controlo especial para se tentar evitar o seu uso indiscriminado e o seu desvio para o tráfico ilícito. Deste modo, a prescrição, distribuição e dispensa destes fármacos estão regulamentados pelo DL n.º 15/93, de 22 de janeiro, bem como a distinção entre psicotrópico e estupefaciente no artigo 72º do referido DL [13].

Ao longo do meu estágio na FR, também identifiquei vários produtos de saúde diferentes presentes nesta, entre os quais: medicamentos em geral (ex: Zyrtec®), medicamentos genéricos (ex: cetirizina), preparações officinais e magistrais (ex: suspensão oral de trimetropim), psicotrópico e estupefaciente (ex: Concerta®), medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos (ex: Oscillococcinum®), produtos para alimentação especial e dietéticos (ex: Fantomalt®), produtos fitoterapêuticos (ex: Chá-Verde Arkocápsulas®), dispositivos médicos (ex: compressas), produtos cosméticos e dermofarmacêuticos (ex: Uriage® creme) e medicamentos e produtos de uso veterinário (ex: Terramicina®).

3.1. Caracterização dos Sistemas de Classificação mais usados em Farmácia Comunitária

No decurso do estágio, tive a oportunidade de contactar com os três sistemas de classificação de medicamentos mais utilizados em farmácia comunitária para a pesquisa de informações acerca de medicamentos e outros produtos de saúde, sendo estes:

➤ **Sistema ATC (Anatômico-Terapêutico-Químico):** classifica os fármacos em diferentes grupos de acordo com os órgãos ou sistemas nos quais atuam e com as suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas, o qual foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Consiste num sistema prático, útil e de fácil consulta e é um dos sistemas de classificação presentes no SIFARMA 2000 [14].

➤ **Classificação Farmacoterapêutica:** classifica os fármacos consoante a sua finalidade terapêutica. Surgiu com o intuito de uniformizar a classificação oficial em Portugal através de uma aproximação à classificação ATC da OMS. É o sistema adotado pelo Prontuário Terapêutico e pelo Índice Terapêutico [15].

➤ **Classificação por forma farmacêutica:** Classifica os fármacos de acordo com a sua forma farmacêutica final em que as substâncias ativas ou excipientes se apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração (por exemplo comprimidos, xaropes, cápsulas, pomadas, entre outros). É a classificação apresentada na Farmacopeia Portuguesa [12].

4. Aprovisionamento e Armazenamento

Para um bom funcionamento da farmácia e uma prestação de serviço de qualidade aos utentes, é fundamental o estabelecimento apresentar uma boa gestão do *stock* de medicamentos e de outros produtos de saúde, de modo a satisfazer as necessidades dos doentes [1]. Para tal, é essencial ter em conta vários fatores que condicionam a gestão do *stock*, nomeadamente a seleção do fornecedor, aquisição dos produtos de saúde, controlo de prazos de validade, devoluções ao fornecedor, entre outros.

4.1. Gestão de encomendas

4.1.1. Critérios de seleção do fornecedor

A FR lida diariamente com vários fornecedores, entre os quais podem destacar-se *MedicaNorte, Botelho & Rodrigues, Cooprofar e OCP Portugal*. No entanto, para encomendas pontuais (produtos que os fornecedores habituais não possuem em *stock*), recorre-se à *Alliance Healthcare, Cofanor e Novavet*. Ao longo do dia, são feitas várias encomendas e entregas à farmácia para que estejam disponíveis todos os produtos necessários.

Para uma boa sustentabilidade da farmácia, é crucial ter em conta vários critérios para uma boa seleção dos fornecedores, entre os quais: disponibilidade do medicamento/produto encomendado (existência em *stock* do fornecedor); tempo de entrega, recorrendo ao fornecedor que realiza a entrega mais rápido, isto é afetado pelo número de entregas diárias pelo distribuidor; qualidade da distribuição (receção de embalagens em bom estado e número certo); condições de negociação (bonificações, descontos) bem como facilidades de pagamento e nas devoluções dos produtos.

Para além dos fornecedores diários, a FR também realiza encomendas diretas ao laboratório, principalmente, para produtos de venda sazonal (protetores solares, antitússicos/antigripais), puericultura, sapatos ortopédicos, Dermocosmética, entre outros, em que o contacto é feito através de Delegados de Informação Médica que se deslocam regularmente à FR. Também se efetua a compra direta para produtos que estejam esgotados nos armazéns ou que têm uma grande rotatividade e seja necessário um *stock* significativo desses produtos, permitindo à farmácia beneficiar de vantagens económicas. No caso de rutura de *stock* de algum produto e em caso de não se encontrar disponível no armazenista, em último caso, pode ser necessário contactar uma farmácia próxima.

4.1.2. Critérios de aquisição de produtos

De acordo com o Artigo 79.º do Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto, a aquisição de medicamentos pode ser feita a distribuidores grossistas, diretamente aos fabricantes ou a importadores [12]. Atualmente, não existe a necessidade de ter grandes quantidades de produtos farmacêuticos em *stock*, visto que os armazenistas asseguram a distribuição diária de encomendas.

Na FR, a realização de encomendas é bastante facilitada pela utilização do programa informático *SIFARMA 2000*. Este permite o estabelecimento de níveis mínimos e máximos de *stock* para cada produto farmacêutico. Assim, conforme as vendas efetuadas, quando os níveis mínimos são atingidos o produto passa a estar automaticamente na proposta de encomenda do seu fornecedor preferencial. Nesta proposta de encomenda criada pelo sistema informático, podem ser adicionados mais produtos ou eliminados os existentes nela, garantindo, assim, uma melhor gestão de *stocks*. É de salientar que existem produtos que perdem a rotatividade e o seu número de embalagens a encomendar deve ser reduzido, alterando então o número de embalagens a encomendar. Por outro lado, existem produtos que são encomendados especificamente para um determinado utente, não existindo este anteriormente no *stock* da farmácia, deste modo torna-se necessário inserir na lista de produtos a encomendar.

Assim, a gestão do *stock* existente na Farmácia é condicionado pela procura por parte dos utentes, as suas preferências e necessidades e/ou pela sazonalidade (protetores solares, antigripais/antitússicos, produtos dietéticos). Deste modo, é essencial ter em conta todos estes fatores a fim de evitar a acumulação de produtos e gastos desnecessários e, deste modo, tentar sempre proporcionar uma resposta, em tempo útil, às necessidades dos utentes e, além disso, obter uma boa rentabilidade financeira.

4.1.3. Realização de uma encomenda

Como foi referido anteriormente, a realização da encomenda efetua-se através do sistema informático *SIFARMA 2000*. Este permite criar uma ficha do produto, onde constam vários parâmetros, entre os quais, o preço do medicamento, o fornecedor, o *stock* mínimo e

máximo desejado, entre outros. Também fica registado o histórico de compras e as vendas do produto à medida que estas se realizam ao longo do tempo. Deste modo, é com base nos *stocks* e no histórico de vendas que, muitas vezes, se fazem as encomendas.

O *SIFARMA 2000* permite fazer dois tipos de encomendas: as diárias e as manuais. A encomenda diária é gerada automaticamente pelo sistema aquando da dispensa dos produtos para o fornecedor definido/preferencial, com um número suficiente de produtos que permita repor o *stock* máximo estabelecido para o produto. Desta forma, é criada uma proposta de encomenda para o fornecedor pré-definido na ficha desse mesmo produto. Já a encomenda manual, normalmente, realizada por via telefónica, faz-se quando é necessário encomendar produtos após o envio da encomenda diária, produtos que necessitam de confirmação da sua existência em *stock* no armazém, produtos que não tenham *stock* definido ou, ainda, quando são efetuadas encomendas diretamente ao fornecedor. Nestes casos, solicita-se que a encomenda seja enviada juntamente com a entrega geral. É de referir que neste tipo de encomenda é o próprio utilizador que insere o produto, a quantidade a encomendar, bem como o fornecedor pretendido.

Em ambas as situações, a encomenda, depois de gerada, é analisada e, caso seja necessário, ajustada antes de ser enviada aos fornecedores. Podem ser ajustadas as quantidades de produtos e, se conveniente, o próprio fornecedor pode ser alterado e não ser o que está definido na ficha do produto (por exemplo para produtos esgotados ou para benefícios económicos). Por fim, após aprovada a encomenda, é gerada uma listagem dos produtos encomendados e enviada eletronicamente ao fornecedor. Também pode ser enviada por *fax* caso ocorra alguma falha do sistema informático ou quando estão em causa pedidos urgentes.

4.1.4. Receção e verificação de encomendas

A entrega de encomendas à FR ocorre várias vezes ao longo do dia, sendo que todas são acompanhadas da respetiva fatura, emitida em duplicado (Anexo III). Os produtos chegam, às instalações do estabelecimento, acondicionados em contentores de plástico (“banheiras”). Quanto às faturas, estas vêm devidamente identificadas com dados da farmácia e do fornecedor (nome, morada, número de contribuinte), contêm um número de fatura e da guia, data, local de carga e descarga, bem como uma lista de todos os produtos enviados na encomenda, tanto a quantidade pedida como a enviada. Nesta lista também consta nome comercial, forma farmacêutica, dosagem e tamanho e os respetivos preços de venda ao público (PVP), exceto para produtos não sujeitos a receita médica, cujo preço é estabelecido na farmácia, o preço de custo para a farmácia, o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) referente a cada produto, IVA total e, no final, os valores totais da fatura.

No processo de receção da encomenda, os produtos enviados são conferidos de forma a assegurar se os mesmos estão de acordo com o que vem debitado na fatura. De seguida, dá-se entrada dos produtos através da opção *SIFARMA 2000* destinada à receção de encomendas,

juntamente com a leitura ótica do código de barras de cada produto. Neste procedimento, é essencial ter atenção à possível existência de bónus, ou seja, à oferta de um determinado número de embalagens de um dado produto encomendado. Além disso, é necessário, aquando da receção da encomenda, confirmar sempre a data de validade (deve ser introduzida no sistema a validade mais curta), o preço, tanto de fatura como de venda ao público, e a quantidade enviada. Caso estes não estejam em conformidade com o que vem descrito na fatura, têm de ser alterados e corrigidos. Sempre que um produto novo é rececionado, a sua ficha deve ser criada, e todos os campos corretamente preenchidos. Todos os produtos recebidos em quantidade inferior à encomendada são automaticamente transferidos, pelo sistema informático, para uma nova encomenda.

É essencial que todos os medicamentos e produtos de saúde sejam rececionados de modo a serem inseridos no *stock* o mais rapidamente possível, a fim de estarem disponíveis para o atendimento. Saliento ainda que, esta etapa deve ser sempre iniciada pelos produtos que necessitam de condições especiais de conservação, como os que são armazenados no frigorífico (ex: insulinas, vacinas, colírios, entre outros), os quais devem ser imediatamente colocados no local destinado de modo a garantir a sua estabilidade e qualidade.

A receção, tanto de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, quanto de benzodiazepinas, apresenta determinadas exigências. Isto é, para além de constarem na fatura como os restantes produtos, estes devem estar anexados a uma requisição, também esta em duplicado (Anexo IV). Ambas as vias da requisição devem ser carimbadas e assinadas pelo DT ou farmacêutico responsável, sendo que o duplicado é reenviado para o fornecedor e o original é arquivado na farmácia durante o período mínimo de três anos [13].

É de referir ainda que, os produtos encomendados através da via telefónica não se encontram registados eletronicamente, sendo assim, quando estes são recebidos na farmácia, primeiro faz-se uma encomenda manual ao fornecedor com os respetivos produtos, e só depois se rececionam os mesmos. Por fim, as faturas são assinadas pelo operador e arquivadas. Posteriormente, o fornecedor envia, quinzenalmente ou mensalmente, o resumo das faturas, ou seja, o documento com todos os produtos recebidos e o seu respetivo valor, de forma a proceder à sua liquidação, conforme o acordado com o fornecedor em causa.

Posto isto, pode constatar durante o estágio que toda esta etapa da receção e verificação das encomendas é crucial para garantir a qualidade do serviço prestado ao utente. Cabe ao farmacêutico executar e/ ou supervisionar toda esta tarefa de forma segura, responsável e profissional.

4.2. Atribuição de preços

De acordo com o Estatuto do Medicamento constante no DL nº 176/2006, de 30 de Agosto, no seu artigo 103º, “O regime de preços dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) comparticipados é fixado por decreto-lei” [12].

Os MNSRM não possuem preço impresso na cartanagem (PIC), por isso, estes produtos devem ser marcados através de etiquetas com o respetivo código de barras e PVP. Este último é calculado tendo em conta o preço de custo à farmácia e a margem de comercialização, que depende também do IVA a que o produto é sujeito (6% ou 23%). Na FR, os preços são atribuídos no processo de receção das encomendas, conforme os critérios acima referidos, sendo, de seguida, marcadas as embalagens expostas ao público.

Segundo o Decreto-Lei nº 112/2011, de 29 de novembro, Artigo 5, o PVP de um medicamento é composto por preço de venda ao armazenista (PVA), margem de comercialização do distribuidor grossista, margem de comercialização do retalhista, taxa sobre a comercialização de medicamento e IVA. Este decreto-lei também veio estabelecer umas margens de comercialização com uma base regressiva e por escalões, onde a margem sobre o produto diminui a medida que o seu preço aumenta (escalões), sendo que o último escalão (acima de 50€ de PVA) a margem é um valor fixo independentemente do preço do medicamento [16]. No anexo V está uma tabela resumo destes valores.

4.3. Armazenamento

Após serem rececionados, os produtos são corretamente acondicionados nos respetivos locais de armazenamento para, posteriormente, serem dispensados. O armazenamento efetua-se de acordo com a regra FEFO (*First Expired First Out*), ou seja, os medicamentos são arrumados para que os que apresentem o prazo de validade mais curto sejam os primeiros a ser dispensados. Neste processo, devem ter-se em conta várias condicionantes, tais como, as características dos produtos de forma a garantir a sua estabilidade e os cuidados a ter no seu armazenamento, sobretudo, as condições de luz, humidade e temperatura. Os produtos também são armazenados de forma a garantir uma otimização do espaço físico e a facilidade de acesso aquando da dispensa.

É imprescindível que as condições exigidas para todos os produtos sejam controladas semanalmente. Como tal, existem na FR três termohigrómetros (um nas vitrinas da zona de atendimento, um nas prateleiras da zona de armazém, e um no frigorífico) que fazem o registo da temperatura e humidade. Os valores obtidos são tratados com a ajuda do programa *Testo*®, que permite obter as variações dos parâmetros em gráficos. Os valores de humidade e temperatura nas zonas de armazenamento devem encontrar-se entre os 30-60% e 15-25°C, respetivamente, e no frigorífico a temperatura deve manter-se entre os 2-8°C.

A zona de armazenamento existente na FR é constituída por:

- Zona de gavetas deslizantes, onde são armazenados, por ordem alfabética, os medicamentos de marca (nome comercial) e genéricos de pequena ordem;
- Zona exclusiva de gavetas deslizantes com medicamentos genéricos de reforço, onde são acondicionados segundo a ordem alfabética do laboratório industrial;
- Diferentes prateleiras, onde algumas delas se destinam ao armazenamento dos medicamentos de grande ordem, e as restantes aos produtos fitoterápicos e suplementos

alimentares, dispositivos médicos, desinfetantes e antissépticos, produtos de ortopedia, material de higiene, lancetas e tiras da glicemia, pensos rápidos e compressas, produtos de alimentação especial, leites em pó, produtos de uso veterinário, águas do mar, chás, testes de gravidez e os MNSRM (antigripais, pastilhas, xaropes, entre outros);

- Área de reserva - zona particular com prateleiras onde se armazenam os produtos excedentes de reforço, que permitem repor os produtos conforme seja necessário (ex: leites em pó, papas, fraldas).

Na zona de atendimento também existem várias vitrinas/prateleiras expostas que permitem uma visualização imediata pelo utente. O espaço na sala de espera/ zona de atendimento está organizado por distintas áreas, nomeadamente, uma grande área dedicada à Dermocosmética, higiene oral, capilar e corporal; à fitoterapia e suplementos alimentares (chás *Fitos®*, *Bioarga®*, *Centrum®*); outra à puericultura (papas, chupetas, leites em pó, biberons, tetinas fisiológicas); uma pequena área destinada ao “Espaço Animal” (*Advantix®*, *Frontline®*) e outra à Ortopedia (calçado ortopédico, muletas).

De forma a facilitar um armazenamento correto e evitar a ocorrência de erros, a FR dispõe os produtos de acordo com a forma farmacêutica, ou seja, sólidos (área dos comprimidos e capsulas) e pós (“Carteiras”), semi-sólidos (“Pomadas”) e líquidos (“Xaropes”) em gavetas devidamente identificadas. Além disso, existe uma distinção de acordo com a via de administração, isto é, uso interno (administração oral, retal e vaginal) e uso externo. Por fim, os produtos de administração ocular, os injetáveis, as pílulas, os psicotrópicos bem como os dispositivos para testes (tiras de glicemia, testes de gravidez) encontram-se em gavetas devidamente identificadas e apropriadas para o acondicionamento.

4.4 - Controlo dos prazos de validade

O controlo dos prazos de validade de todos os produtos é fundamental para que seja garantida a sua qualidade, segurança e eficácia. Como tal, não podem ser dispensados os produtos cuja validade já tenha expirado ou que expire durante o período de tratamento do utente. Desta forma, na FR, mensalmente, é impressa uma listagem dos produtos cuja validade termina no prazo de dois meses. Estes produtos são conferidos e, caso se certifique a data indicada no sistema, são retirados do seu local de armazenamento para, posteriormente, serem devolvidos ao fornecedor, através de uma Nota de Devolução.

No decurso do estágio, tive a possibilidade de conferir a lista dos prazos de validade (Anexo VI), o que foi bastante útil tanto na experiência com o contato de diversos tipos de medicamentos como no conhecimento com as diferentes formas de organização e armazenamento. Também me permitiu deparar com prazos superiores aos referidos na lista. Este fato, muitas vezes devido à existência de produtos em *stock*, permitiu-me realçar a importância da confirmação e da atualização dos prazos de validade aquando da receção da encomenda.

4.5. Devoluções ao fornecedor

Existem algumas situações particulares em que é necessária a emissão de uma Nota de Devolução ao armazenista ou laboratório (Anexo VII). Estas devoluções devem ser feitas logo no momento de deteção de alguma anomalia, uma vez que muitos fornecedores têm prazos estabelecidos para as devoluções, excedendo os quais, a mesma pode não ser aceite. Na Nota de Devolução, consta a identificação da farmácia, nome comercial do produto e respetivo código, quantidade do produto bem como o motivo de devolução. São vários os possíveis motivos, entre os quais destacam-se no caso da recolha de produtos do mercado por ordem do INFARMED ou do titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), de produtos cujo prazo de validade tenha expirado ou o prazo de validade esteja próximo de terminar, de produtos degradados ou danificados no transporte, de produtos encomendados por engano ou de produtos não encomendados e, no entanto, debitados na fatura.

Esta nota de devolução é enviada ao fornecedor, que pode recusar a devolução ou, caso seja aceite, pode ser regularizada através de Notas de Crédito (Anexo VIII) no valor da mercadoria devolvida ou pela substituição dos produtos devolvidos por outros que não apresentem a anomalia dos anteriores.

5. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento

O exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo primordial a pessoa do doente, sempre norteado por princípios ético-profissionais, os quais estão regidos por um Código Deontológico e por um Manual de BPF. De acordo com o Código Deontológico, “o farmacêutico tem como primeira e principal responsabilidade a saúde e bem-estar do doente e da pessoa humana em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e salvaguardar o direito das pessoas terem acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança” [17]. Deste modo, o farmacêutico deve cumprir, de forma eficaz e segura, a sua missão de promover o uso racional e efetivo do medicamento.

Cabe ao farmacêutico informar, esclarecer e aconselhar sobre o uso correto dos medicamentos, a fim a maximizar o resultado terapêutico e a promover o uso racional dos medicamentos. Para tal, é essencial, aquando da dispensa de um medicamento, que o farmacêutico saiba usar uma linguagem simples, clara e compreensível, sempre moldada ao nível sociocultural do utente. Deve também saber escutar os seus problemas, questioná-lo acerca de eventuais dúvidas e procurar estabelecer uma relação de empatia e respeito pelo utente, com o intuito de conquistar a sua confiança e credibilidade, tanto no profissional de saúde, como no próprio medicamento.

Assim sendo, o aconselhamento durante o atendimento deve passar por uma comunicação interativa entre o farmacêutico e o utente, na qual o profissional de saúde deve disponibilizar a informação de uma forma equilibrada, referindo tanto os benefícios como os riscos dos medicamentos cedidos. Assim, no ato da dispensa do medicamento ou doutro

produto de saúde, o farmacêutico deve assegurar-se que o utente está totalmente esclarecido sobre a posologia, modo de administração ou forma de utilização e se necessário, reforçar o aconselhamento com informação escrita para o utente consultar sempre que necessitar (como por exemplo, escrever a posologia na caixa dos medicamentos). Desta forma, o farmacêutico estabelece uma relação com o utente assente num compromisso mútuo, no qual o profissional é responsável pelo acompanhamento farmacoterapêutico do doente.

