



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Seguimento Farmacoterapêutico num Grupo de  
Doentes Crónicos: A Importância da Adesão**  
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Hospitalar, Comunitária e Investigação

**Cristiana Lopes Cardoso**

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientadora: Dra. Maria Olímpia Fonseca

**Covilhã, Março de 2013**



“Dentro de nós há uma coisa que não tem nome, essa coisa é o que somos.”

*José Saramago*



# Dedicatória

Aos meus pais, que desde o primeiro dia me acompanharam, incondicionalmente, em cada passo da minha caminhada, que me deram o incentivo necessário para seguir as minhas ambições e que em momento algum me deixaram desistir.

Ao meu irmão, que com a sua alegria contagiante fez com que cada momento fosse melhor, dando-me alento para seguir em frente.

À minha Avó São, que teria todo o orgulho em perceber o culminar deste percurso e que tudo fez para que ele se tornasse possível.



# Agradecimentos

À Dra. Maria Olímpia Fonseca, pela orientação deste trabalho, pelo rigor com que me ensinou a trabalhar, pela sua dedicação, profissionalismo, capacidade crítica e generosidade com que me premiou.

À Dra. Inês Eusébio e à Dra. Rita Moras, pelo apoio, pelos conhecimentos transmitidos, interajuda e amizade demonstrados ao longo deste projeto e pela colaboração prestada para a elaboração deste trabalho.

À Dra. Rosa Maria Rôla, pela forma como me recebeu na Farmácia Moderna, pela bondade, pela sabedoria e pela confiança depositada em mim.

À Dra. Cristina Santos, pelo acompanhamento diário, disponibilidade e conhecimento transmitido.

A toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos do CHCB e a toda a equipa da Farmácia Moderna, pelo acolhimento e interajuda.

Aos meus amigos, pela compreensão nos momentos de ausência e que direta ou indiretamente deram o seu contributo para o encerramento deste ciclo.



# Prefácio

O estágio é um elo de ligação fundamental entre os conhecimentos teóricos adquiridos e a prática profissional.

O tema selecionado prende-se com os desafios do farmacêutico hospitalar num futuro próximo.

Em meu entender, os sistemas de saúde devem evoluir para novos desafios. Monitorizar a adesão, através do seguimento farmacoterapêutico, poderá ser o melhor investimento no controlo das doenças crónicas, aumentando a segurança do doente. É importante dinamizar a tríade médico-farmacêutico-doente.



# Resumo

Este relatório de estágio encontra-se dividido em três capítulos. Cada capítulo corresponde à experiência profissionalizante adquirida nas diferentes componentes do estágio. Os capítulos respeitantes à farmácia comunitária e à farmácia hospitalar foram estruturados de forma a descrever resumidamente a experiência vivida.

O primeiro capítulo do relatório, relacionado com a vertente de investigação, pretende descrever o projeto de dissertação de mestrado na área da farmácia hospitalar intitulado “Seguimento Farmacoterapêutico num Grupo de Doentes Crónicos”. O principal objetivo deste trabalho foi avaliar e estudar a adesão à terapêutica por parte dos doentes utilizando dois tipos de métodos indiretos. A adesão à terapêutica tem vindo a ser uma preocupação crescente dos profissionais de saúde, pois é um importante modificador da efetividade dos sistemas de saúde. As consequências da má adesão repercutem-se em resultados desfavoráveis nos indicadores de saúde e no aumento das despesas em saúde. As causas da não adesão são múltiplas, podendo depender do doente, do medicamento e de condições económicas. Existe um conjunto de intervenções eficazes na melhoria da adesão, mas ainda não se pode afirmar com segurança quais as mais eficazes. Neste sentido o presente trabalho descreve o acompanhamento de um número restrito de doentes em consulta farmacêutica em ambiente privado e confidencial.

O segundo capítulo pretende descrever todas as competências técnico-científicas adquiridas, atividades desenvolvidas e metodologias observadas ao longo do estágio em farmácia hospitalar. O estágio realizou-se nos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar Cova da Beira durante o período de 18 de junho a 2 de agosto de 2012.

O terceiro capítulo do relatório tem o propósito de descrever o funcionamento de uma farmácia comunitária e as múltiplas tarefas e responsabilidades que são da competência do farmacêutico neste âmbito profissional. Este estágio decorreu na Farmácia Moderna de Esmoriz no período de 17 de setembro a 15 de dezembro.

## Palavras-chave

Adesão, Consulta Farmacêutica, Seguimento Farmacoterapêutico, Farmácia Comunitária, Farmácia Hospitalar, Farmacêutico.



# Abstract

This supervised academic report is divided in three chapters. Each chapter corresponds to the vocational experience acquired in the different components of the training. The chapters respective to community pharmacy and hospital pharmacy were structured in order to summarize the lived experience in each phase of the training.

The first chapter of the report related with the investigation under discussion wants to describe the dissertation project about hospital pharmacy called “Pharmacotherapeutic Follow-up in a Group of Chronic Patients”. The main goal of this work was to assess and study the therapeutic adherence by the patients utilizing two types of indirect methods. The therapeutic adherence has been a growing concern for the health professionals for it is an important effectiveness modifier of the healthcare systems. The consequences of poor adherence reverberate in unfavourable results in the healthcare indicators and in increasing health expenses. There are multiple causes for nonadherence, they might depend from the patient, the medicine or from economic conditions. There is a group of effective interventions in the improvement of adherence, but it’s still too soon to tell which ones are more effective. This dissertation describes the follow-up of a restricted number of patients in pharmaceutical appointment/consultation in a private and confidential environment.

The second chapter wants to describe all acquired skills both technical and scientific, developed activities and methodologies observed during the training in hospital pharmacy. The training took place in the pharmaceutical services of Centro Hospitalar Cova da Beira during the period of July, 18<sup>th</sup> to August, 2<sup>nd</sup> of 2012.

The third chapter of the report has the purpose of describing the working of a community pharmacy and its multiple tasks and responsibilities that are the skills of the pharmacist in his daily work. This training took place in Farmácia Moderna de Esmoriz during the period between September, 17<sup>th</sup> to December, 15<sup>th</sup> of 2012.

## Keywords

Adherence, Pharmaceutical Consulting, Pharmacotherapeutic Follow-up, Community Pharmacy, Hospital Pharmacy, Pharmacist.



# Índice

Capítulo I - Seguimento Farmacoterapêutico num Grupo de Doentes Crónicos	1
1. Objetivo	1
2. Introdução	1
2.1. Seguimento farmacoterapêutico: Importância e Adesão como consequência	1
2.2. Evolução histórica do conceito de adesão	2
2.3. A importância da adesão à terapêutica	3
2.4. Métodos descritos para avaliar a adesão à terapêutica	7
3. Metodologia	11
4. Apresentação e discussão dos resultados	13
5. Conclusões	30
6. Bibliografia	32
Capítulo II - Farmácia Hospitalar	34
1. Introdução	34
2. Logística	34
2.1. Seleção	35
2.2. Aquisição	35
2.3. Receção e conferência de produtos adquiridos	36
2.4. Armazenamento	37
3. Distribuição	39
3.1. Distribuição tradicional	39
3.2. Sistema de reposição de stocks nivelados	40
3.3. Distribuição semiautomática Pyxis	40
3.4. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório	40
3.5. Medicamentos de circuito especial sujeitos a legislação específica	44
3.6. Distribuição em dose individual diária	46
4. Farmacotecnia	48
4.1. Preparação de fórmulas magistrais	49
4.2. Preparações estéreis	50
4.3. Reembalagem de medicamentos	54
4.4. Preparação de água	55
5. Farmacovigilância	55
6. Ensaios clínicos	56
7. Farmácia clínica	57
8. Farmacocinética	58
9. Informação de medicamentos	58