Para além da mensagem verbal e por escrito, é necessário realçar, ainda, a importância da mensagem transmitida não-verbalmente. Esta forma de comunicação é definida pela linguagem corporal, atitude e expressões, tom e velocidade da conversação, que devem ser adaptados a cada utente. Para tal, o farmacêutico deve analisar estas características não-verbais do utente para poder adaptar a sua abordagem, ver se o utente se mostra disponível para ouvir o que o farmacêutico tem a dizer, se está com pressa, se está desinteressado ou pouco à vontade para poder adequar a sua linguagem e postura face ao utente. O farmacêutico deve demonstrar disponibilidade e preocupação para com os problemas do utente, e mostrar que a sua saúde é importante, fazendo-o sentir-se valorizado e acompanhado. Neste aspeto, é fundamental ressaltar o *“dever de sigilo profissional que os farmacêuticos devem obedecer, relativamente a todos os fatos de que tenham conhecimento no exercício da sua profissão”*, de acordo com o Artigo 30º, do Código Deontológico da OF [17].

Segundo o MBP da farmácia comunitária, “ a Farmacovigilância é a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos” [1]. A entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) é o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Os principais objetivos deste sistema são a monitorização dos medicamentos, estabelecendo uma relação benefício/risco, e contribuindo, deste modo, para a segurança dos utentes [18].

A farmácia comunitária, devido à sua proximidade com o utente, apresenta um papel fulcral no SNF. Desta forma, o farmacêutico tem o dever de notificar com a maior brevidade as suspeitas de reações adversas medicamentosas (RAMs). No caso de ter sido detetada uma RAM, esta deverá ser registada através do preenchimento de um formulário (Anexo IX) (notificação espontânea disponível no sitio *on-line* do INFARMED), sendo este enviado às autoridades de saúde, de acordo com os procedimentos nacionais de Farmacovigilância. Após o seu preenchimento, a notificação pode ser feita por fax, *e-mail* ou telefonicamente. Depois de avaliada pelo INFARMED, a informação é transmitida à OMS.

O farmacêutico, enquanto agente de saúde pública, apresenta um papel importante na reciclagem dos medicamentos fora de uso, de forma a evitar consequências para o meio ambiente e para a saúde pública e aumentar a segurança da sua utilização. Desta forma, foi criado o programa VALORMED - Sociedade responsável pela gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso. Este programa surgiu por parte da Indústria Farmacêutica que se

associou aos restantes intervenientes da "cadeia de valor do medicamento" (Distribuidores e Farmácias) para um processo de recolha seguro dos medicamentos fora de uso. Assim, o material recolhido é objeto de um processo de triagem, onde os materiais que ainda contenham substâncias ativas são incinerados e o material de embalagem suscetível ao tratamento ambiental seguem para a reciclagem [19].

A FR colabora ativamente com este programa. No decorrer do estágio, eu, sempre que possível, tentava sensibilizar os utentes para a adesão a este programa, aconselhando a trazerem os medicamentos que já não usam ou que estejam fora da validade. Também pude constatar, por várias vezes, a solicitação deste programa, pelo que posso afirmar que os utentes desta farmácia têm aderido de forma muito positiva e sistemática a esta iniciativa. Os resíduos são colocados num contentor próprio para o efeito, o qual se encontra logo na entrada da farmácia, para uma melhor visualização por parte dos utentes. Após o contentor estar cheio, este é selado, pesado e procede-se ao preenchimento de um impresso, onde consta o nome da farmácia, o peso do contentor, o armazenista, a data da recolha e o responsável pela sua selagem e recolha. Por fim, estes contentores são recolhidos pelo distribuidor responsável e encaminhados para posterior reciclagem.

6. Dispensa de Medicamentos

Na Farmácia Comunitária, a função primordial é o atendimento ao público, onde o ato da dispensa/cedência de medicamentos é central. Segundo o MBP, entende-se por *cedência de medicamentos* o *“ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos”* [1]. Como tal, cabe ao farmacêutico a responsabilidade de que o ato de dispensa seja de maior qualidade possível e proporcionar também um aconselhamento adequado sobre o uso correto, racional e seguro dos medicamentos. Além disso, existem várias normas a seguir aquando a cedência de medicamentos.

O modelo de receita médica, que é utilizado para a prescrição de medicamentos (incluindo os manipulados e medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos), foi aprovado e definido pelo Despacho nº15700/2012, de 30 de novembro. Este modelo foi alterado pelo Despacho n.º11255/2013, tendo sido retirado um campo na frente do modelo da receita onde o utente poderia declarar a sua intenção de pretender, ou não, exercer o direito de opção (Anexo X e XI) [20,21]. No entanto, ainda se aceitam receitas com aquele modelo anterior devido ao sistema informático não estar totalmente atualizado. A prescrição de outros produtos, nomeadamente para o autocontrolo da diabetes mellitus, géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial (produtos dietéticos), sacos de ostomia, fraldas ou outros, também são prescritos neste modelo [22].

Atualmente, encontra-se em processo de implementação a prescrição eletrónica, com o objetivo de aumentar a segurança no ato de prescrição e de dispensa, facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e agilizar processos. Contudo, a desmaterialização do processo ainda não foi conseguida, sendo permitido a impressão em papel até novas informações.

As receitas podem ser simples (“normais”) ou renováveis. As receitas simples são válidas pelo prazo de 30 dias seguidos, contados a partir da data da sua emissão. Já as renováveis têm uma validade de 6 meses, devendo nestas ser impressa a indicação da respetiva via (1ª via, 2ª via e 3ª via) [22]. De realçar, que em receita renovável, apenas podem ser prescritos medicamentos que se destinem a tratamentos de longa duração (constantes na Deliberação nº 173/CD/2011, de 27 de outubro) [23]. Existem situações em que ainda é permitida a prescrição manual, onde deverá vir indicada a exceção legal que levou o prescriptor a não utilizar uma receita eletrónica, seja ela por: a) Falência informática; b) Inadaptação do prescriptor; c) Prescrição no domicílio; d) Até 40 receitas/mês.

6.1. Regimes de comparticipação

A comparticipação dos medicamentos varia de acordo com o organismo e o regime de comparticipação a que o utente está sujeito e com o próprio medicamento em causa. Uma parte do PVP é paga pelo regime de comparticipação, o que faz com que o encargo final do utente seja menor. No entanto, para além dos regimes de comparticipação, como é o caso do Serviço Nacional de Saúde (SNS), existem ainda regimes de complementaridade, ou seja, o utente pode beneficiar de comparticipação por duas entidades diferentes, sendo que uma parte do PVP é paga pelo regime de comparticipação, outra parte pelo regime de complementaridade e o restante pelo utente (exemplos de complementaridade de alguns organismos com o SNS: Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS), Portugal Telecom, EDP-Sã Vida). Nestes casos de complementaridade entre um subsistema e um sistema de saúde, é necessário fotocopiar a receita com o cartão de utente do subsistema, isto para posteriormente enviar o original para o sistema principal e a cópia para a entidade complementar.

Existem dois regimes de comparticipação de acordo com a situação económica do utente, sendo o regime geral para a população em geral e o regime especial para os indivíduos que estejam reformados e apresentem uma pensão inferior ao salário mínimo. Este fato é passível de visualizar no ato da dispensa, pois vem indicado na receita no local do regime de comparticipação (R.C) “R” para regime especial [22, 24].

Durante o estágio, pude constatar que o SNS é o principal organismo de comparticipação. As comparticipações do Estado são fixadas considerando o regime geral, que abrange todos os utentes do SNS e os trabalhadores migrantes. Dentro deste, existem ainda portarias (ou diplomas de comparticipação especial (Anexo XII)) que conferem comparticipações especiais para doentes crónicos com determinadas patologias (ex: Psoríase -

Lei nº6/2010, Alzheimer - Despacho 13020/2011), sendo que, nestes casos, imediatamente abaixo da designação do medicamento prescrito, o prescritor deve mencionar expressamente o diploma correspondente [22].

De salientar ainda que, a comparticipação dos medicamentos depende da demonstração técnico científica do seu valor terapêutico acrescentado ou da demonstração da sua vantagem económica. Assim sendo, são definidos quatro escalões de comparticipação, sendo A de 90% de comparticipação sobre o PVP, B de 69%, C de 37% e D de 15%, consoante a sua classificação farmacoterapêutica [22,25].

Existem produtos abrangidos pelo protocolo especial de comparticipação, como por exemplo, o protocolo de *diabetes mellitus*. Neste caso específico, devido à elevada prevalência desta patologia, o Estado introduziu um regime de comparticipações especial para os produtos de autovigilância e autoinjecção. Assim sendo, as margens de comercialização destes dispositivos da indústria e dos distribuidores grossistas é muito reduzida e as farmácias abdicam de quaisquer margens de comercialização. O valor máximo de comparticipação do Estado no custo de aquisição das tiras teste para indivíduos com diabetes corresponde a 85% do PVP e no custo de aquisição de agulhas, seringas e lancetas corresponde a 100% do PVP. O Despacho nº 4294-A/2013, de 22 de março de 2013, estabelece ainda uma redução de 15% dos PVP fixados anteriormente relativas a reagentes (tiras-testes) para a determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e das agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes [26,27].

6.2. Validade e autenticidade de uma receita

No ato da dispensa, é necessário certificar-se da validade e da autenticidade da receita prescrita pelo médico de modo a assegurar uma correta dispensa de medicamentos. Desta forma, é preciso ter bem a noção das regras de prescrição. O médico tem de prescrever por designação comum internacional (DCI), seguida da forma farmacêutica, dosagem, tamanho da embalagem e posologia. A prescrição por nome comercial é feita caso não existam medicamentos similares ou quando a receita é acompanhada de justificação técnica do médico.

Em cada receita só poderão ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita, sendo que só poderão ser prescritas 2 embalagens para o mesmo medicamento. Excetua-se os casos em que os medicamentos prescritos são de embalagem unitária, onde poderão ser prescritas 4 embalagens desse mesmo medicamento (ex: metotrexato).

Segundo a Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio, a receita é válida pelo prazo de 30 dias a contar da data da sua emissão, sendo a receita renovável válida por 6 meses. É importante ainda referir, que a receita renovável apenas pode ser emitida através de prescrição eletrónica e que a única zona da receita que se destina a ser escrita, excetuando a assinatura do médico, é o verso desta [22,28]. Tanto a receita prescrita por via eletrónica,

como a por via manual, para serem válidas, devem incluir determinados elementos, constantes no anexo XIII. De referir ainda que, no caso de receita manual, não é admitida mais do que uma via e, havendo lugar a rasura ou correção, é importante verificar se as mesmas vêm devidamente rubricadas pelo médico prescritor [28].

Após a receita ser devidamente validada e interpretada, conforme os parâmetros abordados na Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, é essencial que o farmacêutico explique sucintamente e de forma acessível, para que são utilizados os medicamentos que está a dispensar, a posologia prescrita (se necessário, escrever a posologia nas caixas), duração do tratamento, possíveis efeitos adversos, contra-indicações, precauções especiais de administração (ex: bifosfonatos) e conservação (ex: insulinas) e possíveis interações com outros fármacos, alimentos ou álcool. Além disso, é importante prestar algum aconselhamento sobre medidas não farmacológicas, caso se aplique, e esclarecer alguma dúvida que o utente possa ter. Depois de todas as informações dadas ao utente, dá-se início ao processamento da receita, em que os códigos dos medicamentos são lidos e é atribuído o subsistema de saúde e/ou portaria, caso exista. De seguida, finaliza-se a venda com a impressão da fatura e do talão de faturação no verso da receita (Anexo XIV), onde o utente assina apenas uma vez, independentemente de ter exercido ou não o direito de opção, confirmando simultaneamente os medicamentos dispensados. De acordo com a situação, a frase impressa no verso da receita varia, segundo o ofício circular n.º 1162/2013 (Anexo XV).

Por fim, a fatura é carimbada e dada ao utente juntamente com os medicamentos. A receita é carimbada, datada e assinada pelo operador que fez a dispensa e permanece na farmácia para a faturação no final de cada mês, sendo conferida uma segunda vez por um dos farmacêuticos presentes na farmácia. Todas estas situações exigem uma atenção redobrada de modo a garantir a autenticidade e o correto aviamento da receita para, posteriormente, reaver o montante da comparticipação [22,29].

6.3. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Segundo o Decreto-Lei n.º176/2006, de 30 de agosto os medicamentos são classificados, quanto à dispensa ao público, em MSRM e MNSRM. Assim consideram-se MSRM os medicamentos que preenchem uma das seguintes condições:

- a) 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;
- b) 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;
- c) Conttenham substâncias ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas sejam indispensáveis aprofundar;
- d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Já os MNSRM são todos aqueles que não preenchem qualquer condição das referidas anteriormente, salientando que os MNSRM não são comparticipados pelo Estado. De referir ainda que, dentro deste grupo, encontram-se os medicamentos homeopáticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas, os quais também são classificados como MNSRM [12].

A dispensa de MSRM só pode ser feita mediante apresentação de uma receita médica, uma vez que a utilização destes medicamentos sem vigilância médica pode acarretar riscos tanto para o utente, como para a saúde pública [12].

Como já referi anteriormente, a prescrição e dispensa dos medicamentos é feita obrigatoriamente por DCI. Esta obrigatoriedade privilegia a dissociação entre marcas comerciais e tratamentos nos casos em que a existência de medicamentos bioequivalentes permita que o utente beneficie de poupanças nos seus encargos, sem abdicar da indispensável confiança na qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos. Assim, esta forma de prescrição possibilita maior liberdade do utente em relação à seleção de medicamentos que cumpram a prescrição médica e, assim, poder desempenhar um papel ativo na gestão dos seus encargos com medicamentos [20].

Para tal, torna-se necessário que o doente, durante o atendimento, seja informado dos medicamentos comparticipados e da existência de outros medicamentos equivalentes, assim como dos seus preços. Segundo a Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio, a farmácia deve ter disponível, para venda, no mínimo, três dos cinco medicamentos mais baratos para cada grupo homogéneo ficando a cargo do doente optar pelo mais barato, isto se o médico assim o permitir. Assim sendo, o médico poderá restringir a venda ao medicamento prescrito se justificar tecnicamente esta opção pela exceção a) ou b) do nº.3 do art 6.º que indicam medicamento de margem terapêutica estreita e reação adversa, respetivamente. Uma outra condição surge com a exceção c) que indica tratamento de longa duração, no entanto, nestes casos, o doente pode optar por outro medicamento desde que mais barato [12,22,28].

6.4. Dispensa de medicamentos em urgência

Nos casos especiais de urgência, alguns medicamentos podem ser dispensados sem receita médica. A cedência de urgência consiste na avaliação e disponibilização da medicação que um doente necessita em condições de emergência [1].

Na FR, esta dispensa especial só é realizada no caso dos doentes com um perfil farmacoterapêutico conhecido através da ficha do utente. Assim, nestas situações de extrema necessidade do medicamento, é feita uma venda suspensa, na qual o doente leva o medicamento, comprometendo-se a trazer a receita médica posteriormente. Na realização de uma venda suspensa, o programa atribui um número a esta que permitirá chamá-la para a sua resolução sendo devolvido o montante da comparticipação ao doente em questão. Os exemplos comuns destes casos são os doentes asmáticos, diabéticos, hipertensos ou com outras doenças crónicas que, pelo carácter da sua doença, é indispensável a toma da

medicação regularmente de modo a controlar o seu estado. Durante o estágio, os medicamentos que mais cedi, em situação de urgência, foram *Ventilan*® (salbutamol utilizado nas crises de asma) e medicação para o controlo da hipertensão arterial.

6.5. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Especial

De acordo com o artigo 117º do Estatuto do Medicamento, estão sujeitos a receita especial (RE) os medicamentos que preenchem pelo menos um dos seguintes requisitos [12]:

- a) Contenham, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico nos termos da legislação aplicável;
- b) Possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais
- c) Contenham uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior.

Face a estas condições tão peculiares e possivelmente prejudiciais para o utente, é então imposta a necessidade de uma legislação específica especial. Assim sendo, a prescrição e dispensa deste tipo de medicamentos encontram-se legisladas pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com posteriores retificações, e pelo Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro [30,31]. Estes medicamentos não podem ser prescritos em receitas onde constem outros medicamentos, ou seja, têm de ser prescritos isoladamente, aplicando-se na mesma as regras anteriormente referidas quanto ao número de embalagens. As receitas que apresentem a prescrição destes medicamentos deverão indicar que são do tipo RE (Anexo XVI).

Durante a dispensa destes medicamentos, o sistema informático pede automaticamente o preenchimento dos seguintes dados: número de receita médica especial, nome do médico prescritor, nome e morada completa do doente; nome, morada completa e número e data de emissão do bilhete de identidade/cartão do cidadão do adquirente [31]. Por fim, após o processamento dos medicamentos é impresso no verso da receita os dados referentes aos medicamentos e ao adquirente e são emitidos dois talões, com as diversas informações introduzidas anteriormente no sistema, que serão anexados às duas fotocópias da receita em questão. O original é enviado à entidade de participação, uma cópia é acompanhada por um dos documentos e é enviada para o INFARMED até ao dia 8 do mês seguinte e a outra é arquivada com a restante documentação e requisição na FR por um período mínimo de 3 anos.

No entanto, atualmente, só são enviadas mensalmente ao INFARMED as fotocópias das receitas manuais que contenham estes fármacos. De referir ainda que, na FR, faz-se o balanço anual de entradas e saídas das benzodiazepinas para posteriormente ser enviado ao INFARMED. Os requisitos obrigatórios de entrega ao INFARMED encontram-se no Ofício Circular n.º 100/2013, da ANF [32].

7. Automedicação

A automedicação é considerada como a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente. Nestes casos, o farmacêutico deve analisar a situação, avaliar as necessidades do doente, e orientá-lo na utilização ou não do medicamento solicitado, contribuindo, desta forma, para que a automedicação se realize sob uma indicação adequada e segundo o uso racional do medicamento [1].

Segundo o Despacho n.º 17 690/2007, de 23 de Julho, considera-se automedicação como *“a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”* [33]. Para além da definição, o referido despacho apresenta também uma lista de situações passíveis de automedicação, que se encontram, de forma resumida, em anexo (Anexo XVII).

A farmácia comunitária é maioritariamente o primeiro local ao qual o utente recorre na tentativa de resolução ou aconselhamento sobre um determinado problema de saúde. Daí que o farmacêutico desempenha um papel fulcral na orientação da utilização ou não do medicamento solicitado pelo doente, contribuindo para que a automedicação se realize sob uma indicação adequada e segundo o uso racional do medicamento [1]. Desta forma, indicação farmacêutica é o ato profissional no qual *“o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um medicamento não sujeito a receita médica ou de eventual tratamento não farmacológico com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente”* [1].

De forma a garantir a melhor orientação quanto à automedicação, o farmacêutico deve recolher informação suficiente para avaliar corretamente o problema de saúde específico do utente. Isto deve incluir informação acerca do problema de saúde em questão, sintomas e sinais, duração, medicação concomitantes bem como informação da sua história clínica e médica. Posteriormente, o farmacêutico avalia se os sintomas podem ou não estar associados a uma patologia grave e caso se suspeita e/ou sempre que os sintomas agravem ou persistem deve-se encaminhar o utente para o médico. A cedência deste tipo de medicamento deve apenas ser efetuada em caso de manifesta necessidade, no caso de patologias menores, ou seja, nos problemas de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente [1].

No entanto, a prática da automedicação pode levar a determinados problemas para os utentes, os quais resultam principalmente numa inadequada utilização dos medicamentos, que na maioria das vezes, surge de uma informação inadequada e insuficiente bem como de uma cultura farmacoterapêutica não perfeitamente consolidada [34]. Desta forma, o farmacêutico deve intervir, neste campo, de forma ativa na transmissão de toda a informação

necessária para promover o uso racional, seguro e eficaz do medicamento. É de salientar ainda que existem determinados grupos de doentes para os quais, por requererem cuidados especiais, a automedicação pode estar desaconselhada ou limitar-se a circunstâncias particulares, como é o caso de latentes, crianças e idosos, mulheres grávidas e/ou a amamentar e doentes crónicos como hipertensos, insuficientes cardíacos ou diabéticos. Nestes casos, é fundamental ter uma atenção redobrada, pois a prática da automedicação encontra-se restrita ou restringida a determinadas circunstâncias definidas, devendo-se proceder ao reencaminhamento para o médico quando necessário.