10. Gestão do risco	59
11. Acreditação e Qualidade	60
12. Conclusão	61
13. Bibliografia	62
Capítulo III - Farmácia Comunitária	64
1. Introdução	64
2. Organização da farmácia	64
2.1. Enquadramento legislativo da farmácia comunitária em Portugal	64
2.2. Recursos humanos	65
2.3. Instalações e Equipamento	66
2.4. Informação	67
3. Medicamentos e outros produtos de saúde	67
4. Aprovisionamento e Armazenamento	70
4.1. Fornecedores e critérios para sua seleção	70
4.2. Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde	71
4.3. Encomendas: elaboração, transmissão, receção e conferência	72
4.4. Armazenamento	72
4.5. Devoluções	74
4.6. Margens legais de comercialização na marcação de preços	75
4.7. Controlo dos prazos de validade	75
5. Cedência de medicamentos e outros produtos farmacêuticos	75
5.1. Atendimento	76
5.2. Validade e autenticidade das prescrições	77
5.3. Interpretação da prescrição médica	77
5.4. Verificação do receituário após dispensa	79
5.5. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes	80
5.6. Farmacovigilância	80
6. A Intervenção do farmacêutico na auto-medicação	80
6.1. Produtos de dermofarmácia, cosméticos e higiene	81
6.2. Produtos dietéticos	82
6.3. Produtos dietéticos infantis	82
6.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais	83
6.5. Medicamentos de uso veterinário	83
6.6. Dispositivos médicos	84
7. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	84
7.1. Determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos	84
7.2. Consulta farmacêutica	85
7.3. Preparação individualizada da medicação	87
7.4. Administração de vacinas	87

7.5. Consulta do pé diabético	87
7.6. Consulta de nutrição	88
7.7. Consulta de dermocosmética	88
7.8. Reabilitação auditiva	89
7.9. Consulta de podologia	89
7.10. Outros serviços	89
7.11. Gestão de resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso	89
8. Manipulação de medicamentos	90
9. Faturação	91
10. Conclusão	92
11. Bibliografia	93
Anexos	95
	81



# Lista de Figuras

Figura 1.1 – Tríade



# Lista de Gráficos

Gráfico 1.1 – Resultados obtidos por Distribuição de Doentes

Gráfico 1.2 – Distribuição por patologia

Gráfico 1.3 – Percentagem de Doentes por Fármaco

Gráfico 1.4 – Tempo de Tratamento com Terapia Biológica

Gráfico 1.5 – Atividade Profissional

Gráfico 1.6 – Atividade Profissional – Faixa Etária

Gráfico 1.7 – Atividade Física Controlada

Gráfico 1.8 – Percentagem de Doentes sem Atividade Física e sem Atividade Profissional

Gráfico 1.9 – N.º de Doentes vs N.º de Medicamentos

Gráfico 1.10 – N.º de Medicamentos por Doente

Gráfico 1.11 – Percentagem de Adesão nos 16 Doentes Polimedicados

Gráfico 1.12 – Prescrição

Gráfico 1.13 – Especialidade de Médicos Prescritores

Gráfico 1.14 – Percentagem de Doentes Conhecedores da Terapêutica

Gráfico 1.15 – Percentagem de Doentes Dependentes

Gráfico 1.16 – Em Caso de Esquecimento

Gráfico 1.17 – Percentagem de Doentes Cumpridores

Gráfico 1.18 – N.º de Doentes Não Cumpridores por Faixa Etária e Sexo

Gráfico 1.19 – Percentagem de Doentes que Reportam Efeitos Adversos

Gráfico 1.20 – N.º de Doentes que forneceram outras informações espontaneamente

Gráfico 1.21 – N.º de Respostas ao Teste de Morisky

Gráfico 1.22 – Adesão à Terapêutica segundo o Método de Morisky

Gráfico 1.23 – Adesão à Terapêutica segundo o Método da Cedência



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Métodos indiretos vs diretos

Tabela 2 – Limitações dos métodos indiretos usados

Tabela 3 – Requisitos de envio obrigatório ao INFARMED



## Lista de Acrónimos

APFH	Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
MD	Método de Dader
RNM	Resultados Negativos associados à Medicação
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
SF	Serviços Farmacêuticos
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
AO	Assistente Operacional
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
SGICM	Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento
NP	Nutrição Parentérica
CHNM	Código Hospitalar Nacional do Medicamento
DGS	Direção Geral de Saúde
CA	Conselho de Administração
SC	Serviço Clínico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
DCI	Denominação Comum Internacional
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
TSS	Técnico Superior de Saúde
MIV	Misturas Intravenosas
CNF	Centro Nacional de Farmacovigilância
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
EC	Ensaio Clínicos
CE	Comunidade Europeia
IV	Intravenoso
EM	Esclerose Múltipla
PML	Leucoencefalopatia Multifatorial Progressiva
FM	Farmácia Moderna
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
PRM	Problemas Relacionados com Medicamentos
HÁ	Hipoalergénico

AR	Anti-Regurgitante
AC	Anti-Cólicas
AD	Anti-Diarreico
AO	Anti-Obstipante
DL	Decreto-Lei
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
HTA	Hipertensão Arterial
FP	Farmacopeia Portuguesa
PVP	Preço de Venda ao Público

# Capítulo I - Seguimento Farmacoterapêutico num Grupo de Doentes Crónicos: A Importância da Adesão

## 1. Objetivo

O objetivo deste trabalho foi realizar o seguimento farmacoterapêutico em doentes crónicos com terapêutica biológica, avaliar a adesão do doente à terapêutica biológica, conhecer a terapêutica concomitante, identificar efeitos adversos, prestar aconselhamento no sentido de melhorar a qualidade de vida do doente e partilhar com o médico os dados recolhidos, na consulta Farmacêutica, no sentido de otimizar e reforçar adesão a terapêutica.

E ainda, a elaboração de um abstract submetido ao 15º Simpósio Nacional - 5ª Semana APFH, Novembro de 2012, aceite para comunicação oral.

## 2. Introdução

### 2.1 Seguimento Farmacoterapêutico: Importância e Adesão como Consequência.

O Seguimento Farmacoterapêutico (SF) permite ao farmacêutico aplicar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos, sejam estes sujeitos a receita médica ou não, com o objetivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos doentes.

O SF, como qualquer outra atividade de saúde, necessita de procedimentos de trabalho normalizados e validados através da experiência para ser realizado com a máxima eficiência de modo a permitir avaliar o processo, mas sobretudo os resultados.

O seguimento farmacoterapêutico assumido como prática profissional, em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente relacionadas com os medicamentos, tem como objetivo alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente. Estudos demonstram que a implementação do seguimento farmacoterapêutico em ambulatório ou em hospital melhora os resultados pretendidos com a farmacoterapia. [1]

Estes resultados são tanto mais positivos quanto maior a adesão à terapêutica, podendo esta, por sua vez, ser promovida pelo farmacêutico.

A não adesão é hoje conhecida como a principal causa do aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde. Aderir ao regime terapêutico influencia o sucesso do tratamento, diminuindo significativamente os custos, em termos médicos e sociais. [2]

Assim, o farmacêutico tem no seguimento farmacoterapêutico uma forma de monitorizar a adesão do doente, conseguindo em última análise, ganhos em saúde.

## **2.2 Evolução histórica do conceito de adesão**

A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hipócrates há 2400 anos.

Etimologicamente, a palavra adesão deriva do latim “adhaesione” sendo definida como ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa. No entanto, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido no século XX por Haynes, em 1979. [2]

Sackett e Haynes introduziram o conceito “adesão ao tratamento” na literatura médica em 1976 e a sua definição foi uma das mais usadas. Estes autores descreveram adesão ao tratamento como “O ponto em que o comportamento de uma pessoa que toma medicamentos segue uma dieta recomendada ou muda de estilo de vida, coincide com conselhos médicos”.