Na FR, tendo em conta a época do ano em que o estágio foi efetuado, os MNSRM mais comumente solicitados foram analgésicos e antipiréticos, antigripais, antitússicos e expetorantes e descongestionantes nasais. De todas as vezes, procurei obter informação acerca do estado do utente e tentei transmitir toda a informação necessária relativa à medicação, como a posologia e modo de administração, e acompanhar sempre com medidas não farmacológicas adequadas. Um aspeto muito importante, neste âmbito, que pretendo frisar é aquando do pedido de um antibiótico sem receita médica por parte de um utente, há que encontrar estratégias para dar volta à situação. Atendendo a que existem muitas alternativas de MNSRM que, inúmeras vezes, podem resolver situações clínicas como gripes, infeções urinárias, entre outros e que são muito mais lucrativos para a farmácia do que o antibiótico. Neste sentido, não se perde a vertente do lucro que atualmente, mais do que nunca, é imprescindível para a sobrevivência de uma farmácia e ganha-se em termos de saúde pública.

8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

Como já referido, a FR possui vários produtos farmacêuticos que não se encontram conforme os requisitos necessários para serem definidos como medicamentos, de forma a satisfazer a procura e as necessidades dos utentes, entre os quais se destacam os produtos de higiene e cosmética, de alimentação e os dispositivos médicos.

8.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

Hoje em dia, tem surgido um aumento crescente dos produtos de dermofarmácia, cosméticos e de higiene corporal no mercado e, de forma a proteger a saúde pública houve necessidade de criar legislação para regulamentar a comercialização destes produtos. De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2010, de 21 de outubro, produto cosmético é *“qualquer substância ou preparação destinada a ser colocada em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas 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 aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”*. Segundo a legislação, estes produtos

quando aplicados em condições normais ou razoavelmente previsíveis de utilização não devem prejudicar a saúde humana [35].

Deste modo, o fabrico, controlo, segurança e cumprimento da legislação aplicável aos produtos cosméticos é da exclusiva responsabilidade do fabricante, importador ou responsável pela colocação dos produtos no mercado. No entanto, é ao INFARMED que compete regular e supervisionar o mercado de produtos cosméticos segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, garantindo o acesso dos profissionais de saúde e dos cidadãos a produtos cosméticos de qualidade, eficazes e seguro [36].

A FR, pelo fato de estar inserida numa zona rural, tem uma grande parte de utentes que se dedicam à agricultura e à pecuária. Como tal, estas pessoas estão mais expostas ao ambiente e apresentam um maior desgaste físico e químico da sua pele. Deste modo, existe uma maior importância com a aparência física e higiene corporal face a sua atividade, destacando o interesse deste tipo de produtos.

Posto isto, a farmácia é o local privilegiado para a obtenção destes produtos, visto que o farmacêutico é um profissional de saúde com capacidade de distinguir os diferentes problemas de saúde e indicar o produto mais apropriado e eficaz à situação apresentada. Devido a constantes formações e atualizações científicas que o farmacêutico possui, este tem a competência de realizar um bom aconselhamento, alertando sempre para o facto de que a utilização incorreta destes produtos pode trazer distintos problemas como, por exemplo, reações alérgicas, agravamento do problema em questão. Além disso, o farmacêutico tem a capacidade de analisar o problema e definir se este necessita de avaliação médica, referenciando o utente ao médico nos casos de necessidade.

Na FR, estes produtos de cosmética e higiene encontram-se expostos nas prateleiras e vitrinas da sala de espera, facilitando assim uma visualização mais cómoda do produto por parte do utente. A farmácia disponibiliza aos utentes uma variedade e possibilidade de escolha destes produtos de dermocosmética e higiene. Estes produtos apresentam tanto linhas de rosto como de corpo, protetores solares, higiene oral, desodorizantes, produtos de maquilhagem, linhas para bebe e linhas para tratamento capilar, dentro dos quais existem varias gamas de dermocosmética como Aderma, Uriage, Eucerin®, Avene®, Roc®, Mustella, klorane® , Aveeno® ,La Roche-Posay® , entre outros, bem como para a higiene oral como Elgydium®, Hextril®, Tantum®, Colgate®, entre outros.

8.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Os produtos destinados a uma alimentação especial distinguem-se dos produtos de alimentação corrente devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, mostrando-se adequados às necessidades específicas de determinadas categorias de pessoas. O Decreto-Lei n.º 74/2010 estabelece o regime geral aplicável aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, regulando a composição e aplicando novas exigências na rotulagem, apresentação e publicidade [37].

Este tipo de alimentação especial corresponde às necessidades nutricionais de: indivíduos cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados (por exemplo, os géneros alimentícios adaptados a pessoas diabéticas, com intolerância ao glúten); indivíduos que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse fato, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos (por exemplo os alimentos com valor energético baixo ou reduzido destinados ao controlo de peso, os alimentos adaptados a esforços musculares intensos) e lactentes (crianças até aos 12 meses de idade) ou crianças de pouca idade (dos 12 aos 36 meses) em bom estado de saúde [37].

Alguns destes produtos são comercializados nas grandes superfícies comerciais, contudo, o aconselhamento correto acerca da sua utilização apenas pode ser feito na farmácia junto do farmacêutico. O Despacho nº4326/2008 define as comparticipações dos produtos dietéticos destinados aos doentes afetados de erros congénitos do metabolismo, sendo que estes são dispensados com a comparticipação de 100% desde que sejam prescritos pelos estabelecimentos de saúde identificados no referido despacho [38].

Na Farmácia Rosmaninho, embora não exista uma vasta gama destes produtos, estão disponíveis os produtos dietéticos para alimentação especial suficientes para suprir as necessidades dos respetivos utentes como, por exemplo, o Fortimel® - suplemento hiperproteico, o Fantomalt® - suplemento glucídico e Miltina Electrolit® especial para reposição de líquidos em crianças com vômitos e diarreia.

8.2.1. Produtos dietéticos infantis

Os produtos dietéticos infantis incluem, não só os leites e farinhas, mas também outros produtos, como por exemplo boiões de frutas. Apesar, desta diversidade de produtos dietéticos infantis, especificamente, formulados para lactentes e crianças até aos 3 anos, o aleitamento materno traz sempre mais benefícios, exceto em determinados casos.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos (salvo raras exceções) e constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés. Deste modo, o colostro, isto é, o leite materno produzido no fim da gravidez é recomendado como alimentação de excelência para o recém-nascido, devendo a amamentação ser iniciada dentro de uma hora após o parto. Existe um consenso mundial de que a prática de aleitamento materno exclusiva é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 6 meses de idade [39, 40].

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas, quer a curto ou a longo prazo e apresenta tanto benefícios para a mãe como para o bebé. Assim sendo, o leite materno previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias no bebé, proporcionando também um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente, as específicas para as proteínas do leite de vaca. Além disso, ainda faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos e, a longo prazo, poderá ajudar na prevenção da diabetes e linfomas. Relativamente à mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina (processo de o

útero voltar ao tamanho normal) mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama [39].

No entanto, por vezes, o aleitamento materno poderá não ser suficiente para não satisfazer as necessidades dos lactentes (ex: produção insuficiente de leite) ou existirem contra-indicações (ex: mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, mães infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), mães que precisem de tomar medicamentos que são nocivos para os bebés e, ainda bebés com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e galactosemia), tendo de recorrer-se aos leites para alimentação infantil de forma a suprir as necessidades do lactente.

O Decreto-Lei nº217/2008, de 11 de novembro estabelece o regime jurídico às fórmulas para lactentes e às fórmulas de transição destinadas a lactentes saudáveis [41]. Estas fórmulas encontram-se divididas pela idade ou estado de desenvolvimento a que se destinam: leites para lactentes, leites de transição e leites de crescimento. Além dessas, ainda podem ser divididas pela categoria de tratamento a que pertencem (corrigir disfunções existentes), nomeadamente as fórmulas: hipoalergénicas (HA), anti-regurgitantes (AR), anti-cólicas (AC), antidiarreicas (AD) e anti obstipação (AO) e as fórmulas especiais (incluem os leites em pó sem lactose e as fórmulas hidrolisadas). Para além dos leites, a farmácia disponibiliza ainda diversas papas que se dividem em farinhas lácteas e não lácteas, conforme necessitem de água ou leite para a sua preparação, sem glúten, com glúten e líquidas.

Na farmácia Rosmaninho existem diversos produtos deste tipo, com os quais tive a possibilidade de lidar com variadas gamas de marcas como Nestlé®, Aptamil®, Nutribén®, Novalac® e Miltina®. É de realçar, o papel do farmacêutico enquanto profissional de saúde dotado de conhecimentos adequados para a prestação de informação, aconselhamento e seguimento da alimentação do lactente ao longo das suas várias etapas. É importante saber aconselhar para que o consumo destes produtos seja feito de forma correta e equilibrada bem como informar acerca dos cuidados a ter, nomeadamente: lavar sempre as mãos e esterilizar os utensílios; verificar a temperatura do leite no pulso; agitar bem o biberão para homogeneizar; consultar as tabelas de alimentação com informação relativa ao número de refeições diárias, o número de medidas e a quantidade de água, entre outras.

8.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia é um método terapêutico que utiliza as plantas, mais exatamente a parte ativa das plantas que possuem propriedades terapêuticas, com a finalidade de prevenir, aliviar ou curar determinadas doenças [42]. Normalmente, estes produtos fitoterapêuticos podem ser empregues em varias situações, nomeadamente, em problemas circulatórios, gastrointestinais; para estados de fadiga, ansiedade, insónia; para emagrecimento, entre outros. De forma a promover o uso seguro e correto destes produtos, a Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto legisla as terapêuticas não convencionais onde a fitoterapia se enquadra [43].

Os suplementos nutricionais/ nutracêuticos são produtos alimentares, ou parte destes, que proporcionam benefícios de saúde, entre os quais podemos incluir as vitaminas, minerais, antioxidantes, estimulantes e ácidos gordos [43]. No entanto, estes exigem uma preocupação especial pois podem ser vistos erradamente como produtos sem riscos, como o caso da ingestão excessiva de vitaminas e de minerais que pode provocar efeitos adversos graves (ex: doses elevadas de vitamina A nas grávidas poderão ter efeitos teratogénicos no feto). Posto isto, cabe ao farmacêutico um papel ativo na informação da utilização dos mesmos, alertando para os seus efeitos adversos, contraindicações e possíveis interações com medicamentos, como o caso da indução metabólica provocada pelo hipericão. Alguns exemplos de produtos de fitoterapia mais solicitados na FR foram: vários chás Moreno®, Biloban®, Valdispert®, Arkocapsulas®, Centrum®, Mixvit®, Cerebrum®, entre outros.

8.4. Medicamentos de uso veterinário

Os medicamentos de uso veterinário (MUV) são de grande importância para o tratamento ou prevenção de diversas afeções animais, evitando assim a transmissão ou envolvimento dos utentes, promovendo desta forma a proteção da saúde pública e o bem-estar dos animais. Estes medicamentos encontram-se definidos segundo o DL n.º 148/2008, de 29 de Julho (Anexo II) [45].

Para além dos MUV, na FR também existem produtos de uso veterinário (PUV), sendo estes definidos pelo DL n.º 237/2009, de 15 de Setembro como a “*substância ou mistura de substâncias, sem indicações terapêuticas ou profiláticas, destinada: aos animais, para promoção do bem-estar e estado higieno-sanitário, coadjuvando ações de tratamento, de profilaxia ou de manejo zootécnico, designadamente, o da reprodução; ao diagnóstico médico-veterinário bem como ao ambiente que rodeia os animais, designadamente as suas instalações*”[46]. Nesse mesmo DL, estão estabelecidas as normas relativas ao fabrico, autorização de introdução no mercado, comercialização e utilização de PUV.

De forma a proteger a espécie animal existem certos medicamentos que pelos riscos que podem causar a estes, são sujeitos a receita médica e, deste modo, só poderão ser vendidos mediante receita médica passada pelo médico veterinário. No entanto, apesar de alguns medicamentos de uso veterinário requererem receita médica veterinária para a sua dispensa, estes não são comparticipados, sendo o custo destes produtos totalmente suportado pelo utente. É de salientar ainda que, os medicamentos de uso veterinário são armazenados num espaço próprio e distinto dos restantes produtos e também possuem uma inscrição “Uso Veterinário” em fundo verde, de forma a serem facilmente reconhecidos.

Durante o estágio, tive a oportunidade de aconselhar alguns produtos de uso veterinário, nomeadamente quanto à sua utilização adequada conforme a espécie e o tamanho do animal e ao seu correto modo de aplicação ou administração. É importante relembrar aos utentes as medidas profiláticas, como a vacinação e a desparasitação periódica dos animais, referindo que o agregado familiar que está em contacto com o animal também

deve ser sujeito a este procedimento. Outros conselhos como ter em atenção ao intervalo de segurança (particularmente ao consumo da carne e do leite após a administração do MUV) e conservar em local fresco, seco e protegido da luz também se devem informar. Alguns dos produtos de uso veterinário mais cedidos na farmácia, foram desparasitantes ectópicos de uso externo (Frontline®), desparasitantes intestinais (Drontal®), antibióticos (Terramicina®) e suplementos vitamínicos e minerais (Anima Strat®) [47].

8.5. Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde destinados, pelo seu fabricante, a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos, tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana. Ao contrário dos medicamentos, os dispositivos médicos procuram atingir os seus fins por meios que não sejam farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios. [48]. Estes dispositivos estão definidos pelo Decreto-Lei n.º 145/2009, o qual também estabelece as normas para a investigação, fabrico, comercialização, entrada em serviço, vigilância e publicidade dos mesmos e respetivos acessórios [49].

Os dispositivos médicos são classificados consoante determinados critérios, nomeadamente, nos potenciais riscos inerentes à sua utilização, nos possíveis incidentes relacionados com as suas características e/ou funcionamento, na duração do contacto do dispositivo com o corpo humano, na invasibilidade do corpo humano e na anatomia afetada pelo uso do dispositivo como:

- Dispositivos médicos de classe I - dispositivos de baixo risco (exemplo, fraldas e pensos para incontinência);
- Dispositivos médicos de classe IIa e IIb - dispositivos de médio risco, sendo os de classe IIa de baixo médio risco (exemplo, agulhas das seringas, lancetas) e os de classe IIb de alto médio risco (canetas de insulina, preservativo masculino);
- Dispositivos médicos de classe III - dispositivos de alto risco (exemplo preservativos com espermicida, pensos com medicamentos).

Também se encontram disponíveis em Farmácia Comunitária alguns dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*, dos quais são exemplos os testes de gravidez, o equipamento para medição da glicémia, os *frascos para* colheita de urina asséptica, entre outros [50]. Ao longo do estágio foram solicitados vários dispositivos médicos, nomeadamente, artigos de higiene oral (escovas de dentes), artigos de puericultura (biberões e chupetas), material de uso parentérico (seringas e agulhas), produtos ortopédicos (meias de compressão, pulso elástico), material destinado ao tratamento e proteção de feridas (compressas e pensos estéreis), material para ostomizados e urostomizados (algália, sacos coletores de urina).

9. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia

De forma a promover a saúde dos utentes, a farmácia comunitária disponibiliza serviços de determinação de diversos parâmetros fisiológicos e bioquímicos. Estes serviços de saúde possibilitam a monitorização e a prevenção de diversas doenças, o acompanhamento clínico mediante uma terapêutica específica bem como a *compliance* do utente. Assim, a FR oferece ao utente variados serviços como a determinação da glicémia, do colesterol, a medição da pressão arterial, determinação do peso, altura e IMC e também a administração de injetáveis e vacinas.

Estes testes, na FR, são realizados no gabinete de atendimento personalizado, garantindo assim a privacidade do utente, à exceção dos parâmetros antropométricos e da medição da pressão arterial que são efetuados no aparelho situado no local de espera. No decurso do estágio, pude efetuar vários destes serviços, exceto a administração de vacinas e medicamentos injetáveis, a qual requer formação adequada reconhecida pela OF. Além disso, a implementação deste serviço de administração de vacinas (não incluídas no Plano Nacional de Vacinação) e injetáveis na farmácia requer gabinete apropriado provido de todos os equipamentos e materiais necessários, seguro de responsabilidade civil, custo e horário do serviço bem como os materiais exigidos para tratamento de uma possível reação anafilática [51]. Para a determinação dos parâmetros antropométricos, a FR dispõe de um dispositivo que determina o peso, a altura do indivíduo e o respetivo IMC, no qual emite um talão com os respetivos valores. A determinação da pressão arterial é realizada através de um aparelho automático que fornece os valores relativos da pressão sistólica, diastólica e da frequência cardíaca.

Também tive a oportunidade de realizar os testes de glicémia, colesterol total, sendo todos estes testes efetuados em aparelhos automáticos próprios para o efeito (um aparelho para a determinação da glicémia e outro para a determinação do colesterol). Para a realização destes testes, faz-se uma punção capilar, através de uma lanceta descartável, e coloca-se uma gota de sangue na tira reativa específica para cada teste. De seguida, esta tira é introduzida no aparelho para se proceder à leitura do resultado, servindo, desta forma, de indicador para o estado de saúde do doente.

Todos os valores dos parâmetros determinados são apontados num cartão fornecido pela farmácia, juntamente com a data da medição, permitindo, assim, a análise e o acompanhamento do utente. Deve ser prestado um aconselhamento adequado à situação em questão, através de medidas não farmacológicas ou mesmo da referenciação médica, se a situação o justificar. Estas medidas não farmacológicas incluem uma alimentação saudável (restrição de sal, redução do teor de gordura ingerida, aumento do consumo de frutas, legumes e água), a perda de peso, redução do consumo de álcool, cessação tabágica e a prática de exercício físico regular. Por último, pude constatar, durante a interação com os utentes, que cada vez mais, as pessoas estão conscientes/alertadas para a prática de exercício físico (hábito de fazer caminhadas com amigos e familiares após o jantar), uma

alimentação mais saudável e um controlo periódico dos valores de tensão arterial e do colesterol.

10. Preparação de medicamentos

O medicamento manipulado (MM) engloba tanto o conceito de “fórmula magistral” como o de “preparado oficial” que são preparados e dispensados sob responsabilidade de um farmacêutico. A dispensa de MM pode ser feita mediante a receita médica, tratando-se de uma fórmula magistral, ou podem ser dispensados diretamente ao utente, sendo neste caso, um preparado oficial (preparados segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou formulário). Tal como no caso das receitas especiais, os medicamentos manipulados têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos ou produtos, e a receita deve conter a indicação “MM”, indicando a ou as substâncias ativas presentes neste, as respetivas concentrações pretendidas, os excipientes aprovados e a forma farmacêutica final [52,53].

O farmacêutico, como responsável pela preparação do MM, deve garantir a qualidade da preparação regendo-se pelas boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia estabelecidos pela portaria n.º594/2004, de 2 de junho [52]. De acordo com o Despacho n.º 18694/2010, de 18 de novembro, encontram-se as condições necessárias para a comparticipação de medicamentos manipulados, nomeadamente: *“a inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância ativa na forma farmacêutica pretendida; existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente; e a necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da pediatria ou da geriatria”*, assim como a lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, sendo a percentagem atual de comparticipação de 30% para preparados oficiais incluídos na Farmacopeia Portuguesa ou no Formulário Galénico Nacional e as fórmulas magistrais que constam dessa lista [54, 55].

O preço de venda ao público dos medicamentos manipulados é calculado de acordo com a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, e no valor dos honorários da preparação, do valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem. É de referir ainda que os valores dos honorários da preparação são calculados consoante a forma farmacêutica final do medicamento e as quantidades preparadas, utilizando um fator multiplicativo (F), o qual é anualmente atualizado. Os valores referentes às matérias-primas são determinados pelo valor da aquisição multiplicado por um fator, consoante a maior das unidades em que forem utilizadas ou dispensadas. Os valores referentes aos materiais de embalagem são determinados pelo valor da aquisição multiplicado pelo fator 1,2. Assim, o PVP dos medicamentos manipulados pode ser calculado através da seguinte fórmula [56]: (Valor dos honorários + Valor das matérias-primas + Valor dos materiais de embalagem) x 1,3 (acrescido do valor do IVA à taxa legal em vigor).

De forma a garantir a qualidade do medicamento manipulado, é necessário que as operações sejam padronizadas. Para tal, na Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro, encontra-se a lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados, entre os quais se encontram os almofarizes de vidro e de porcelana, uma balança de precisão sensível ao miligrama ou a pedra para a preparação de pomadas. Relativamente às matérias-primas, só podem ser utilizadas na preparação de um medicamento manipulado matérias-primas inscritas na Farmacopeia Portuguesa, nas farmacopeias de outros Estados Partes na Convenção Relativa à Elaboração de Uma Farmacopeia Europeia, na Farmacopeia Europeia ou na documentação científica compendial [57,58]. Embora já não seja obrigatória a existência de matérias-primas específicas no laboratório das farmácias, como ainda acontece com o material, todas aquelas matérias-primas que forem utilizadas na preparação de medicamentos manipulados devem possuir um boletim analítico que comprova que as mesmas cumprem com os requisitos da farmacopeia onde a respetiva matéria-prima se encontra descrita. Deve ainda existir na farmácia um registo dos movimentos destas matérias-primas [1].