Para estes autores tomar os medicamentos era um fim, e não o meio para tornar o tratamento eficaz. Este conceito centrava-se no cumprimento escrupuloso das indicações do médico, valorizando uma relação paternalista entre médico e doente. A percepção de que os doentes deviam ser educados de forma a conhecer melhor as suas dificuldades e erros, e que o médico sabia sempre o que era melhor para os seus doentes era comum na época. A componente de partilha de decisões entre médico e doente não era valorizada. Esta definição não tinha em consideração a adesão, ou seja, o doente ou cumpria ou não as indicações do médico. [2]

Mais tarde surgiu o conceito de “aliança terapêutica” que descreve a relação médico-doente como um processo de interação. A definição de “aliança terapêutica” totalmente aceite é o ponto em que um indivíduo escolhe comportamentos que coincidam com uma prescrição clínica, e em que o regime deve ser consensual, ou seja, alcançado através de negociação

entre o profissional de saúde e o doente. Esta definição parece, também, ignorar quer o resultado da partilha de decisões na saúde do doente, quer a existência de níveis de adesão. A adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento são diferentes modos de nomear a mesma entidade. [2]

Em 2003, a OMS definiu adesão como sendo “a extensão em que o comportamento de um indivíduo-utilização de medicamentos, cuidados de saúde, alimentação e estilos de vida- esta de acordo com as recomendações de um profissional de saúde com as quais concorda”. Com esta definição passou a estar implícito um ponto a partir do qual há adesão à terapêutica (existência de níveis de adesão) e foi introduzido o conceito da concordância (a adesão como um meio para alcançar o sucesso terapêutico e não um fim em si mesmo). [3]

Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas. [2]

## **2.3 A Importância da adesão à terapêutica**

São vários os desafios quem vêm sendo colocados à profissão de farmacêutico, nomeadamente, o contacto direto com o doente, o que representa uma oportunidade para a prestação de cuidados farmacêuticos com o objetivo de contribuir para a melhoria do seu tratamento.

São competências do farmacêutico hospitalar garantir a adequação do tratamento prescrito (medicamento, dosagem e posologia), assegurar a compreensão da terapêutica por parte do doente com a cedência de informação, prevenir, detetar e corrigir problemas relacionados com o medicamento, fomentar a adesão ao tratamento e estabelecer um sistema de farmacovigilância e monitorização do mesmo e estabelecer um circuito de comunicação com a equipa multidisciplinar. [3]

A monitorização da adesão à terapêutica é particularmente importante quando se trata de doenças crónicas e de grande custo associado à terapêutica [3] biológica anti-reumatóide, que requer controlo e seguimento para alcançar a efetividade e eficácia do tratamento, minimizando os riscos.

A importância desta terapêutica, tanto pela sua complexidade clínica como pelo seu peso económico, torna necessária a formação contínua e atualização de todos os profissionais envolvidos nesta área, com vista à obtenção do máximo benefício terapêutico - individual e social. O farmacêutico hospitalar desempenha um papel predominante na monitorização da qualidade e segurança na dispensa e utilização dos medicamentos biológicos, quer no

aconselhamento aos doentes sobre a sua correta utilização, quer através de uma gestão racional e eficiente.

Em Portugal são aplicados, aproximadamente, 16,6 mil tratamentos/ano. Os custos destas doenças para a Segurança Social, Serviço Nacional de Saúde e para a sociedade em geral são extraordinariamente elevados. Entre os mais importantes estão os custos associados às hospitalizações, aos cuidados de saúde inerentes à patologia e aos elevados índices de redução de produtividade. Por sua vez, a despesa associada à terapêutica biológica não chega a atingir 10% da despesa total associada a estas doenças e contribui de forma significativa para a produtividade e o regresso à vida ativa dos doentes, diminuindo de forma expressiva os custos da Segurança Social originados por baixas e reformas antecipadas. Os efeitos positivos dos medicamentos biológicos enquanto armas de combate a estas doenças incapacitantes estão reconhecidamente demonstrados em todo o mundo. [4]

A determinação dos custos financeiros associados ao tratamento com terapêutica biológica é um instrumento importante na decisão sobre a aplicação dos recursos adequados, quer a curto quer a longo prazo, sendo o farmacêutico hospitalar responsável pela monitorização contínua dos custos associados à terapêutica biológica. [3]

Os doentes candidatos a terapêutica biológica representam o extremo mais grave do espectro destas doenças. Os doentes com patologia reumática tratados com agentes biológicos são, obrigatoriamente, registados numa base de dados específica que contenha os instrumentos validados para a avaliação periódica destes medicamentos, partilhada com o INFARMED.