De forma a garantir a qualidade dos manipulados preparados, o farmacêutico deve-se guiar pelas boas práticas da preparação de medicamentos manipulados, de acordo com o artigo 4º do Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril [58] e pelas normas constantes na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Deste modo, FGP torna-se também uma importante ferramenta na garantia de qualidade dos manipulados preparados na farmácia, padronizando e uniformizando as operações relacionadas com a preparação e manipulação, embalagem, rotulagem e verificação das especificações do manipulado assim como as especificações para as matérias-primas a utilizar [59].

No fim da preparação do manipulado, deve proceder-se a todas as verificações necessárias para garantir a boa qualidade final do medicamento manipulado, incluindo, no mínimo, a verificação dos caracteres organoléticos (cor, aspeto) e do volume ou massa final de medicamento a dispensar, que deve corresponder à quantidade prescrita. Os resultados obtidos das verificações são registados na ficha de preparação do manipulado. Esta ficha de preparação contém também o registo dos lotes das matérias-primas utilizadas, da técnica de preparação, dos dados do utente a que se destina e dos dados do prescritor, do prazo de validade, das condições de conservação, do preço de venda ao público e o respetivo cálculo efetuado e também atribui ao manipulado preparado um número de lote, constituído por um número sequencial de três dígitos seguido do ano de produção (que permite a rastreabilidade dos medicamentos manipulados) [1].

Após a preparação dos manipulados, estes são acondicionados nos respetivos recipientes e devidamente rotulados. Segundo a Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho, o rótulo aplicado ao manipulado deve conter: nome do utente; fórmula do medicamento manipulado; número do lote; prazo de validade; condições de conservação, como, por

exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho); instruções de utilização, via de administração; posologia e identificação da farmácia e do DT [52].

Na FR, a preparação de medicamentos manipulados é pouco solicitado e, de forma a evitar gastos desnecessários em matérias-primas, este tipo de medicamentos é fornecido pela Farmácia Serpa Pinto, no Porto. Por conseguinte não tive possibilidade de realizar este tipo de preparação. No entanto, pude realizar várias vezes um outro tipo de preparações, as preparações extemporâneas, nomeadamente de antibióticos orais para uso pediátrico (como por exemplo, Clavamox® ES, Zithromax®, Zoref®, Klacid®, entre outros). Para a preparação destas, deve-se ressuspender o pó e posteriormente adicionar um pouco de água purificada, agitando um pouco, depois perfaz-se até à indicação do frasco com mais água purificada, agitando vigorosamente de forma a homogeneizar a solução. Este tipo de preparações, após a reconstituição apresenta um prazo de validade de 7 a 14 dias quando conservado no frio (2-8°C). Aquando da dispensa dos mesmos, tive sempre a atenção de informar/ alertar o utente para os cuidados a ter com este tipo de preparações.

11. Contabilidade e gestão

11.1. Processamento do receituário e faturação

Todos os meses, o receituário dos diversos organismos sofre um processo de faturação para que a farmácia seja reembolsada do valor das participações aplicadas por cada um dos respetivos organismos.

No ato da dispensa, o *SIFARMA 2000* atribui um lote e um número à receita, que vai ser impresso no verso da receita, bem como a seguinte informação: identificação da Farmácia e respetivo DT, código do operador, data da dispensa, número de receita e de lote, códigos do organismo participante e dos medicamentos dispensados (bem como a designação nominal, forma farmacêutica, dosagem, tamanho da embalagem e código de barras), valor da participação do organismo de participação e custo para o utente de cada medicamento, bem como o total de custo para o doente e para o organismo de participação. De seguida, as receitas são conferidas e separadas conforme o organismo de participação em que o utente está inserido e agrupadas de acordo com o lote atribuído, sendo a numeração dos lotes individual para cada organismo. Cada lote é composto por 30 receitas, sendo que quando o lote se encontra completo é emitido o verbete de identificação (Anexo XVIII) desse lote, através do *SIFARMA 2000*, no qual constam as seguintes informações: nome e código ANF da Farmácia, organismo de participação e lote em causa, mês e ano da faturação, quantidade de receitas e produtos, PVP total do lote, custo total para os utentes e valor participado pelo organismo. Este documento é carimbado e assinado, e anexam-se neste as 30 receitas do lote correspondente [60].

No final de cada mês, aquando da faturação mensal, e depois de fechados os lotes, é emitido uma relação resumo dos lotes (Anexo XIX) para cada organismo de participação e a fatura (Anexo XX) (impressa em quadruplicado). Na relação resumo dos lotes estão contidos

os mesmos dados do verbete de identificação de cada lote, mas relativamente à totalidade dos lotes constituintes de cada organismo. A fatura deve conter a identificação da entidade adquirente (que terá de corresponder à Administração Regional de Saúde (ARS) da área da farmácia); nome e código da farmácia; número e data da fatura, correspondente ao último dia do mês da dispensa dos medicamentos; indicação de fatura “Original” (uma vez que é obrigatório o envio de uma fatura em triplicado); número de identificação fiscal da farmácia; número de lotes, por tipo e código e o total de lotes; a importância, tanto por tipo e código de lote, como a total, paga pelos utentes, a pagar pelo Estado e correspondente ao PVP e a assinatura do responsável da farmácia [60].

Todas as receitas faturadas a organismos do estado são remetidas para o Centro de Conferência de Faturas - Administração Central do Sistema de Saúde (CCF-ACSS), que realiza a conferência das faturas e identificação do valor a pagar às farmácias. Relativamente à faturação de receitas com comparticipação por outros organismos, a documentação anterior é enviada à ANF que procederá ao reembolso imediato e ao encaminhamento da documentação às entidades em causa, sendo que estas últimas reembolsam a ANF. Desta forma, a ANF atua como intermediário neste processo. A documentação relativa à faturação é conferida no Centro de Conferência de Faturas que as afere ou rejeita consoante existam ou não erros de aviamento, faturação ou comparticipação. Caso se detete algum erro ou falha, procede-se à correção do valor a pagar à farmácia ou devolução à farmácia mediante clara justificação do motivo.

Durante o estágio na FR, tive a possibilidade de colaborar, aquando da faturação mensal, no fecho dos lotes e na organização de todos os documentos inerentes ao processo. Também constatei, posteriormente, alguns dos motivos que levam as receitas a serem devolvidas, entre os quais, “a validade”, “a entidade responsável não válida”, “a receita com acerto é devolvida devido a erro de valor superior a 0,50”, “o local de prescrição do produto dietético não lhe confere a comparticipação de 100% ”, “o medicamento dispensado não coincide com o prescrito”, “o medicamento dispensado possui preço acima do 5º preço mais baixo e não foi exercido direito de opção”, entre outros.

Por último, também pude contactar com vários tipos de documentos, os quais fazem parte do dia-a-dia da farmácia e têm uma aplicação prática importante que deve ser bem entendida. Estes documentos estão descritos no anexo XXI.

12. Conclusão

Este estágio curricular em farmácia comunitária foi uma experiência muito enriquecedora para a minha formação académica, tanto a nível profissional como pessoal. Isto foi possível através da ótima integração na equipa técnica que proporcionou um bom ambiente de trabalho, no qual pude aplicar vários conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Na FR, tive a oportunidade de acompanhar e assumir uma posição ativa em diversas atividades, entre as quais: todo o circuito do medicamento dentro de uma farmácia, desde a

encomenda, receção, armazenamento até à sua dispensa e respetivo aconselhamento; a medição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos; realizar a reconstituição de preparações extemporâneas bem como o processamento de faturação e gestão da farmácia.

Além disso, pode constatar que a farmácia é uma área em constante evolução e inovação tanto no aspeto científico como burocrático. Desta forma, exige aos profissionais de saúde uma atualização contínua dos conhecimentos sempre com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença. Outro aspeto importante a ter em conta é a comunicação com o utente, na qual o farmacêutico deve demonstrar respeito, disponibilidade e preocupação para com os problemas do utente, e mostrar que a sua saúde é importante, fazendo-o sentir-se valorizado e acompanhado. Assim, o poder da comunicação e o saber ouvir assume um papel de extrema importância, no qual o farmacêutico promove o uso seguro e racional dos medicamentos.

Em suma, todas estas atividades desenvolvidas no estágio, o contato direto com o meio profissional bem como todos os novos conhecimentos adquiridos nesta prática são, sem dúvida, uma mais-valia para poder exercer a atividade farmacêutica com qualidade, segurança e rigor que esta nobre profissão exige.

13. Bibliografia

[1] Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária, Ordem dos Farmacêuticos, Revisão nº 3, 2009.

[2] Farmácia e a Comunidade. Associação Nacional das Farmácias. Disponível em: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=17&Itemid=98
Acedido a 5 de Janeiro de 2014

[3] Portaria do Ministério da Saúde n.º 277/2012 de 12 de setembro;

[4] Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada;

[5] Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto; *Regime jurídico das farmácias de oficina*. Diário da República, 1.ª série. N.º 168 de 31 de agosto de 2007.

[6] Deliberação do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento n.º 2473/2007 de 24 de dezembro;

[7] Decreto-Lei do Ministério da Saúde n.º 171/2012 de 1 de agosto;

[8] Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro. Aprova a lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados, que consta do anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.

[9] Deliberação n.º 414/CD/2007. INFARMED. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/ACTOS_SUJEITOS_A_PUBLICACAO_NO_SITE_DO_INFARMED/Delib_414_CD_2007.pdf. Acedido a 10 de fevereiro de 2014.

- [10] O Centro de Informação do Medicamento (CIM). Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2015. Acedido a 10 de fevereiro de 2014
- [11] Áreas de atuação da ANF. Associação Nacional das Farmácias. Disponível em: http://www.anf.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=38. Acedido a 10 de fevereiro de 2014
- [12] Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto; *Estatuto do Medicamento*. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [13] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [14] *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*. Disponível em: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/. Acedido a 10 fevereiro de 2014
- [15] Despacho do Ministério da Saúde n.º 6914/98, de 24 de março. Diário da República, 2ª série. N.º97, de abril de 1998.
- [16] Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro. Diário da República, 1.ª série N.º 229, de 29 de novembro de 2011.
- [17] Ordem dos Farmacêuticos. *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*.
- [18] Farmacovigilância. Saiba mais sobre. INFARMED. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS_SOBRE/SAIBA MAIS_ARQUIVO/48_Portal_RAM.pdf. Acedido a 12 de fevereiro de 2014.
- [19] Valormed. Disponível em: http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=96 Acedido a 14 de fevereiro de 2014.
- [20] Despacho n.º 15700/2012. Diário da República, 2.ª série N.º 238 de 10 de dezembro de 2012.
- [21] Despacho n.º 11255/2013. Diário da República, 2.ª série. N.º 167 de 30 de agosto de 2013
- [22] Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED.
- [23] Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de outubro de 2011. INFARMED
- [24] Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. Diário da República, 1.ª série, N.º96 de 18 de maio de 2011.
- [25] Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [26] Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho. Diário da República, 1.ª série, N.º 120, 23 de junho de 2010.
- [27] Despacho n.º 4294-A/2013. Diário da República, 2.ª série, N.º58, 22 de março de 2013.
- [28] Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio. Diário da República, 1.ª série N.º 92 de 11 de maio de 2012.
- [29] Associação Nacional das Farmácias. Ofício Circular n.º 1162/2013 Lisboa, 26 de março de 2013.

- [30] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [31] Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [32] Associação Nacional das Farmácias. Ofício circular nº 100/2013 Lisboa, 09 de janeiro de 2013.
- [33] Despacho n.º17 690/2007. Diário da República, 2ª série. Nº154 de 10 de agosto de 2007.
- [34] Despacho n.º 2245/2003, de 16 de janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [35] Decreto-Lei n.º 113/2010 de 21 de outubro. Diário da República, 1.ªsérie. N.º 205 de 21 de outubro de 2010.
- [36] Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal (PCHC). INFARMED. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS>. Acedido a 10 de fevereiro de 2014.
- [37] Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de junho. Diário da República, 1.ª série N.º 118 de 21 de junho de 2010.
- [38] Despacho n.º4326/2008. Diário da República, 2ª série. Nº35, de 19 de fevereiro de 2008.
- [39] Manual de aleitamento materno. Comité Português para a UNICEF. Edição revista 2008. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. Acedido a 3 de Março de 2014.
- [40] *Breastfeeding*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. Acedido a 12 de fevereiro de 2014.
- [41] Decreto-Lei n.º 217/2008 de 11 de novembro. Diário da República, 1.ªsérie. N.º 219 de 11 de novembro de 2008.
- [42] Fitoterapia. Disponível em: <http://farmaceutico.com.sapo.pt/fitoterapia.html>
<http://www.ufjf.br/proplamed/fitoterapia/>
- [43] Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto. Diário da República, 1ª série N.º 193 de 22 de agosto de 2013.
- [44] Nutracêuticos. Disponível em: <http://www.florais.com.br/si/site/0901/p/Nutrac%C3%AAuticos>. Acedido a 12 de fevereiro de 2014.
- [45] Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de julho. Diário da República, 1.ª série. N.º 145 de 29 de julho de 2008.
- [46]Decreto-Lei n.º 237/2009 de 15 de setembro. Diário da República, 1.ª série. N.º 179 de 15 de setembro de 2009.
- [47] Medicamentos Veterinários. Disponível em: <http://www.simposiumvet.pt/>. Acedido a 15 de fevereiro de 2014.

- [48] Dispositivos Médicos. INFARMED. Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS. Acedido a 15 de janeiro de 2014
- [49] Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho. Diário da República, 1.ª série. N.º 115 de 17 de junho de 2009.
- [50] Dispositivos médicos na farmácia. INFARMED. Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/AQUISICAO_E_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS_MEDICOS_FARMACIA. Acedido a 15 de janeiro de 2014
- [51] Reconhecimento da formação de farmacêuticos para administração de vacinas em farmácia de oficina. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em:
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile786.pdf. Acedido a 16 de janeiro de 2014.
- [52] Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [53] Normas técnicas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/20121220_Normas_Prescricao_vFinal.pdf; Acedido a 28 de janeiro de 2014
- [54] Despacho n.º 18694/2010, 18 de novembro. Diário da República, 2.ª série N.º 242 de 16 de dezembro de 2010.
- [55] Manipulados. INFARMED. Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSP_ECCAO/MEDICAMENTOS_MANIPULADOS/MANIPULADOS/COMPARTICIPACAO; Acedido a 28 de janeiro de 2014.
- [56] Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [57] Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro. Diário da República, 2ª série N.º 303 de 29 de dezembro de 2004.
- [58] Decreto-Lei n.º 95/2004 de 22 de abril. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [59] O Formulário Galénico Português e a sua importância na Prática Farmacêutica. Disponível em:
<http://www.apfh.pt/scid/webApfh/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=713&articleID=826>. Acedido a 29 de janeiro de 2014
- [60] Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. ACSS. Disponível em: <https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/publico/DownloadPublicacoes/ManuaisdeRelacionamento>. Acedido a 30 de abril de 2014.

Anexos

Capítulo I: Investigação

Anexo I - Fenótipos mais comuns nos doentes asmáticos

<p>A asma é uma doença heterogénea com diferentes processos patológicos subjacentes. Deste modo, os padrões reconhecidos das características demográficas, clínicas e/ou patofisiológicas são frequentemente designados por “fenótipos da asma”, entre os quais:</p>
<p>Asma alérgica: é o fenótipo de asma mais facilmente reconhecido, tem início normalmente na infância e está associado ao histórico pessoal ou familiar de doenças alérgicas, tais como eczema, rinite alérgica ou alergias alimentares ou farmacológicas;</p>
<p>Asma não-alérgica: surge pela primeira vez na idade adulta e não está associada com alergia. Os doentes respondem menos aos corticosteroides intranasais;</p>
<p>Asma de início tardio: surge pela primeira vez em idade adulta, particularmente em mulheres. Estes doentes tendem a ser não alérgicos e requer doses elevadas de corticosteroides intranasais ou são relativamente refratários a estes;</p>
<p>Asma com limitação de fluxo de ar fixo: doentes com asma de longa duração que desenvolvem uma limitação de fluxo de ar fixo que pensa-se ser devida a remodelação das paredes das vias aéreas;</p>
<p>Asma com obesidade: alguns doentes obesos com asma têm sintomas respiratórios proeminentes e pouca inflamação eosinófila das vias aéreas.</p>

Adaptado de: Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2014 [5].

Anexo II - Características comuns da asma, DPOC e do SSAD

Características	Asma	DPOC	SSAD
Idade de início	Normalmente na infância, mas pode começar em qualquer idade.	Normalmente >40 anos.	Normalmente >40 anos, mas pode ter tido sintomas na infância ou no início da idade adulta;
Padrão dos sintomas respiratórios	Sintomas podem variar ao longo do tempo, limitando muitas vezes as atividades. São frequentemente despoletados pelo exercício, emoções, poeiras ou exposição a alérgenos.	Sintomas crônicos, normalmente contínuos, particularmente durante o exercício, com dias melhores ou piores.	Sintomas respiratórios incluindo dispnéia de esforço são persistentes mas a variabilidade pode ser proeminente.
Função pulmonar	Limitação do fluxo de ar variável atual e/ou passada (ex: reversibilidade pós-BD; hiper-reatividade das vias aéreas).	FEV ₁ pode ser melhorado com o tratamento, mas o rácio FEV ₁ /FVC <0,7 pós-BD persiste.	Limitação do fluxo de ar não completamente reversível, mas frequentemente com variabilidade atual ou passada.
Função pulmonar entre sintomas	Pode estar normal entre os sintomas.	Limitação do fluxo de ar persistente.	Limitação do fluxo de ar persistente.
História passada ou história familiar	Muitos doentes têm alergias e história pessoal de asma na infância e/ou história familiar de asma.	História de exposição a partículas ou gases nocivos (principalmente fumo de tabaco e combustíveis fósseis).	Frequentemente diagnóstico médico de asma (atual ou prévio), alergias e uma história familiar de asma e/ou historial de exposições nocivas.
Curso de tempo	Frequentemente melhora espontaneamente ou com tratamento, mas pode resultar em limitação de fluxo de ar fixo.	Geralmente progressão lenta ao longo dos anos mesmo com tratamento.	Sintomas são parcialmente mas significativamente reduzidos com o tratamento. A progressão é comum e as necessidades de tratamento são elevadas.
Raio-X torácico	Frequentemente normal.	Hiperinsuflação pulmonar e outras alterações da DPOC.	Semelhante à DPOC.
Exacerbações	Exacerbações ocorrem mas o risco pode ser considerado reduzido pelo tratamento.	Exacerbações podem ser reduzidas pelo tratamento. Se presente comorbilidades contribuem para a disfunção.	Exacerbações podem ser mais comuns que na DPOC mas são reduzidas pelo tratamento. As comorbilidades podem contribuir para a disfunção.
Inflamação das vias aéreas	Eosinófilos e/ou neutrófilos.	Neutrófilos na expetoração, linfócitos nas vias aéreas e pode ter inflamação sistémica.	Eosinófilos e/ou neutrófilos na expetoração.

Anexo III - Evolução dos internamentos e mortalidade por Asma e DPOC em Portugal

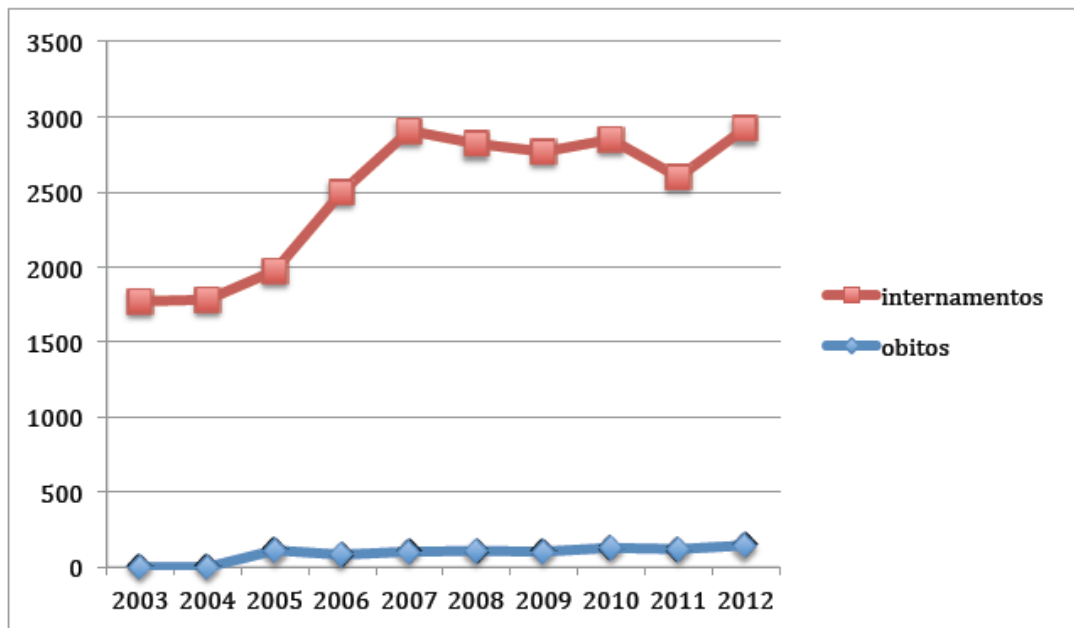
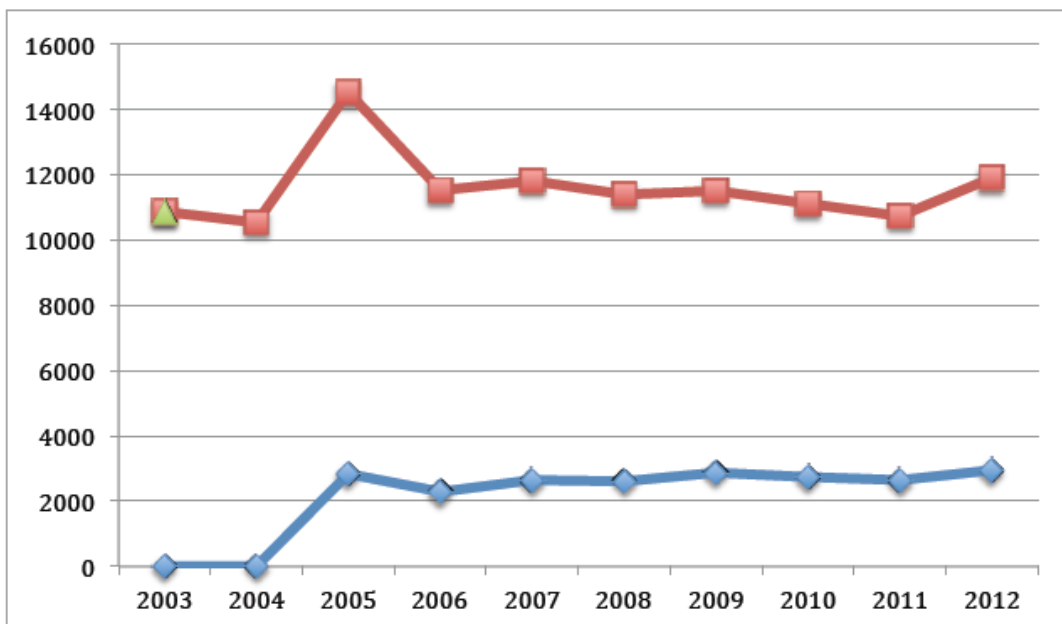


Figura 1 - Evolução dos internamentos e mortalidade por asma em Portugal. Adaptado de [16].



*A vermelho a evolução em 10 anos dos internamentos por DPOC
A azul evolução da mortalidade por DPOC 2005 – 2012*

Figura 2 - Evolução dos internamentos e mortalidade por DPOC em Portugal. Adaptado de [16].

Anexo IV - Lista de medicamentos/moléculas consideradas no estudo

➤ Antiasmáticos e broncodilatadores

→ Agonistas β - adrenérgicos

Formoterol

Procaterol

Salbutamol

Salmeterol

Terbutalina

→ Antagonistas colinérgicos

Brometo de ipratrópio

Brometo de tiotrópio

→ Anti-inflamatórios

- Glucocorticoides

Beclometasona

Budesonida

Fluticasona

- Antagonistas dos leucotrienos

Montelucaste

Zafirlucaste

→ Xantinas

Teofilina

→ Antiasmáticos de ação profilática

Ácido cromoglicóico (Cromoglicato de sódio)

Nedocromil

Cetotifeno

Anexo V - Questionários utilizados:

➤ Questionário base



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal



INQUÉRITO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ASMA E/OU DPOC EM CONTEXTO DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA

1. **Sexo:** Masculino__ Feminino__
2. **Idade:** _____
3. **Grau de escolaridade:** < básico __ básico__ secundário __ superior__
4. **Condição socioeconómica:** baixa __ média __ alta __
5. **Tem asma diagnosticada por um médico?** Sim __ Não __
6. **Tem DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica) diagnosticada por um médico?** Sim __ Não __
7. **Tem bronquite crónica?** Sim__ Não __
8. **Tem enfisema?** Sim__ Não__
9. **Exposição profissional:**
Qual a sua profissão? _____
Trabalha ou já trabalhou em minas ou com produtos químicos? Sim__ Não __
10. **Habitação:**
Vive: sozinho __ acompanhado __
Está exposto regularmente a fumos de lareira aberta, na sua casa? Sim __ Não __
11. **Tabagismo:**
Fuma? Sim __ Não __ Se sim, há quanto tempo é fumador? _____
Quantos cigarros fuma por dia? _____
É ex-fumador? Sim __ Não__ Se sim, há quanto tempo deixou de fumar? _____
Alguma vez tentou deixar de fumar? Não __ Sim__ Se sim, qual a terapia usada? _____
Alguém fuma regularmente na sua casa? Sim __ Não __
Alguém fuma regularmente no seu local de trabalho? Sim__ Não __
12. **História familiar:**
Há alguém na sua família (irmãos, pais, avós) com bronquite crónica? Sim __ Não __
Há alguém na sua família (irmãos, pais, avós) com enfisema? Sim__ Não__
Há alguém na sua família (irmãos, pais, avós) com asma? Sim __Não__

- Questionário *Mini-AQLQ* (“*Mini Asthma Quality of Life Questionnaire*”)

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA NA ASMA - VERSÃO REDUZIDA (MiniAQLQ)

**PREENCHIDO PELO DOENTE
(SELF-ADMINISTERED)
PORTUGUESE VERSION**

© 1999
QOL TECHNOLOGIES Ltd.



Para mais informações, contactar:

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc
Professor
20 Marcuse Fields
Bosham, West Sussex
PO18 8NA, England
Telephone: +44 1243 572124
Fax: +44 1243 573680
E-mail: juniper@qoltech.co.uk
Web: <http://www.qoltech.co.uk>

This translation has been made possible through a grant from BOEHRINGER INGELHEIM GmbH.
Translated by MAPI RESEARCH INSTITUTE
Senior Translators: Pedro L. Ferreira Ph.D. e Carlos Mendonça M.D

© Este Questionário está sujeito a direitos de autor. Não pode ser alterado, vendido (em papel ou em suporte electrónico), traduzido ou adaptado sem a autorização de Elizabeth Juniper.

ABRIL 1999

z:\wordperfect\wpdocs\qolq\asthma\min\portuguese\asthmaportuguese.doc:02/02/2010:ebv

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE
DE VIDA NA ASMA-VERSÃO REDUZIDA
(PORTUGUESE VERSION)
PREENCHIDO PELO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO
DO DOENTE: _____

DATA: _____

Página 1 de 3

Por favor responda a **todas** as perguntas pondo um círculo à volta do número que melhor descreve como se tem sentido **durante as duas últimas semanas, por ter asma.**

EM GERAL, QUANTO TEMPO, DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS:

	Sempre	Quase sempre	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Quase nunca	Nunca
1. Sentiu FALTA DE AR por causa da asma?	1	2	3	4	5	6	7
2. Se sentiu incomodado/a por, ou teve de evitar um ambiente com PÓ?	1	2	3	4	5	6	7
3. Teve um sentimento de FRUSTRAÇÃO, TRISTEZA OU REVOLTA por causa da asma?	1	2	3	4	5	6	7
4. Se sentiu incomodado/a por ter TOSSE?	1	2	3	4	5	6	7
5. Teve MEDO OU RECEIO DE NÃO TER À MÃO A MEDICAÇÃO PARA A ASMA?	1	2	3	4	5	6	7
6. Teve uma sensação de APERTO NO PEITO ou de PESO NO PEITO?	1	2	3	4	5	6	7
7. Se sentiu incomodado/a por, ou teve de evitar um ambiente com FUMO DE TABACO?	1	2	3	4	5	6	7
8. Teve DIFICULDADE EM DORMIR BEM DE NOITE por ter asma?	1	2	3	4	5	6	7
9. Se sentiu PREOCUPADO/A POR TER ASMA?	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE
DE VIDA NA ASMA-VERSÃO REDUZIDA
(PORTUGUESE VERSION)
PREENCHIDO PELO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO
DO DOENTE: _____

DATA: _____

Página 2 de 3

EM GERAL, QUANTO TEMPO DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS:

	Sempre	Quase sempre	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Quase nunca	Nunca
10. Sentiu PIEIRA ("GATINHOS") no peito?	1	2	3	4	5	6	7
11. Se sentiu incomodado/a por, ou teve de evitar sair por causa do TEMPO, DO CLIMA OU DA POLUIÇÃO DO AR?	1	2	3	4	5	6	7

ATÉ QUE PONTO É QUE SE SENTIU LIMITADO/A DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS AO DESEMPENHAR ESTAS ACTIVIDADES, POR TER ASMA?

	Completamente limitado/a	Extremamente limitado/a	Muito limitado/a	Moderadamente limitado/a	Pouco limitado/a	Muito pouco limitado/a	Nada limitado/a
12. ACTIVIDADES EXTENUANTES (tais como ter de se apressar, fazer ginástica, correr pela escada acima, praticar desporto)	1	2	3	4	5	6	7
13. ACTIVIDADES MODERADAS (tais como andar a pé, fazer o trabalho doméstico, tratar do jardim ou do quintal, ir às compras, subir escadas)	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE
DE VIDA NA ASMA-VERSÃO REDUZIDA
(PORTUGUESE VERSION)
PREENCHIDO PELO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO
DO DOENTE: _____

DATA: _____

Página 3 de 3

ATÉ QUE PONTO É QUE SE SENTIU LIMITADO/A DURANTE AS 2 ÚLTIMAS SEMANAS AO
DESEMPENHAR ESTAS ACTIVIDADES, POR TER ASMA?

	Completamente limitado/a	Extremamente limitado/a	Muito limitado/a	Moderadamente limitado/a	Pouco limitado/a	Muito pouco limitado/a	Nada limitado/a
14. ACTIVIDADES SOCIAIS (tais como falar, brincar com animais, brincar com crianças ou pegá-las ao colo, visitar amigos ou família)	1	2	3	4	5	6	7
15. ACTIVIDADES RELACIONADAS COM A SUA PROFISSÃO (tarefas que tem de desempenhar no trabalho*)	1	2	3	4	5	6	7

**Se não está empregado/a nem trabalha por conta própria, estas serão as tarefas que tem de desempenhar a maior parte dos dias*

CODIFICAÇÃO DE DOMÍNIOS:

Sintomas: 1, 4, 6, 8, 10

Limitação de actividade: 12, 13, 14, 15

Função emocional: 3, 5, 9

Estímulos do ambiente: 2, 7, 11

➤ Questionário CAT (COPD Assessment Test)

O seu nome:

Data de hoje:



Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos pontos a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se que selecciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz 0 1 2 3 4 5 Estou muito triste

		PONTUAÇÃO	
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Estou sempre a tossir	<input type="text"/>
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	<input type="text"/>
Não sinto nenhum aperto no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto um grande aperto no peito	<input type="text"/>
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	<input type="text"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Tenho muita energia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia	<input type="text"/>
			PONTUAÇÃO TOTAL <input type="text"/>

O teste de avaliação da DPOC e o logótipo CAT é uma marca registada do grupo de empresas GlaxoSmithKline.
 © 2009 grupo de empresas GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.
 Last Updated: February 26, 2012

Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética da FCS



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2013-015

Data conclusão processo: 12-06-2013

Tema Projecto/Proponente: “Avaliação da qualidade de vida nos doentes asmáticos e/ou com DPOC em contexto de Farmácia Comunitária” – Exma. Sra. Profª Doutora Olga Lourenço

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 12 de Junho de 2013

O Presidente da Comissão de Ética

Prof. Doutor José Martinez de Oliveira



O Vice-Presidente da Comissão de Ética

Prof. Doutor Joaquim Viana

Anexo VII - Folha de Informação dos Voluntários

FOLHA DE INFORMAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS (conforme “Declaração de Helsínquia”, da Associação Médica Mundial, 1964)

A asma e a DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica) são doenças respiratórias crónicas que têm uma morbilidade e mortalidade importante, com interferência na qualidade de vida dos doentes.

Estas patologias comportam uma elevada carga social em termos de redução de qualidade de vida, mortes prematuras e elevados custos económicos.

Sendo assim, a gestão/ monitorização destas doenças é fundamental, bem como dos diversos fatores inerentes que afetam a qualidade de vida do doente.

Este estudo tem como objetivo conhecer a qualidade de vida dos doentes com asma e/ ou DPOC no concelho de Barcelos, através de questionários validados, sendo desenvolvido pela Universidade da Beira Interior.

Para a realização deste projeto é necessária a sua colaboração através do preenchimento de um questionário.

Caso assim o deseje, poderá recusar participar a qualquer altura, sem que isso prejudique os seus direitos de assistência farmacêutica.

Os resultados deste estudo poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto e ser publicados em revistas científicas. No entanto, dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração e o tempo despendido para a sua realização.

Carmen Tomé

Anexo VIII - Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado (nome completo do voluntário)

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do projeto e do uso que se pretende dar aos meus dados, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que julguei necessárias.

Por isso, consinto que me sejam aplicados os métodos propostos para o atual estudo.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Eu, abaixo assinado, _____

Certifico que foram postas à disposição informações respeitantes ao estudo supracitado “de modo simples, inteligível e leal”, conforme o disposto no Decreto-Lei nº 97/94, de 09 de Abril.

Data: ___/___/___

Investigador principal: Carmen Tomé, aluna de 5ºano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior;

Contacto: Faculdade das Ciências da Saúde, Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã;
Tel: 275329009

Supervisor do estudo: Olga Lourenço, Professora Doutora na Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Anexo IX - Correlação entre as variáveis e a QV dos doentes asmáticos (através do questionário *Mini-AQLQ*)

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	<i>p-value</i>
Sexo				
Masculino	20	4,095	0,844	0,092
Feminino	28	4,587	1,135	
Idade				
40-52	18	4,607	0,870	0,048*
53-65	23	4,206	0,907	
>65	7	3,819	1,418	
Grau de escolaridade				
<básico	25	3,960	0,833	0,004
Básico	11	4,394	1,169	
Secundário	7	4,819	0,627	
Superior	5	5,067	1,232	
Condição socioeconómica				
Baixa	32	3,944	0,802	0,000
Média	16	5,012	0,979	
Elevada	0	-	-	
Bronquite Crónica				
Sim	31	4,127	1,019	0,104
Não	17	4,616	0,892	
Enfisema				
Sim	3	3,778	0,806	0,353
Não	45	4,335	1,004	
Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos				
Sim	18	3,911	0,914	0,034*
Não	30	4,533	0,982	
Exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa.				
Sim	22	3,642	0,623	0,000
Não	26	4,846	0,912	
Hábitos tabágicos				
- Fumador				
Sim	12	3,967	1,042	0,183
Não	36	4,411	0,968	
- Ex-fumador				
Sim	1	4,667	-	0,810
Não	17	4,384	1,119	
- Alguém fuma regularmente em casa				
Sim	4	3,800	0,813	0,283
Não	41	4,374	1,021	
Alguém fuma regularmente no trabalho				
Sim	42	4,360	1,030	0,268
Não	2	3,533	0,188	
História familiar				
Alguém na família com bronquite crónica				
Sim	30	4,156	0,991	0,129
Não	18	4,615	0,957	
Alguém na família com enfisema				
Sim	2	4,233	0,236	0,897
Não	43	4,330	1,039	
Alguém na família com asma				
Sim	41	4,301	0,978	0,707
Não	7	4,467	1,189	

*. *P-value* foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

Anexo IX - Correlação entre a pontuação total do *Mini-AQLQ* e dos respetivos domínios com as variáveis em estudo

Variáveis/Mini-AQLQ	Total	Sintomas	Limitação de Atividades	Função emocional	Estímulos Ambientais
Sexo					
Masculino	4,095	3,764	5,223	4,214	3,024
Feminino	4,586	4,410	5,137	4,683	4,050
Idade					
40-52	4,607	4,156	5,750	4,778	3,667
53-65	4,206	4,009	5,130	4,333	3,174
>65	3,819	3,800	3,929	3,714	3,809
Grau de escolaridade					
<básico	3,960	3,752	5,210	4,120	2,480
Básico	4,394	4,400	4,500	4,303	4,333
Secundário	4,189	4,057	5,429	5,143	4,954
Superior	5,067	4,600	6,250	5,067	4,267
Condição socioeconómica					
Baixa	3,943	3,656	5,078	4,031	2,823
Média	5,012	4,787	5,406	5,167	4,708
Elevada	-	-	-	-	-
Bronquite Crónica					
Sim	4,127	3,968	4,629	4,376	3,473
Não	4,616	4,153	6,205	4,471	3,412
Enfisema					
Sim	3,778	3,133	3,750	4,667	4,000
Não	4,335	4,093	5,283	4,393	3,415
Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos					
Sim	3,911	3,678	4,708	4,000	3,148
Não	4,533	4,247	5,475	4,656	3,633
Exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa.					
Sim	3,642	3,482	4,625	3,636	2,606
Não	4,856	4,500	5,663	5,064	4,167
Hábitos tabágicos					
- Fumador					
Sim	3,967	3,433	4,854	3,833	3,806
Não	4,411	4,233	5,298	4,602	3,333
- Ex-fumador					
Sim	4,667	4,400	7,000	5,020	3,667
Não	4,384	4,000	5,191	4,372	3,961
- Alguém fuma regularmente em casa					
Sim	3,800	3,050	3,812	4,417	4,416
Não	4,374	4,112	5,372	4,455	3,398
- Alguém fuma regularmente no trabalho					
Sim	3,533	3,500	3,625	3,333	3,667
Não	4,360	4,019	5,375	4,492	3,444
História familiar					
- Alguém na família com bronquite crónica					
Sim	4,156	3,880	4,900	4,200	3,578
Não	4,615	4,353	5,765	4,823	3,314
- Alguém na família com enfisema					
Sim	4,233	3,200	3,750	6,000	4,833
Não	4,330	4,023	5,395	4,388	3,364
- Alguém na família com asma					
Sim	4,301	4,000	5,238	4,366	3,488
Não	4,467	4,400	5,042	4,833	3,444

*. *P-value* foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

Anexo X - Correlação entre as variáveis e a QV dos doentes com DPOC (através do questionário CAT)

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	p-value
Sexo				
Masculino	24	21,08	5,740	0,917
Feminino	5	21,40	7,956	
Idade				
40-52	5	19,86	4,506	0,045*
53-65	8	24,67	6,860	
>65	16	28,00	4,943	
Grau de escolaridade				
<básico	22	19,86	4,389	0,952
Básico	6	24,67	9,480	
Secundário	0	-	-	
Superior	1	28,00	-	
Condição socioeconómica				
Baixa	22	21,00	6,142	0,814
Média	7	21,67	5,989	
Elevada	-	-	-	
Bronquite Crónica				
Sim	23	21,70	6,204	0,337
Não	6	19,00	5,099	
Enfisema				
Sim	5	18,83	3,764	0,300
Não	24	21,74	6,398	
Trabalha(ou) com minas ou produtos químicos				
Sim	20	22,33	6,803	0,048*
Não	9	20,63	4,430	
Exposto regularmente a fumos da lareira aberta, em casa.				
Sim	24	22,12	5,644	0,051*
Não	5	16,40	5,983	
Hábitos tabágicos				
- Fumador				
Sim	17	22,23	5,471	0,032*
Não	12	17,71	2,563	
- Ex-fumador				
Sim	2	23,50	2,121	0,428
Não	21	20,19	5,653	
- Alguém fuma regularmente em casa				
Sim	4	22,00	9,055	0,683
Não	22	20,68	5,250	
Alguém fuma regularmente no trabalho				
Sim	5	23,80	3,701	0,260
Não	19	20,37	6,291	
História familiar				
Alguém na família com bronquite crónica				
Sim	22	22,23	6,414	0,083
Não	7	17,71	2,563	
Alguém na família com enfisema				
Sim	3	21,36	6,150	0,281
Não	25	17,33	3,512	
Alguém na família com asma				
Sim	10	26,30	7,088	0,000
Não	19	18,42	2,912	

*. P-value foi obtido através do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. A correlação é significativa a nível 0,05 (bilateral).