Esta avaliação justifica-se pelo risco acrescido de complicações infecciosas, nomeadamente, respiratórias, cutâneas e urinárias e por isso é muito importante proceder a uma avaliação detalhada de situações clínicas associadas a um aumento desse risco e que incluem idade avançada, outras patologias crónicas concomitantes, infeções de repetição e uso de corticosteroides. [5]

A adesão à terapêutica assume um papel de particular importância nos doentes portadores de doenças crónicas, sendo a ausência de adesão um problema de saúde pública. Além disso, o problema de adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz. [3]

A não adesão à terapia é normalmente definida como falta de concordância entre os comportamentos dos doentes, como por exemplo, seguir uma dieta ou tomar medicamentos não prescritos enquanto se segue também a terapia prescrita.

Infelizmente, a não adesão à terapêutica é um fenómeno frequente. Segundo alguns estudos, uma pequena percentagem de doentes consegue ter uma adesão de 100%, isto é, tomar os

medicamentos certos à hora certa e respeitar todos os conselhos não farmacológicos. Como a terapêutica farmacológica é muitas vezes coadjuvada por aspetos não farmacológicos que a torna mais eficaz, é por isso possível demonstrar que a não adesão a terapêutica, seja no âmbito farmacológico ou não farmacológico, a torna menos eficiente e causa prejuízo para a saúde dos doentes.

Consequentemente, melhorar a adesão é um dos maiores objetivos das políticas de saúde. A Organização Mundial de Saúde afirmou, num relatório de 2003 intitulado “Adherence to long term therapies, Evidence for action” que “aumentar a efetividade da adesão terá um maior impacto do que qualquer avanço de um qualquer tratamento médico”. [6]

Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a aumentar até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas com a saúde em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, estima-se que o grau de adesão às terapêuticas crónicas seja apenas 50% e nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento seja ainda menor.

A melhoria da adesão ao tratamento e conseqüente impacto na saúde dos doentes, deverá ser o objetivo primordial do farmacêutico e dos outros profissionais de saúde, pelo que a identificação do problema e a promoção de normas consistentes, éticas e baseadas na evidência, se torna fundamental.

A importância da adesão à terapêutica não se reflete apenas em aspetos clínicos, mas assume um papel relevante no que respeita a encargos económicos associados ao tratamento. Apesar do elevado custo dos medicamentos biológicos, a diminuição da morbilidade possibilita uma menor utilização de recursos, sejam eles médicos, farmacológicos ou hospitalares, assim como a diminuição de baixas médicas.

As instituições de saúde hospitalares caracterizam-se essencialmente pelo tratamento da maioria das patologias graves, das de pior prognóstico e por utilizarem tratamentos agressivos e de elevado custo. Os gestores e comissões especializadas destas instituições têm como objetivo fundamental a promoção do uso racional dos medicamentos, assim como, a racionalização da utilização dos recursos existentes. Neste propósito, encontram-se os agentes de intervenção - médico prescritor, Comissão de Farmácia e Terapêutica e Farmacêutico. [3]

O seguimento farmacoterapêutico dos doentes tem sido uma estratégia seguida por farmacêuticos já noutros países para aumentar o contacto com o doente, ajudar na gestão da sua terapêutica e promover a adesão. Este seguimento pode ser conduzido de várias formas mas existe um método descrito bastante exequível: O Método de Dáder (MD).

Este método consiste na obtenção da história farmacoterapêutica do doente, isto é, nos problemas de saúde que este apresenta, nos medicamentos que utiliza e na avaliação do seu estado de situação numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis resultados negativos associados à medicação que o doente apresenta, através de intervenções farmacêuticas e posteriormente avaliam-se os resultados obtidos.

O MD é um método de seguimento farmacoterapêutico simples, que permite ao farmacêutico aplicar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos, com o objetivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos doentes.

O MD foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada e é ferramenta de trabalho de muitos farmacêuticos comunitários e hospitalares, que praticam seguimento farmacoterapêutico.

Este método, além de proporcionar procedimentos simples para se realizar seguimento farmacoterapêutico, também é um método de formação contínua, baseado na técnica de “aprender-fazendo”, que visa melhorar a competência e a qualidade da Intervenção Farmacêutica na área da farmacoterapia.

O Documento de Consenso em Atenção Farmacêutica de 2001 define seguimento do Tratamento Farmacológico personalizado como a prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades dos doentes relacionados com os medicamentos. [7]

Os farmacêuticos podem melhorar as falhas da farmacoterapia procurando, identificando, prevenindo e resolvendo os resultados negativos associados à medicação (RNM), através do aumento da eficácia terapêutica farmacológica ou da prevenção dos efeitos adversos, reduzindo assim, a mortalidade e morbidade associados dos medicamentos.

A literatura sobre morbidade evitável dos medicamentos justifica a imperatividade dos farmacêuticos cumprirem a obrigação formal de ajudar o doente a obter a melhor terapêutica medicamentosa possível. Aceitar esta premissa aumentará, em grande medida, o nível de responsabilidade do farmacêutico face aos doentes.

Nos últimos anos, a atividade profissional do farmacêutico evoluiu de uma dispensa ativa, centrada no medicamento, para uma filosofia de trabalho, centrada no doente. Assim, a missão da prática farmacêutica não pode englobar apenas o conceito de farmácia clínica. A literatura publicada nas últimas décadas sugere que a informação gerada a partir da revisão do perfil farmacoterapêutico do doente ou da monitorização das prescrições não é suficiente para valorizar globalmente a indicação, a efetividade e a segurança dos medicamentos, bem como a adesão à terapêutica, mesmo que seja efetuada por profissionais com bons conhecimentos e competências clínicas.

Contudo, a maximização da efetividade dos medicamentos por parte do farmacêutico, só poderá ser atingida aplicando o conceito de cuidados farmacêuticos ao doente definidos por *Helper* e *Strand*. Segundo eles, os cuidados farmacêuticos são a “provisão responsável de tratamento farmacológico com intuito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente”. [2]

Porém, os cuidados farmacêuticos são um conceito abrangente que significa a interação entre o farmacêutico e um doente em concreto, tendo como objetivo atingir a melhoria da qualidade de vida deste. Inclui-se neste conceito a dispensa ativa de medicamentos, a indicação farmacêutica, a farmacovigilância, a manipulação magistral, a educação para a saúde e o seguimento farmacoterapêutico. [3]

O seguimento farmacoterapêutico é assumido como “uma prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades das doentes relacionadas com os medicamentos, sendo realizado através da deteção PRMs e da prevenção e resolução de RNM”. Este serviço implica um compromisso que deve ser feito de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o doente e os restantes profissionais de saúde, com o objetivo de se alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente.

Segundo este método, o Acompanhamento Farmacoterapêutico requer um método de trabalho rigoroso realizado com o máximo de informação possível. Como qualquer outra atividade sanitária, o acompanhamento farmacoterapêutico necessita de procedimentos de trabalho protocolizados e validados para ser realizado com a máxima eficiência. [7]

## **2.4 Métodos descritos para avaliar a adesão à terapêutica**

Existem diferentes métodos para avaliar a adesão à terapêutica, dentro dos quais existem métodos diretos e métodos indiretos, e métodos quantitativos ou qualitativos, com diferentes vantagens e desvantagens. [2]

Os métodos indiretos mais utilizados são o auto relato do doente, a contagem de medicamentos, a monitorização da cedência da terapêutica e o teste de Morisky. Estes métodos são os mais económicos, acessíveis, apresentam alta especificidade, são de fácil utilização e requerem a colaboração dos doentes.