Anexo XI - Possíveis considerações de controlo com base na pontuação do CAT

Pontuação CAT	Nível de impacto	Visão clínica geral do impacto da DPOC	Considerações de controlo possíveis
>30	Muito elevado	A doença impede-os de fazerem aquilo que gostariam e nunca têm um dia bom. Se conseguirem tomar um banho ou duche, levam muito tempo. Não conseguem sair de casa pra ir as compras, ou fazer as tarefas domésticas. Frequentemente, não conseguem ir para muito longe da cama ou cadeira. Sentem-se como se tivessem tornado inválidos.	O doente tem margem significativa para melhoria. Em adição às considerações para doentes com pontuações CAT com nível de impacto baixo e médio considerar: <ul style="list-style-type: none"> Referenciação a um médico especialista (caso esteja a ser acompanhado por um de cuidados de saúde primários)
>20	Elevado	A DPOC impede-os de fazer a maioria das coisas que gostariam. Ficam com dispneia ao andar pela casa, tomar banho ou vestir-se. Também podem ficar com dispneia ao falar. A tosse cansa-os e os sintomas torácicos perturbam o sono na maioria das noites. Sentem que o exercício não é seguro e que tudo o que fazem parece ser demasiado esforço. Têm medo e não se sentem com controlo da doença.	Considerar também: <ul style="list-style-type: none"> Tratamentos farmacológicos adicionais; Referenciação para reabilitação pulmonar; Assegurar as melhores aproximações para minimizar e controlar as exacerbações.
10-20	Médio	A DPOC é um dos problemas mais importantes que têm. Têm alguns dias bons por semana, mas tosse com expectoração na maioria dos dias e têm exacerbações 1-2 vezes por ano. Têm dispneia na maioria dos dias e normalmente acordam com aperto no peito ou pieira. Ficam com dispneia ao curvarem-se e apenas conseguem subir um lance de escadas devagar. Ou fazem as tarefas domésticas devagar ou têm que parar para descansar.	O doente tem margem para melhoria – otimizar controlo Em adição às considerações para doentes com pontuações CAT com nível de impacto baixo considerar: <ul style="list-style-type: none"> Revisão da terapia de manutenção – é ótima? Referenciação para reabilitação pulmonar; Assegurar as melhores aproximações para minimizar e controlar as exacerbações; Revisão dos fatores agravantes – o doente continua a fumar?
<10	Baixo	A maioria dos dias é boa, mas a DPOC causa alguns problemas e impede as pessoas de fazerem uma ou duas coisas que gostariam de fazer. Normalmente tosse vários dias por semana e ficam com dispneia ao praticar desporto e ao carregar cargas pesadas. Têm que abrandar ou parar em subidas ou se andam depressa em locais nivelados. Cansam-se facilmente.	<ul style="list-style-type: none"> Cessaçãotabágica; Vacina da gripe anual; Reduzir exposição a fatores de risco de exacerbação; Tratamento após avaliação clínica.
5		Limite superior do normal em não fumadores saudáveis	

Adaptado de [43]: Jones P, Jenkis C, Bauerle O: *Healthcare Professional User Guide - COPD Assessment Test™ - CAT - Expert guidance on frequently asked questions*. February 2012, 3: 5-13.

Capítulo II: Farmácia Hospitalar

Anexo I - Comparticipações especiais de medicamentos de dispensa exclusiva em Farmácia Hospitalar

Patologia Especial	Âmbito	Legislação
Artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 18419/2010, de 2 de Dezembro	Despacho n.º 18419/2010, de 2/12, alterado pelo Despacho n.º 1845/2011, de 12/01, Declaração de Retificação n.º 286/2011, de 31/01, Despacho n.º 17503-A/2011, de 29/12 e Despacho n.º 14242/2012, de 25/10
Fibrose quística	Medicamentos comparticipados	Despacho 24/89, de 2/2; Portaria n.º 1474/2004, de 21/12
Doentes insuficientes crónicos e transplantados renais	Medicamentos incluídos no anexo do Despacho n.º 3/91, de 08 de Fevereiro	Despacho n.º 3/91, de 08/02, alterado pelo Despacho n.º 11619/2003, de 22/05, Despacho n.º 14916/2004, de 02/07, Retificação n.º 1858/2004, de 07/09, Despacho n.º 25909/2006, de 30/11, Despacho n.º 10053/2007 de 27/04 e e Despacho n.º 8680/2011 de 17/06
Doentes insuficientes renais crónicos	Medicamentos contendo ferro para administração intravenosa; Medicamentos (DCI): Eprex (epoetina alfa); Neorecormon (epoetina beta); Retacrit (epoetina zeta); Aranesp (darbepoetina alfa); Mircera (Metoxipolietilenoglicol-epoetina beta).	Despacho n.º 10/96, de 16/05; Despacho n.º 9825/98, 13/05, alterado pelo Despacho n.º 6370/2002, de 07/03, Despacho n.º 22569/2008, de 22/08, Despacho n.º 29793/2008, de 11/11 e Despacho n.º 5821/2011, de 25/03
Indivíduos afetados pelo VIH	Medicamentos indicados para o tratamento da infeção pelo VIH, incluídos no Despacho n.º 280/96.	Despacho 14/91, de 3/7; Despacho 8/93, de 26/2; Despacho 6/94, de 6/6; Despacho 1/96, de 4/1; Despacho 280/96, de 6/9, alterado pelo Despacho 6 778/97, de 7/8 e Despacho n.º 5772/2005, de 27/12/2004
Deficiência da hormona de Crescimento na criança; Síndrome de turner; Perturbações do crescimento; Síndrome de prader-willi; Terapêutica de substituição em adultos	Medicamentos contendo hormona de crescimento nas indicações terapêuticas referidas no Despacho n.º 12455/2010, de 22 de Julho	Despacho n.º 12455/2010, de 22/07
Esclerose lateral amiotrófica (ela)	Lista de medicamentos referidos no anexo ao	Despacho n.º 8599/2009, de 19/03, alterado pelo Despacho n.º 14094/2012, de 16/10

	Despacho n.º 8599/2009, de 19 de Março	
Síndrome de lennox-gastaut	Taloxa	Despacho 13 622/99, de 26/5
Paraplegias espásticas familiares e ataxias cerebelosas hereditárias, nomeadamente a doença de Machado-Joseph	Medicação antiespástica, anti-depressiva, indutora do sono e vitamínica, desde que prescrita em consultas de neurologia dos hospitais da rede oficial e dispensada pelos mesmos hospitais	Despacho n.º 19 972/99 (2.ª série), de 20/9
Profilaxia da rejeição aguda de transplante renal alogénico	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
Profilaxia da rejeição aguda do transplante cardíaco alogénico	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
Profilaxia da rejeição aguda de transplante hepático alogénico	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
Doentes com Hepatite C	Ribavirina; Peginterferão alfa 2-a; Peginterferão alfa 2-b	Portaria n.º 194/2012, de 18/04;
Esclerose múltipla (EM)	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 11728/2004 (2.ª série), de 17 de Maio	Despacho n.º 11728/2004, de 17/05; alterado pelo Despacho n.º 5775/2005, de 18/02, Rectificação n.º 653/2005, de 08/04, Despacho n.º 10303/2009, de 13/04, Despacho n.º 12456/2010, de 22/07 e Despacho n.º 13654/2012, de 12/10
Doentes acromegálicos	Análogos da somatostatina - Sandostatina®,	Despacho n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01; Retificação n.º 652/2005, de 06/04

	Sandostatina LAR® (Octreotida); Somatulina®, Somatulina Autogel® (Lanreotida);	
Doentes acromegálicos	Tratamento de doentes que apresentaram resposta inadequada à cirurgia e/ou radioterapia e nos quais um tratamento médico apropriado com análogos da somatostatina não normalizou as concentrações de IGIF-1 ou não foi tolerado - Somavert® (Pegvisomante)	Despacho n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01; Retificação n.º 652/2005, de 06/04
Doença de Crohn ativa grave ou com formação de fístulas	Remicade® - (Infliximab); Humira® - (Adalimumab)	Despacho n.º 4466/2005, de 10/02, alterado pelo Despacho n.º 30994/2008, de 21/11.

Adaptado de: Dispensa em Farmácia Hospitalar. INFARMED. Disponível em:

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_EC
ONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADO
S/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Hospitalar](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_EC
ONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADO
S/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Hospitalar). Acedido a 11 de outubro de 2013.

Anexo II - Termo de responsabilidade assinado pelo utente para dispensa de medicação em regime ambulatorio

Modelo de Termo de Responsabilidade

Eu, _____, portador do C.C./B.I. n.º _____, pelo presente **declaro** ter recebido toda a **informação relevante ao uso e à conservação do(s) medicamento(s)** que compõe(m) o meu tratamento e que periodicamente levanto na Unidade de Farmácia de Ambulatório do hospital _____, **responsabilizando-me pela boa utilização do medicamento e por garantir que os mesmos são transportados e armazenados no domicílio de forma a garantir as condições de conservação que me foram indicadas.** Responsabilizo-me também **por qualquer extravio ou dano causado à medicação enquanto esta estiver ao meu cuidado.**

O utente:

Adaptado de: Circular Normativa nº01/cd/2012. 30 de novembro de 2012; Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar. INFARMED

Anexo III - Folheto informativo de *Dexametasona 8mg*, elaborado ao longo do estágio.



<p>ARMAZENAMENTO</p> <p>Conservar o medicamento à temperatura ambiente (inferior a 25°C) em local seco e ao abrigo da luz.</p> <p>Manter este medicamento fora do alcance das crianças.</p>	<p>ADMINISTRAÇÃO</p> <p>Os comprimidos são tomados inteiros com líquido suficiente. Em geral, a dose diária total ser feita numa única dose, de preferência de manhã, durante ou depois do pequeno-almoço, embora possa ser necessário dividir a dose em várias doses.</p> <p>Dose de tratamento depende do tipo e da gravidade da doença e da resposta do paciente individual. O seu médico irá determinar a dose deve tomá-lo em conformidade com as suas necessidades, bem como a duração do tratamento.</p> <p>Se você sente que o efeito de Fortecortin 8 mg é demasiado forte ou demasiado fraco, fale com o seu médico ou farmacêutico.</p>
<p>ADVERTÊNCIAS e PRECAUÇÕES</p> <p>Informe o seu médico ou farmacêutico se estiver a tomar ou tiver tomado recentemente outros medicamentos, incluindo medicamentos obtidos sem receita médica.</p> <p>Em alguns casos, o tratamento deverá ser monitorizado mais atentamente caso tenha ou teve: - infeções virais (varicela, herpes, sarampo, poliomielite), bactérias, fungos ou parasitárias;</p> <p>- Se tem hepatite, diabetes, tuberculose, osteoporose, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, úlcera digestiva, doenças inflamatórias do sistema digestivo.</p> <p>- Se sofre de doenças psiquiátricas.</p> <p>- Se tiver nódulos linfáticos inchados após ser administrada a vacina para a tuberculose.</p> <p>- Se tem glaucoma, úlceras no olho.</p> <p>- Se deve ser vacinado.</p> <p>O tratamento com 8 mg de Fortecortin requer uma avaliação periódica da pressão sanguínea e em alguns casos, a visão. O crescimento nas crianças deve ser monitorizado regularmente.</p>	<p>EFEITOS INDESEJÁVEIS</p> <p>O risco de efeitos indesejáveis com Fortecortin 8 mg é baixo quando aderido em doses recomendadas. No entanto, dependendo da duração do tratamento e da dose pode ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações hormonais; aumento de açúcar no sangue, retardo do crescimento em crianças, períodos irregulares ou ausência de menstruação, impotência sexual; - Alterações no peso, no nível do colesterol e triglicéridos, no ritmo cardíaco, retenção de líquidos (edema); - Problemas de acne ou outros de pele (alergias, hematomas, estrias), edema, crescimento excessivo de pelos, mudanças na cor da pele; - Cansaço, sensação de fraqueza muscular; - Alterações de humor e de apetite; - Alterações gastrointestinais; - Alterações na pressão arterial; - Alterações na visão; - Possíveis reações alérgicas. <p>Se algum dos efeitos secundários se agravar ou se detectar quaisquer efeitos secundários não mencionados neste folheto, informe o seu médico ou farmacêutico.</p>
<p>CUIDADOS GERAIS</p> <p>- Não deixe de tomar o medicamento sem consultar o médico, mesmo que se esteja a sentir bem, pois isso pode piorar a sua condição;</p> <p>No final do tratamento devolva aos Serviços Farmacêuticos os medicamentos que tenham sobrado.</p>	

Em caso de dúvida contactar os Serviços Farmacêuticos

Tel 275330000 Ext 11903

Data de elaboração deste folheto: Outubro de 2013

Fonte da informação: Resumo das Características do Medicamento, Dexametasona, Fortecortin comprimidos, Março 2007. Merck Pharma GmbH, Alemanha

Adaptado de: Resumo das Características do Medicamento. Dexametasona, Fortecortin comprimidos. Março 2007. Merck Pharma GmbH, Alemanha.

Anexo VI - Plano de cuidados nutricionais



Plano de cuidados nutricionais

Informação geral do doente							
Doente (ou número de doente)	2						
Género	Feminino						
Data de nascimento:	01.09.52						
Idade:	61						
Altura:	160 cm						
Peso normal:	60 kg						
Peso actual:	60 kg						
Diferença de peso:	0 %						
IMC:	23 kg/m ²						
OLIMEL N9, 1500 ml, Bolsa total		Programação da bomba: 62.5 ml/h			Tempo de perfusão por dia 24 h		
	Necessidades	Entérica + Oral	Parentérica	Total	Diferença	%	
Energia total (kcal)	1488	0	1600	1600	112	8	
Proteína (g)	90	0	84	84	-6	-7	
Azoto (g N)	14,4	0	13,5	13,4	-1	-7	
Electrólitos							
Glucose (g)	165	Mg (mmol)	0	Potássio (mmol)	0	Clareta (mmol)	0
Lípidos (g)	60	Ca (mmol)	0	Fosfato (mmol)	4,5		
Osmolaridad e (mOsm/l)	1170	Sódio (mmol)	0	Acetato (mmol)	60		
Suplementações após activação							
Multivitamínico	N/A						
Vitamina	N/A						
Oligoelementos	N/A						
Na (mmol)	N/A						
K (mmol)	N/A						
Mg (mmol)	N/A						
Ca (mmol)	N/A						
Fosfato Orgânico (mmol)	N/A						
Fosfato Inorgânico (mmol)	N/A						

Anexo VII - Constituição e funções da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

De acordo com o Despacho n.º 1083/2004, de 1 de Dezembro de 2003, "A comissão de farmácia e terapêutica é constituída no máximo por seis membros, sendo metade deles médicos e metade farmacêuticos" e "é presidida pelo diretor clínico do hospital ou por um dos seus adjuntos, sendo os restantes médicos nomeados pelo diretor clínico do hospital e os farmacêuticos pelo diretor dos serviços farmacêuticos, de entre os médicos e farmacêuticos do quadro do hospital. Considerando o artigo 2º do mesmo despacho, "Compete à comissão de farmácia e terapêutica:

- a) *Atuar como um órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos;*
- b) *Elaborar as adendas privativas de aditamento ou exclusão ao Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos;*
- c) Emitir pareceres e relatórios, acerca de todos os medicamentos a incluir ou a excluir no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, que serão enviados trimestralmente ao INFARMED;
- d) Velar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e suas adendas;
- e) Pronunciar-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu presidente e sem quebra das normas deontológicas;
- f) Apreciar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidas, após emissão de parecer obrigatório pelo diretor dos serviços farmacêuticos do hospital;
- g) Elaborar, observando parecer de custos, a emitir pelo diretor dos serviços farmacêuticos, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de ação médica;
- h) Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência."

Adaptado de: Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro de 2003. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso

Anexo VIII - Constituição e funções da Comissão de Controlo de Infeção (CCI)

De acordo com a circular normativa N.º: 18/DSQC/D, "a CCI deve integrar na sua composição: um núcleo executivo, um núcleo de apoio técnico e um consultivo e um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação. Os profissionais a integrar estes núcleos são nomeados pelo Órgão de Gestão da unidade de saúde, de entre aqueles que manifestem competências, sensibilidade e interesse por esta temática."

Este documento refere ainda que "compete aos Órgãos de Gestão, através da CCI, cumprir as estratégias consignadas no PNCI (Programa Nacional de Controlo de Infeção), designadamente:

- a) *Elaborar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção e implementar um sistema de avaliação das ações empreendidas;*
- b) *Implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção, e monitoriza-las através de auditorias periódicas. Proceder à revisão trienal das normas e sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem;*
- c) *Conduzir a vigilância epidemiológica (VE) de acordo com os programas preconizados pelo PNCI e as necessidades das unidades de saúde;*
- d) *Investigar, controlar e notificar surtos de infeção, visando a sua efetiva prevenção;*
- e) *Monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos;*
- f) *Colaborar com o serviço de aprovisionamento na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;*
- g) *Proceder, em articulação com os serviços de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho e de Gestão de Risco, a avaliação do risco biológico em cada serviço e desenvolver recomendações específicas, quando indicado;*
- h) *Participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras a fim de garantir a adequação a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;*
- i) *Participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações e estratégias de sensibilização;*
- j) *Participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, a nível nacional e internacional."*

Adaptado de: Circular Normativa N.º: 18/DSQC/DSC: Comissões de Controlo de Infeção. Direcção-Geral da Saúde

Anexo IX - Constituição e funções da Comissão de Ética para Saúde (CES)

De acordo com o 2º Artigo do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, "as CES tem uma composição multidisciplinar e são constituídas por sete membros, designados de entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas. As CES, sempre que considerem necessário, podem solicitar o apoio de outros técnicos ou peritos."

De acordo com o artigo 6º Artigo do mesmo documento, "compete às CES:

- a) Zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respetivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;
- b) Emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas no domínio das atividades da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos, celebrados no âmbito da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- d) Pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde respetivo e fiscalizar a sua execução, em especial no que respeita aos aspetos éticos e a segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico;
- e) Pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos na instituição ou serviço de saúde respetivo;
- f) Reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos, relativamente aos médicos da instituição ou serviço de saúde respetivo;
- g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da instituição ou serviço de saúde respetivo.
- h) No exercício das suas competências, as CES deverão ponderar, em particular, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas declarações e diretrizes internacionais existentes sobre as matérias a apreciar."

Adaptado de: Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso

Anexo X - Indicadores e objetivos de qualidade definidos pelos SFH do CHCB

Processo	Indicador (I) / Objetivo (O) de qualidade
Geral	(O) Aumentar o número de comunicações (oral e poster)
	(I) Avaliar a satisfação dos colaboradores
	(I) Avaliar a satisfação dos clientes internos
	(I) Controlo da satisfação dos utentes de ambulatório
	(O) Aumentar o registo de intervenções farmacêuticas
Aquisição	(O) Diminuir o número de pedidos urgentes
	(I) Monitorizar o número de roturas de medicamentos
Conferência e armazenamento	(O) Diminuir o número de não Conformidade na entrada de medicamentos
	(I) Diminuir o número de regularizações efetuadas no armazém 10
	(I) Monitorizar o número de artigos, detetados em armazém, cuja validade termina dentro de 4 meses
	(O) Diminuir a taxa de abate de medicamentos
	(I) Monitorizar o número de não conformidades detetadas na receção de medicamentos e outros produtos farmacêuticos
Armazenamento e gestão de gases medicinais	(I) Monitorizar as não conformidades no armazenamento
Ensaio clínico	(O) Monitorizar o controlo de <i>stocks</i>
	(I) Avaliar a adesão à terapêutica
Informação de medicamentos	(O) Aumentar o registo das informações cedidas
	(I) Contabilizar o tempo de resposta às questões (percentagem de respostas com demora superior a 30 minutos)
	(I) Monitorizar o número de publicações da <i>Newsletter</i> dos Serviços Farmacêuticos
Farmacotecnia	(I) Diminuir o número de regularizações efetuadas nos armazéns 13 e 10, respeitantes à farmacotecnia
	(O) Melhorar o tempo de entrega e preparação de citotóxicos
	(I) Monitorizar o controlo microbiológico de superfície (citotóxicos e nutrição parentérica)
	(I) Monitorizar o controlo microbiológico de produto (citotóxicos e nutrição parentérica)
	(O) Controlo da qualidade dos manipulados
	(I) Monitorizar as não conformidades na receção e validação das matérias-primas detetadas pelo sector de farmacotecnia
	(I) Monitorizar as não conformidades na inserção de dados para carregamento

	(I) Monitorizar as não conformidades na manga
	(I) Monitorizar o número de discrepâncias de <i>stock</i> na FDS, no carregamento
	(I) Monitorizar as não conformidades na reembalagem
Distribuição por níveis	(I) Diminuir o número de reclamações na distribuição por níveis
	Monitorizar as visitas dos TDTs aos serviços clínicos com medicamentos para detetar e corrigir as não conformidades existentes nos <i>stocks</i> de apoio
Distribuição/ Ambulatório	(I) Aumentar o número de folhetos informativos para fornecer ao doente aquando da dispensa
	(I) Monitorizar o número de erros na dispensa (medicamento e dosagem) - só aplicável a doentes de ambulatório
	(I) Monitorizar a correta imputação aos centros de custo
	(O) Diminuir o número de regularizações efetuadas no armazém 20
Distribuição /Estupefacientes	(I) Monitorizar o número de não conformidades na contagem de estupefacientes
	(I) Monitorizar o controlo mensal de estupefacientes nos serviços clínicos
	(I) Monitorizar o encerramento mensal dos registos referentes às requisições de estupefacientes (Secretariado)
Distribuição /Hemoderivados	Aumentar o número de circuitos encerrados nos serviços Cirurgia 1, Medicina 1, Medicina 2, Especialidades Cirúrgicas, Bloco Operatório, Urgência -não aplicável a doentes em ambulatório
	Encerrar 10 circuitos de hemoderivados aleatórios nos restantes serviços - não aplicável a doentes em ambulatório
	(I) Monitorizar a devolução de hemoderivados nas 24 horas
Distribuição /Dose unitária	(I) Garantir o cumprimento do horário de entrega
	(I) Diminuir o número de regularizações efetuadas no armazém 12
	(O) Diminuir o número de erros de medicação distribuída em dose unitária
	(I) Monitorizar o número de não conformidades no armazenamento no armazém 12
Farmacocinética	(O) Aumentar a percentagem de propostas aceites
Farmacovigilância e Farmácia Clínica	(O) Aumentar o acompanhamento das terapêuticas e a interligação com os serviços
	(I) Monitorizar o número de visitas efetuadas aos serviços sem visita clínica organizada
	(I) Monitorizar o número de fármacos incluídos em farmacovigilância ativa

Capítulo III: Farmácia Comunitária

Anexo I - Funções que competem especialmente à Diretora Técnica (DT)

De acordo com o artigo 21º do Regime Jurídico das Farmácias de Oficina compete, em especial, ao DT:

- a) Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- b) Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
- c) Promover o uso racional do medicamento;
- d) Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- e) Garantir que os medicamentos e demais produtos são fornecidos em bom estado de conservação;
- f) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- g) Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- h) Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- i) Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- j) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica.

Adaptado de: Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto; Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1.ª série. N.º 168 de 31 de agosto de 2007 [5].

Anexo II - Definição de alguns conceitos relevantes na Farmácia

Medicamento: *“é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.”*

Medicamento genérico: *“é todo o “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”.*

Medicamento de referência: *“é todo o medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos”.*

Preparado oficial: *“todo o medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, tanto numa farmácia de oficina como em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço”.*

Fórmula magistral: *“ é todo o medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente específico”.*

Medicamento veterinário: *“ é toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.”*

Dispositivos médicos: *“São qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação nos seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência, estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e controlo da contraceção.”*

Anexo IV - Requisição individual de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

REQUISICÃO DE SUBSTANCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEPCÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI Nº 15/93 DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICACÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Página Nº 1

Requisição Nº **PS/6698**

(Original)

(Nos termos do art. 18º do Decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de Outubro.)

Requisita-se a MedicaNorte - Medicamentos do Norte, Lda

Documento	Nº de Código	Substâncias activas e suas preparações Designação/Forma farmacêutica/Dosagem	Quantidade	
			Pedida	Fornecida
144210	3761988	RITALINA LA 30 MG 30 CAPS.	1	1
145052	3761780	RITALINA LA 20 MG 30 CAPS.	1	1
150563	3761988	RITALINA LA 30 MG 30 CAPS.	1	1
150741	4261087	CONCERTA 36 MG 30 COMP.	2	1
150857	3761988	RITALINA LA 30 MG 30 CAPS.	1	1
151418	3761780	RITALINA LA 20 MG 30 CAPS.	1	1
152747	3761988	RITALINA LA 30 MG 30 CAPS.	2	1

De acordo com a legislação em vigor remeto a MedicaNorte - Medicamentos do Norte, Lda, o duplicado devidamente assinado e carimbado, arquivando o original por um período de 3 anos.

Entidade Requisitante	(Carimbo)	Director Técnico ou Farmacêutico Responsável
211232 FARMACIA ROSMANINHO, LDA		
Drª Vanessa Alexandra de Oliveira S. Rosma		
Estrada Nacional, 588		
4740-694 BARQUEIROS		
Entidade Fornecedora	(Carimbo)	Director Técnico ou Farmacêutico Responsável
MedicaNorte - Medicamentos do Norte, Lda		
Rua do Aldão, nº 174 V.F. S. Martinho		
4750-810 Barcelos		

Nº de Inscr. na G.F. _____
 Data 31-Jan-2014
 Ass. (Legível): _____

Cont. nº 501 758 763
 Rua do Aldão, nº 174
 V. F. S. Martinho 4750-810 Barcelos
 Telef. 253 808 750 - Fax 253 808 759

Ass. (Digitalizada): *[Assinatura]*

Anexo V - Margens máximas de comercialização dos medicamentos

Escalão	PVA	Margem grossista	Margem Farmácia
E1	≤ 5 €	11,2% PVA	27,9% PVA
E2	5,01 - 7 €	10,85% PVA	25,7% PVA + 0,11€
E3	7,01 - 10 €	10,6% PVA	24,4% PVA + 0,20€
E4	10,01 - 20 €	10% PVA	21,9% PVA + 0,45€
E5	20,01- 50 €	9,2% PVA	18,4% PVA + 1,15€
E6	>50€	4,60 €	10,35 €

Adaptado de: Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro.

Anexo VI - Lista de prazos de validade

FARMACIA ROSMANINHO

ESTRADA NACIONAL, 588

4740-694 BARQUEIROS BCL

NIF: 507609727

Telefone: 253851400


Dir. Téc. Dra. Vanessa Oliveira Rosmaninho

Lista de Controlo de Prazos de Validades

Expiram entre 02-2014 e 02-2014 no local FARMACIA ROSMANINHO

Ord.	Código	Designação	Lote	Stock	Pratel.	Validade	Correcção
1	6804955	A Derma Dermat Cytelium Spray 100 MI	LOTE ÚNICO	2		02-2014	07-2015
2	7733857	Acido Salicilico Ac 500 G Fcoope	LOTE ÚNICO	1		02-2014	- -
3	5663281	Adalgur N, 500/2 mg x 60 comp	LOTE ÚNICO	2		02-2014	06-2018
4	7401018	Agribon Po 100 G Pó oral VET	LOTE ÚNICO	1		02-2014	02-2014
5	6671081	Algalia Coloplast Algalia Latex 5cc Ch18	LOTE ÚNICO	2		02-2014	- -
6	6504001	Algodao Fecofar Algodao Zig Zag 50 G	LOTE ÚNICO	1		02-2014	- -
7	5458872	Amorolfina Generis MG, 50 mg/ ml x 5 verniz	LOTE ÚNICO	1		02-2014	10-2014
8	5132881	Amoxicilina + Ác Clavulânico Generis MG, 80/11,4 mg/mL x 100 pó susp oral medida	LOTE ÚNICO	5		02-2014	10-2014
9	1007963	ANDARILHO ART.	LOTE ÚNICO	1		02-2014	02-2024
10	2553485	Aprovel, 300 mg x 28 comp	LOTE ÚNICO	1		02-2014	05-2016
11	7358002	Aptamil Ar 1 Leite Anti Regurgit 800 G	LOTE ÚNICO	3		02-2014	05-2014
12	4106282	Arcoxia, 120 mg x 7 comp revest	LOTE ÚNICO	1		02-2014	01-2016
13	4109088	Arcoxia, 90 mg x 7 comp revest	LOTE ÚNICO	1		02-2014	05-2016
14	7413351	Arvilap Inj 25 MI	LOTE ÚNICO	2		02-2014	04-2015
15	5069166	Atorvastatina Ocrum MG, 10 mg x 56 comp revest	LOTE ÚNICO	13		02-2014	04-2015
16	5251616	Atorvastatina Tavitan MG, 10 mg x 56 comp revest	LOTE ÚNICO	3		02-2014	09-2014
17	6134056	Audispray Junior Sol Oto Ag Mar 25 MI	LOTE ÚNICO	1		02-2014	03-2016
18	2922482	Augmentin Duo, 400/57 mg/5 mL x 70 pó susp oral medida	LOTE ÚNICO	2		02-2014	07-2014
19	6813600	Ávene Homem Gel Barba	LOTE ÚNICO	3		02-2014	02-2014
20	5151758	Azarga, 10/5 mg/ml x 1 susp col frasco	LOTE ÚNICO	1		02-2014	05-2015
21	5206966	Azitromicina Mylan MG, 40 mg/ mL x 15 pó susp oral medida	LOTE ÚNICO	1		02-2014	05-2015
22	9924621	Bacitracina Zimalea, 500/2000 UI/g x 30 pomada	LOTE ÚNICO	3		02-2014	01-2016
23	9966721	Banhóleum Gele, 460/460 mg/g x 100 gel blsn	LOTE ÚNICO	1		02-2014	02-2014
24	8901009	Becozyne x 100 xar sob	LOTE ÚNICO	1		02-2014	03-2015
25	5503487	Belara, 2/0,03 mg x 21 comp revest	LOTE ÚNICO	2		02-2014	05-2015
26	3807682	Bendalina, 1,5 mg/3 mL x 7 sol col	LOTE ÚNICO	1		02-2014	02-2014
27	9435816	Betadine, 10 g/100 mL x 200 sol vag frasco	LOTE ÚNICO	1		02-2014	03-2016
28	9454728	Betadine, 100 mg/g x 30 pomada	LOTE ÚNICO	2		02-2014	09-2016
29	8435719	Betadine, 100 mg/mL x 500 sol cut	LOTE ÚNICO	1		02-2014	02-2016
30	9555615	Betadine, 40 mg/mL x 200 esp vag embalagem	LOTE ÚNICO	1		02-2014	05-2016
31	4454781	Betadine, 500 mg/5 mL x 10 sol cut	LOTE ÚNICO	1		02-2014	04-2016
32	8204909	Betnovate Capilar, 0,1 % p/p x 100 sol capilar frasco	LOTE ÚNICO	1		02-2014	06-2015
33	8184812	Betnovate, 1 mg/g x 30 pomada	LOTE ÚNICO	1		02-2014	06-2016
34	4537692	Bromalex, 1,5 mg x 40 comp	LOTE ÚNICO	1		02-2014	04-2018
35	4538096	Bromalex, 6 mg x 40 comp	LOTE ÚNICO	2		02-2014	03-2016
36	5112667	Budesonida Teva 0,5 mg/mL Susp Inal MG, 1 mg/2 mL x 5 susp inal neb	LOTE ÚNICO	2		02-2014	06-2015
37	8712636	Calcium Wyeth, 600 mg/125 UI x 60 comp revest	LOTE ÚNICO	1		02-2014	06-2015
38	2922383	Cardipril, 20 mg x 56 comp	LOTE ÚNICO	1		02-2014	06-2016
39	9213702	Cebion, 1000 mg x 10 gran sol oral saq	LOTE ÚNICO	1		02-2014	08-2015
40	5835582	Ceclor, 250 mg/5 mL x 120 pó susp oral medida	LOTE ÚNICO	1		02-2014	09-2014
41	5449897	Citalopram Genedec 20 mg Comprimidos MG, 20 mg x 60 comp revest	LOTE ÚNICO	1		02-2014	05-2017
42	9702407	Claritine, 10 mg x 20 comp	LOTE ÚNICO	1		02-2014	08-2014

Anexo VII - Nota de devolução

FARMACIA ROSMANINHO		NIF: 507609727				
ESTRADA NACIONAL, 588		Telefone: 253851400				
4740-694 BARQUEROS BCL		Dir. Téc. Dra. Vanessa Oliveira Rosmaninho				
Cód. Farmacia: 507609727	Nota de Devolução N° G004/ 3	de 13-01-2014				
		Original				
Para: COOPROFAR						
ZIPortelinha R PedroJFerreir 200 4420-612						
NIF: 500336512						
Motivo - pedido por engano						
Produto	Qtd.	Pr. Custo	Pr. Venda	IVA	Origem	
2300795 Bromocriptina Generis MG, 2,5 mg x 30 comp	1	3,12E	4,21E	6%	sg f11672415	
Quantidade Total:				1	Custo Total:	3,12E
Observações:					PVP Total:	4,21E
Carga			Descarga			
Local: ESTRADA NACIONAL, 588			Local: ZIPortelinha R PedroJFerreir 200 4420-612			
Inicio: 13-01-2014 18:28:59			Fim:			
Veículo: 05-LV-83			Recebido Por:			
Código AT: 585247102						
Operador: 08					Página 1	
PaFi-Processado por programa certificado nº 432/AT						

Anexo VIII - Nota de Crédito

MedicaNorte - Medicamentos do Norte, Lda

Rua do Aldão, n.º 174 V.F. S. Martinho- 4750-810 Barcelos
 Telef.:Arm:253808(750) escrit:(751) Fax:253808759
 Contribuinte n.º:501758763 Capital Social:1.000.000,00€
 Conservatória do Registo Comercial Barcelos N.º 501758763
 Email:medicanortebcl@gmail.com

N/Crédito N.º: AA/17320

Duplicado
 28-Jan-2014

N.º Cliente.....: 211232
 N.º Contribuinte: 507609727

FARMACIA ROSMANINHO, LDA
 Dr.ª Vanessa Alexandra de Oliveira S. Rosmani
 Estrada Nacional , 588

4740-694 BARQUEIROS

FOLHA: 1 / 1

Código	Designação	QP	QE	B	F.V.P.	IVA	P.V.A.	Descontos	F.V.F.	Valor
5899281	ACETILCISTEÍNA SANDOZ 600 MG 20	10		N		0%		35,00	2,80 €	28,02 €
5302047	AMISSULPRIDA SANDOZ 200 MG 60 CC	3		E	22,58 €	0%	15,83 €E4		17,40 €	52,20 €
5000138	AMLODIPINA SANDOZ 10 MG 60 COMP.	2		E	10,40 €	0%	7,13 €E3	35,00	5,12 €	10,24 €
5095179	AMOXICILINA SANDOZ 1000 MG 16 CC	10		E	3,75 €	0%	2,54 €E1	35,00	1,84 €	18,40 €
5065487	BISOPROLOL SANDOZ 5 MG 56 COMP.	10		E	5,25 €	0%	3,57 €E1	35,00	2,58 €	25,80 €
5211786	CÁLCIUM-D SANDOZ 60 COMP.	5		E	7,40 €	0%	5,03 €E2		5,57 €	27,85 €
5388982	CETIRIZINA SANDOZ 10 MG 20 COMP.	10		E	4,86 €	0%	3,30 €E1	35,00	2,39 €	23,90 €
5670898	DICLOFENAC SANDOZ 50 MG 60 COMP.	5		E	4,49 €	0%	3,05 €E1	35,00	2,20 €	11,00 €
4395984	FLUCONAZOL SANDOZ 150 MG 2 CAPS.	2		E	4,34 €	0%	2,95 €E1	35,00	2,13 €	4,26 €
5090345	FLUVASTATINA SANDOZ 40 MG 56 CAI	2		E	15,06 €	0%	10,45 €E4	30,00	8,04 €	16,08 €
5743984	FUROSEMIDA SANDOZ 40 MG 60 COMP.	5		E	3,53 €	0%	2,40 €E1	35,00	1,74 €	8,70 €
4452389	INDAPAMIDA SANDOZ 2,5 MG 60 COMI	2		E	7,59 €	0%	5,17 €E2	30,00	4,01 €	8,02 €
5374962	Irbesart H Sandoz G Rev 300+12,	3		E	7,79 €	0%	5,31 €E2		5,88 €	17,64 €
5219555	LEVOCETIRIZINA SANDOZ 5 MG 21 CC	5		E	4,26 €	0%	2,90 €E1		3,22 €	16,10 €
4840385	LISINAPRIL HIDRO. SANDOZ 20+12.!	5		E	10,69 €	0%	7,33 €E3	35,00	5,27 €	26,35 €
4903282	LISINAPRIL SANDOZ 5 MG 56 COMI	5		E	5,33 €	0%	3,62 €E1	35,00	2,61 €	13,05 €
4985685	METFORMINA SANDOZ 850 MG 60 COP	5		E	3,08 €	0%	2,09 €E1	35,00	1,51 €	7,55 €
5174586	METFORMINA SANDOZ 1000 MG 60 COP	5		E	3,86 €	0%	2,62 €E1	35,00	1,90 €	9,50 €
5053046	MIRTAZAPINA SANDOZ 30 MG 30 COMI	5		E	8,53 €	0%	5,82 €E2	35,00	4,19 €	20,95 €
5072137	NEBIVOLOL SANDOZ 5 MG 28 COMP.	5		E	6,33 €	0%	4,30 €E1	35,00	3,11 €	15,55 €
5456793	NIMESULIDA SANDOZ 100 MG 10 COMI	10		E	1,86 €	0%	1,27 €E1	35,00	0,82 €	9,20 €
5456892	NIMESULIDA SANDOZ 100 MG 30 COMI	5		E	3,75 €	0%	2,54 €E1	35,00	1,84 €	9,20 €
5931084	Omeprazol Sandoz G Caps Gr 40 Mg	5		E	5,62 €	0%	3,82 €E1	20,00	3,40 €	17,00 €
5045273	PANTOPRAZOL SANDOZ 20 MG 56 COMI	5		E	6,72 €	0%	4,55 €E2	35,00	4,29 €	21,45 €
5366547	PARACETAMOL SANDOZ 1000 MG 20 CC	5		E	1,80 €	0%	1,23 €E1	35,00	0,88 €	4,40 €
5328935	PERINDOPRIL + INDAPAMIDA SANDOZ	2		E	8,50 €	0%	5,80 €E2	35,00	4,18 €	8,36 €
5326723	RALOXIFENO SANDOZ Comp Rev 60 Mg	2		E	13,78 €	0%	9,50 €E3	20,00	8,40 €	16,80 €
2687291	RAMITIDINA SANDOZ 150 MG 60 COMI	2		E	9,70 €	0%	6,63 €E2	35,00	4,77 €	9,54 €
5999586	SINVASTATINA SANDOZ 20 MG 60 COP	5		E	8,24 €	0%	5,62 €E2	35,00	4,05 €	20,25 €
5043401	VENLAFAXINA SANDOZ 75 MG 30 CAPS	2		E	8,09 €	0%	5,51 €E2	20,00	4,89 €	9,78 €



Totais Unidades:		147		Total NETT...:	28,02 €
Tx. IVA	Incidência	Valor IVA	Escalões Margens:	Total Éticos:	459,12 €
	0%	487,14 €	0,00 €	Total IVA...:	0,00 €
			E1 IVA até 5,00 €	Total Desc...:	
			E2 IVA entre 5,01 € e 7,00 €		
IVA: Isento ao Abrigo da alínea		N.º 2 e N.º 3 do Artigo 78-CIVA		TOTAL.....:	487,14 €

SoftReis WinArms v5.5.2

M12H-Processado por programa certificado n.º1476/AT








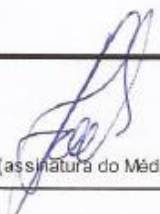
Os artigos constantes deste documento foram colocados à disposição do adquirente, à data do mesmo.

Anexo IX - Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos

 SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos Profissionais de Saúde		 infarmed <small>Autarquia Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde L.P.</small>	
Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa		CONFIDENCIAL	
A. Reação adversa a medicamento (RAM)			
Descrição	Data início ¹	Data fim	Duração RAM se < 1 dia
	__/__/__	__/__/__	h min
	__/__/__	__/__/__	h min
	__/__/__	__/__/__	h min
	__/__/__	__/__/__	h min
Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação) ² grave? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, porque considera grave? <input type="checkbox"/> Resultou em morte __/__/__ <input type="checkbox"/> Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.) <input type="checkbox"/> Colocou a vida em risco <input type="checkbox"/> Causou anomalias congénitas <input type="checkbox"/> Motivou ou prolongou internamento <input type="checkbox"/> Outra ³ (especifique em F.)			
Tratamento da reação adversa:			
B. Medicamento(s) suspeito(s)			
Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm. Indicação terapêutica Data início Data fim
#1			
#2			
O medicamento foi suspenso devido à reação <input type="checkbox"/> A reação melhorou após suspensão <input type="checkbox"/> Ou manteve-se <input type="checkbox"/> Houve redução da posologia (especifique em F.) <input type="checkbox"/> Suspeita de interação ⁴ entre medicamentos (especificar em F.) <input type="checkbox"/> O mesmo fármaco foi reintroduzido <input type="checkbox"/> Ocorreu reação adversa idêntica quando da reintrodução <input type="checkbox"/> São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco <input type="checkbox"/> São conhecidas reações anteriores a outros fármacos <input type="checkbox"/>			
Considera a relação casual: <input type="checkbox"/> Definitiva (certa) <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Improvável			
C. Medicamentos concomitantes, incluindo automedicação (e outro tipo de produtos)			
Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica Data início Data fim
#3			
#4			
#5			
#6			
#7			
D. Doente			
Iniciais do nome _____		<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso _____ Kg Altura _____ cm
Data de nascimento __/__/__		Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s) _____	
Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)? <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Em recuperação <input type="checkbox"/> Persiste sem recuperação <input type="checkbox"/> Morte sem relação com a reação <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Morte com possível relação com a reação			
E. Profissional de saúde			
Nome _____			
Profissão _____		Especialidade _____	
Local de trabalho _____			
Contactos ⁵ <input type="checkbox"/> Telefone/Telemóvel _____		<input type="checkbox"/> e-mail _____	
Data __/__/__		Assinatura _____	






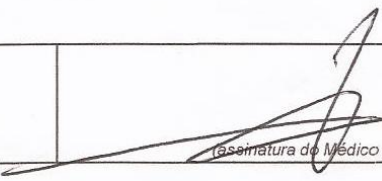
Anexo X - Receita Médica Eletrónica

Receita Renovável

 GOVERNO DE PORTUGAL		Receita Médica Nº	
MINISTÉRIO DA SAÚDE		 *1021511192728621617*	
Utente:		 *187965383*	
Telefone:		R.C.:	
Entidade Responsável: SNS			
Nº de Beneficiário:			
 *M: *	Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR	CS BARCELINHOS - USF ALCAIDE DE FARIA	
	Telefone:	 *U: *	
R _x DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	Nº	Extensão	Identificação Ótica
 Etinilestradiol + Gestodeno, Minigeste, 0.02 mg + 0.075 mg, Comprimido revestido, Blister - 21 unidade(s)	2	Duas	 *2494086*
Posologia: 1 Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - Continuidade de tratamento superior a 28 dias			
Validade: 6 meses Data: 2013-12-10		 (assinatura do Médico prescriptor)	


Processado por computador - Sistema de Apoio ao Médico - SPMS - EPE

Receita Simples

GOVERNO DE PORTUGAL		Receita Médica Nº		
MINISTÉRIO DA SAÚDE		*101100000234262020X*		
Utente:  Telefone: R.C.: * * Entidade responsável: SNS Nº. de Beneficiário:		RN		
 *M *	Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR Telefone:	DR.  *U *		
Rx	DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	Nº	Extenso	Identificação Óptica
1	Cianocobalamina + Piridoxina + Tiamina, Neurobion, 0.2 mg + 200 mg + 100 mg, Comprimido revestido, Blister - 60 unida Posologia: 0+1+1, durante 29 dia(s) Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias	1	Uma	 *9266221*
2	Pregabalina, Lyrica, 25 mg, Cápsula, Blister - 56 unidade(s) Posologia: 1 AO DEITAR, durante 29 dia(s) Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias	1	Uma	 *5133285*
3				
4				
Validade: 30 dias Data: 2013-12-03		 (assinatura do Médico prescriptor)		


MedicineOne, versão 7.1.X - MedicineOne Life Sciences Computing S.A.

Anexo XI - Receita Médica Manual






GOVERNO DE PORTUGAL
Ministério da Saúde

Receita Médica N.º



8010000000281345901

<p>Utente:</p> <p>N.º de Utente:</p> <p>Telefone:</p> <p>Entidade Responsável: <i>RESD - Franca</i></p> <p>N.º de Beneficiário:</p>	<p>RECEITA MANUAL</p> <p>Exceção legal:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> a) Falência informática</p> <p><input type="checkbox"/> b) Inadaptação do prescriptor</p> <p><input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio</p> <p><input type="checkbox"/> d) Até 40 receitas/mês</p>			
<p>M Dr M.  M</p>	<p>Especialidade: <i>UGF</i></p> <p>Telefone: <i>253859290</i></p>	<p> USF ALCAIDE DE FARIA 000Cpq0C6P</p>		
<p>R. DCI/Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem</p>				
1	<p><i>Flotinau - creme</i></p>	N.º	Extenso	<p><i>1 mes</i></p>
<p>Posologia <i>aplicar 2x/dia</i></p>				
2	<p><i>Tenbinafuc 250 - 14 comp</i></p>			<p><i>1 mes</i></p>
<p>Posologia <i>1/dia</i></p>				
3				
<p>Posologia</p>				
4				
<p>Posologia</p>				
<p>Validade: 30 dias</p> <p>Data: <i>2014/01/16</i> (aaaa/mm/dd)</p>		<p>Assinatura do Prescritor</p> <p></p>		<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Pretendo exercer o direito de opção</p> <p>(assinatura do Utente)</p>

Anexo XII - Comparticipações Especiais em Farmácia de Oficina (Diplomas)

Patologia especial	Âmbito	Comparticipação	Legislação
Paramiloidose	Todos os medicamentos	100%	Desp. 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001
Lúpus	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
Hemofilia	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
Hemoglobinopatias	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
Doença de Alzheimer	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)	Despacho n.º 13020/2011, de 20/09
Psicose maníaco-depressiva	Priadel (carbonato de lítio)	100%	Desp. 21 094/99, de 14/9
Doença inflamatória intestinal	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)	Despacho n.º 1234/2007
Artrite Reumatoide e Espondilite Anquilosante	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho	69%	Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12/06
Dor oncológica moderada a forte	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho n.º 10279/2008, de 11/03
Dor não oncológica moderada a forte	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho n.º 10280/2008, de 11/03
Procriação medicamente assistida	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%	Despacho n.º 10910/2009, de 22/04
Psoríase	Medic. psoríase lista de medicamentos	90%	Lei n.º 6/2010, de 07/05

Anexo XIII - Elementos a conter nas receitas prescritas para a sua validação

A receita prescrita por **via eletrónica** para ser válida deve incluir os seguintes elementos:

- Número da receita;
- Local de prescrição;
- Identificação do prescriptor;
- Nome e número de utente ou beneficiário de subsistema;
- Entidade financeira responsável;
- Se aplicável, referencia ao regime especial de comparticipação de medicamentos, nos termos previstos no artigo 6º da portaria 137-A/2012;
- Denominação comum internacional da substancia ativa;
- Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens;
- Se aplicável, identificação do despacho que estabelece o regime de comparticipação especial;
- Se aplicável, designação comercial do medicamento;
- Data da prescrição;
- Assinatura do prescriptor e do utente.

Por sua vez, a receita prescrita por **via manual** só é válida se, para além dos elementos mencionados acima, incluir:

- Se aplicável, vinheta identificativa do local de prescrição (cor verde no caso de regime de comparticipação especial e azul no caso de regime geral);
- Vinheta identificativa do médico prescriptor (deve ser da cor azul);
- Identificação da especialidade medica, se aplicável, e contacto telefónico do prescriptor;
- Identificação da exceção nos termos do n.º2 do artigo 8.º;
- Nome e número de utente e sempre que aplicável de beneficiário de subsistema;
- Entidade financeira responsável.

Adaptado de [28]: Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio. Diário da República, 1.ª série N.º 92 de 11 de maio de 2012.









Anexo XV - Informação constante no talão de faturação, impresso no verso da receita

Conforme a situação, a frase impressa no verso da receita varia:

- **Se um ou mais medicamentos dispensados tiver um PVP maior que o PVP5** o SIFARMA imprimirá a frase “Exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato”
- **Se todos os medicamentos dispensados tiverem um PVP menor ou igual ao PVP5**, o SIFARMA imprimirá a frase “não exerci direito de opção”
- **Se uma receita conter apenas um medicamento prescrito e apresentar a justificação Exceção C) continuidade de tratamento superior a 28 dias**, a farmácia tem de marcar no SIFARMA esta opção, para que seja impressa a frase “Exerci o direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias”
- **Se todos os medicamentos dispensados não possuírem grupo homogéneo e consequentemente PVP5**, o SIFARMA não imprimirá qualquer frase, relativa ao exercício do direito de opção.

Adaptado de [29]: Associação Nacional das Farmácias. Ofício Circular n.º 1162/2013 Lisboa, 26 de março de 2013; PVP (Preço de Venda ao Público)

Anexo XVI - Receita Médica Especial (RE)

 GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		Receita Médica Nº  *1011511192730401101*	
Utente:  *161288200*		RE	
Telefone: R.C.:		Entidade Responsável: SNS Nº de Beneficiário:	
 *M40450*	Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR Telefone:	CS BARCELINHOS - USF ALCAIDE DE FARIA  *UL*	
R_x DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia		Nº Extenso	Identificação Ótica
1 Metilfenidato, Ritalina LA, 20 mg, Cápsula de libertação modificada, Frasco - 30 unidade(s) <i>Posologia:</i>		2 Duas	 *3761780*
2 Metilfenidato, Rubifen, 10 mg, Comprimido, Blister - 50 unidade(s) <i>Posologia:</i>		1 Uma	 *4863684*
Validade: 30 dias Data: 2014-01-07		 (assinatura do Médico prescritor)	

Processado por computador - Sistema de Apoio ao Médico - SPMS, EPE.

Anexo XVII - Situações passíveis de automedicação

Sistema	Situações passíveis de automedicação
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Diarreia b) Hemorroidas (diagnóstico confirmado) c) Pirose, enfartamento, flatulência d) Obstipação e) Vômitos, enjoo do movimento f) Higiene oral e da orofaringe g) Endoparasitoses intestinais h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites i) Odontalgias j) Profilaxia da cárie dentária k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral m) Estomatite aftosa
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite) c) Rinorreia e congestão nasal d) Tosse e rouquidão e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica g) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticoide em inalador nasal)
Cutâneo	<ul style="list-style-type: none"> a) Queimaduras de 1º grau incluindo solares b) Verrugas c) Acne ligeiro a moderado d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas e) Micoses interdigitais f) Ectoparasitoses g) Picadas de insetos h) <i>Pitiríase capitis</i> (caspa) i) Herpes labial j) Feridas superficiais l) Dermatite das fraldas m) Seborreia n) Alopecia o) Calos e Calosidades p) Frieiras q) Tratamento da pitiríase versicolor r) Candidíase balânica

	<p>s) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal</p> <p>m) Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio</p>
Nervoso / psique	<p>a) Cefaleias ligeiras a moderadas</p> <p>b) Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar</p> <p>c) Enxaqueca com diagnóstico médico prévio</p> <p>d) Ansiedade ligeira temporária</p> <p>e) Dificuldade temporária em adormecer</p>
Muscular / ósseo	<p>a) Dores musculares ligeiras a moderadas</p> <p>b) Contusões</p> <p>c) Dores pós-traumáticas</p> <p>d) Dores reumáticas ligeiras moderadas (osteoartrose/osteoartrite)</p> <p>e) Inflamação moderada de origem músculo-esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática</p>
Geral	<p>a) Febre (< 3 dias)</p> <p>b) Estados de astenia de causa identificada</p> <p>c) Prevenção de avitaminoses</p>
Ocular	<p>a) Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a 3 dias</p> <p>b) Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio</p> <p>c) Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio</p>
Ginecológico	<p>a) Dismenorreia primária</p> <p>b) Contraceção de emergência</p> <p>c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos</p> <p>d) Higiene vaginal</p> <p>e) Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfeção vaginal</p> <p>f) Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exacerbação pré-menstrual</p> <p>g) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do trato génito-urinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como dispareunia, secura e prurido</p>
Vascular	<p>a) Síndrome varicosa - terapêutica tópica adjuvante</p> <p>g) Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia)</p>

Adaptado de: Lista de situações passíveis de automedicação. INFARMED. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/ALTERACOES_TRANSFERENCIA_TITULAR_AIM/Alterar%20F5es/Lista_de_situacoes.pdf
Acedido dia 27 de janeiro de 2014.

Anexo XVIII - Verbete de Identificação do Lote

VERBETE DE IDENTIFICAÇÃO DO LOTE

Farmácia: FARMACIA ROSMANINHO
Código da Farmácia: 21458

MÊS: Dezembro
ANO: 2013

Carimbo da Farmácia

Entidade: Administracao Regional de Saude do Norte, I.P.

Plano Participação: 01 **S.N.S.**

<u>Tipo</u>	<u>Nº Lote</u>	<u>Nº Receitas</u>	<u>Nº Etiquetas</u>	<u>PVP</u>	<u>Utente</u>	<u>Comp.</u>
10	1	30	62	612,95€	273,97€	338,98€
		<u>Nº Ordem</u>	<u>Nº Etiquetas</u>	<u>PVP</u>	<u>Utente</u>	<u>Comp.</u>
		1	2	6,93€	3,05€	3,88€
		2	1	54,13€	16,78€	37,35€
		3	2	16,13€	8,84€	7,29€
		4	1	4,09€	3,32€	0,77€
		5	3	52,11€	21,84€	30,27€
		6	1	1,90€	1,16€	0,74€
		7	1	4,59€	2,89€	1,70€
		8	3	16,91€	7,49€	9,42€
		9	3	16,91€	7,49€	9,42€
		10	3	55,71€	34,76€	20,95€
		11	2	9,58€	6,62€	2,96€
		12	2	23,65€	15,23€	8,42€
		13	2	20,62€	10,74€	9,88€
		14	1	2,34€	1,51€	0,83€
		15	1	24,78€	8,41€	16,37€
		16	1	4,09€	3,32€	0,77€
		17	2	6,21€	3,91€	2,30€
		18	1	3,15€	1,98€	1,17€
		19	3	12,47€	2,11€	10,36€
		20	4	20,51€	9,54€	10,97€
		21	4	20,51€	9,54€	10,97€
		22	4	20,51€	9,54€	10,97€
		23	2	7,50€	5,78€	1,72€
		24	3	39,29€	14,21€	25,08€
		25	1	9,62€	6,06€	3,56€
		26	1	57,47€	36,21€	21,26€
		27	2	12,00€	3,72€	8,28€
		28	1	3,82€	2,99€	0,83€
		29	4	84,30€	14,22€	70,08€
		30	1	1,12€	0,71€	0,41€

Anexo XIX - Relação Resumo dos Lotes

RELAÇÃO RESUMO DE LOTES						
Farmácia: FARMACIA ROSMANINHO				MES: Janeiro		
Código da Farmácia: 21458				ANO: 2014		
Entidade: Administracao Regional de Saude do Norte, I.P.						
Plano Participação: 48 S.N.S.-Pens.						
Tipo	Nº Lote	Nº Receitas	Nº Etiquetas	PVP	Utente	Comp.
15	1	30	62	1.099,09€	235,54€	863,55€
15	2	30	62	701,80€	152,78€	549,02€
15	3	30	72	838,02€	214,62€	623,40€
15	4	30	76	893,61€	293,86€	599,75€
15	5	30	71	876,91€	236,95€	639,96€
15	6	30	68	673,04€	201,10€	471,94€
15	7	30	69	926,68€	193,08€	733,60€
15	8	30	79	984,73€	191,35€	793,38€
15	9	30	74	744,69€	167,03€	577,66€
15	10	30	78	886,01€	271,61€	614,40€
15	11	30	57	628,12€	159,85€	468,27€
15	12	30	66	943,63€	229,10€	714,53€
15	13	30	68	660,02€	207,16€	452,86€
15	14	30	70	954,95€	220,54€	734,41€
15	15	30	68	747,75€	190,62€	557,13€
15	16	30	59	883,79€	191,38€	692,41€
15	17	30	61	932,04€	186,91€	745,13€
15	18	30	72	664,56€	181,76€	482,80€
15	19	30	59	817,91€	191,22€	626,69€
15	20	30	68	736,93€	197,96€	538,97€
15	21	30	69	918,86€	211,21€	707,65€
15	22	30	65	594,61€	211,90€	382,71€
15	23	30	86	960,53€	206,88€	753,65€
15	24	30	60	661,42€	139,95€	521,47€
15	25	30	61	842,12€	186,75€	655,37€
15	26	30	62	865,39€	194,50€	670,89€
15	27	30	71	665,99€	190,30€	475,69€
15	28	30	79	1.007,35€	282,13€	725,22€
15	29	30	83	832,57€	207,39€	625,18€
15	30	30	78	1.017,56€	230,38€	787,18€
15	31	30	74	903,19€	191,49€	711,70€
15	32	14	36	441,93€	51,42€	390,51€
Resumo IVA						
IVA 6%						
Totais:		944	2183			
Pág.: 8 / 9						

Anexo XX - Fatura mensal

Original

FACTURA: Série: E003 / Número: 8
• Data: 31.01.14

*Data de acordo com a portaria do ministério da Saúde nº 193/2011

Data de Emissão: 31-01-2014

FARMACIA ROSMANINHO
ESTRADA NACIONAL, 588
BARQUEIROS BCL
4740-694 BARQUEIROS BCL

Código da Farmácia:

número de contribuinte: 507609727

ENTIDADE: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. CONTRIB: 503135593

MORADA: Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

	Quantidade de		TOTAL PVP	TOTAL UTENTE	TOTAL COMP.
	Lotes	Receitas			
Regime Geral	48	1416	30.860,87€	12.959,19€	17.701,68€
Paramiloídose	1	16	495,65€	0,00€	495,65€
Pensionistas (Decreto Lei N° 118/92)	32	944	26.305,80€	6.418,72€	19.887,08€
Despachos/Portarias (Pensionistas)	1	16	1.280,80€	332,02€	948,78€
Trabalhadores Migrantes	1	7	122,70€	49,44€	73,26€
Despachos/Portarias (Regime Geral)	1	5	330,91€	79,73€	251,18€
Manipulados e Produtos Dietéticos	1	3	109,86€	0,00€	109,86€
Produto Controlo Diabetes	3	61	1.481,60€	219,16€	1.262,44€
TOTAIS	88	2468			

Resumo IVA	TOTAL COMP.	V. de Incidência	Valor de Iva
IVA 6%			

são:

Total 3º Protocolo : 1.262,44€ Carimbo da Farmácia

_ / _ / _ Conferente

NOTIFICAÇÃO DE CESSÃO DE CRÉDITOS

Os créditos da Farmácia sobre o Serviço Nacional de Saúde relativos a participações a que a presente factura se refere, incluindo juros, foram cedidos à Finanfarma - Sociedade de Factoring, S.A., pelo seu valor nominal, nos termos permitidos pelo artigo 577 n° 1 do Código Civil.

Em decorrência, o pagamento das participações deverá ser feito directamente à Finanfarma - Sociedade de Factoring, S.A., pessoa colectiva n° 507 496 345 com sede na Rua Marechal Saldanha, n° 1, 1249-069 Lisboa, a única entidade com legitimidade para dar quitação aos respectivos créditos.

iz5-Processado por programa certificado nº 432/AT

Pág. 1 / 1

Anexo XXI - Definições relativas a alguns documentos contabilísticos utilizados na Farmácia Comunitária

Guia de remessa	“Documento juridicamente vinculativo que indica que ocorreu o envio de mercadoria ou a prestação de serviços. Sem este documento, as mercadorias só podem ser entregues se já tiver sido criada uma fatura.” [1]
Fatura	“Documento emitido pelo vendedor, do qual constam as condições gerais da transação e o apuramento do valor a pagar pelo comprador.” [2]
Recibo	Documento em que uma entidade declara ter recebido de outrém a quantia nele indicado pelo respetivo produto, comprovando desta forma o pagamento. [2]
Nota de devolução	Documento que acompanha produtos devolvidos, com as informações do produto e motivo da devolução. [3]
Nota de crédito	É um documento legal que anula total ou parcialmente uma ou mais faturas, sendo emitido e enviado pelo fornecedor aquando da receção da nota de devolução. [4]
Inventário	Enumeração e descrição dos bens que pertenceram ou pertencem a uma pessoa ou empresa. [2]
Balancete	Documento contabilístico, elaborado normalmente para períodos inferiores a uma ano, que se destina a verificar a igualdade dos movimentos a débito e a crédito [2], permitindo, assim, estabelecer um resumo básico do estado financeiro da farmácia.
IVA	“Imposto geral sobre o consumo, uma vez que incide sobre as transmissões de bens, as prestações de serviços e as importações. Trata-se de um imposto plurifásico, porque é liquidado em todas as fases do circuito económico, desde o produtor ao retalhista. Sendo plurifásico, não é cumulativo, pois o seu pagamento é fracionado pelos vários intervenientes do circuito económico”. [5]
IRS	O IRS é o imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, o qual incide sobre todo o tipo de rendimentos auferidos. Os rendimentos são classificados por categorias, e o imposto incide sobre a soma desses rendimentos, depois de efetuadas as correspondentes deduções e abatimentos. [6]
IRC	“É o imposto sobre o rendimento das pessoas coletivas. Quando as empresas apuram os lucros de um determinado ano fiscal, têm de os declarar e pagar imposto sobre esse rendimento.” [6]

[1] Guia de remessa. Disponível em:
http://help.sap.com/saphelp_sbo900/helpdata/is/44/fd94c693202463e10000000a1553f7/content.htm?frameset=/is/44/f8c628445241aae10000000a114a6b/frameset.htm¤t_toc=/is/b1/8fe14910cf46b9b2ff2de2f315e5a2/plain.htm&node_id=1270;Acedido a 25 de janeiro de 2014.

[2] Infopédia - Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/fatura>; Acedido a 25 de janeiro de 2014.

[3] Contabilidade e Fiscabilidade. Disponível em: <http://contabilistas.info/index.php?topic=7452.0>;
Acedido em 25 de janeiro de 2014.

[4] Nota de Crédito e Nota de Débito. Disponível em:
<https://invoicexpress.desk.com/customer/portal/topics/456998-nota-de-cr%C3%A9dito-%7C-notas-de-d%C3%A9bito/articles>; Acedido em 25 de janeiro de 2014.

[5] O que é o IVA?. OGC. Disponível em: <http://www.ogc.pt/perguntas-frequentes/106-o-que-e-o-iva>;
Acedido em 26 de janeiro de 2014.

[6] O que é o IRS?. Portal Gestão. Disponível em: <http://www.portal-gestao.com/item/6025-o-que-%C3%A9-o-irs.html>; Acedido em 25 de janeiro de 2014.

[7] O que é o IRC?. Portal Gestão. Disponível em <http://www.portal-gestao.com/gestao/fiscalidade/item/6157-o-que-%C3%A9-o-irc?.html>. Acedido em 25 de janeiro de 2014.