O relatório do doente é, sem dúvida, o teste mais utilizado, visto que apresenta um baixo custo e é de simples aplicação. Um exemplo concreto desta medida de avaliação é o Teste de

Morisky-Green, que sendo um teste de reprodução limitada é suscetível de nele ocorrerem erros.

O Teste de Morisky-Green foi adaptado para a língua portuguesa, incluindo quatro questões: 1) Às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? 2) Às vezes descuida-se e não toma o seu medicamento? 3) Quando se sente melhor, às vezes pára de tomar o seu medicamento? 4) Às vezes, se se sentir pior ao tomar a medicação, pára de a tomar? Considera-se que o paciente adere à terapêutica quando responde não a todas as perguntas. [8]

A opinião do médico constitui um método fácil, económico e de alta especificidade, porém apresenta baixa sensibilidade e valoriza a adesão total.

O método do diário do doente, quando corretamente preenchido, permite realizar uma correlação simples com os eventos pertinentes relativos à sua patologia, que ocorrem no seu quotidiano, e a sua situação clínica. Todavia, nem sempre existe cooperação do doente ou observação do efeito terapêutico.

A contagem dos comprimidos é aparentemente o método mais adequado para avaliar a taxa de adesão ao regime terapêutico. No entanto, este é um método de fácil manipulação pelo doente (pode perder ou deliberadamente retirar os comprimidos), podendo haver relutância em entregar as caixas da terapêutica vazias. Exige grande colaboração por parte do doente.

O reabastecimento de terapêutica, como o anterior, fornece a média da taxa de adesão. É um teste trabalhoso que necessita de programas informáticos para recolha da informação nas farmácias e de uma centralização de dados.

A resposta clínica é um teste pouco dispendioso e de fácil aplicação. Contudo, há influência de outros fatores além da terapêutica.

Na monitorização eletrónica da terapêutica ou “System MEMO CAPS” - Sistema de monitorização da medicação, os frascos para a colocação da terapêutica estão dotados de uma tampa com um microprocessador, que regista a data e hora a que o frasco é aberto e fechado. São dispositivos utilizados pelos doentes como uma caixa de medicamentos normal e a informação recolhida é lida através de um software específico.

Os métodos diretos procuram confirmar se houve a ingestão do fármaco. São por isso mais fidedignos, no entanto mais dispendiosos e menos aplicados na prática. Para além disso, é necessária muitas vezes uma intervenção invasiva junto dos doentes, o que leva à não-aceitação. Dentro destes encontram-se: (1) a avaliação das concentrações séricas, realizada através da recolha de várias amostras de fluidos, permitindo assim determinar a concentração do medicamento no organismo. Porém, nem sempre a análise quantitativa está disponível,

pois, para além de ser dispendiosa, pode ser influenciada por fatores biológicos; (2) a análise sanguínea ao marcador biológico, teste bastante preciso, mas tal como o método anterior é bastante dispendioso e é necessária a recolha de diversas amostras de fluidos corporais; (3) a toma de observação direta que embora precisa, é impraticável no quotidiano, pois entre outros fatores, os doentes podem esconder a terapêutica e/ou descartá-la posteriormente. [2]

<b>Método</b>	<b>Tipo de Informação</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Determinação da concentração plasmática (Indireto)</b>	Qualitativo	Boa sensibilidade Boa especificidade Objetivo	Variações interindividuais Experiência limitada
<b>Marcadores biológicos (Direto)</b>	Qualitativo	Boa sensibilidade Boa especificidade Objetivo	Variações interindividuais Experiência limitada
<b>Toma observada direta (Direto)</b>	Quantitativo	Larga experiência Objetivo	Má exequibilidade em doentes de ambulatório
<b>Entrevista (Indireto) Aplicação do Teste de Morisky</b>	Qualitativo	Fácil de utilizar	Influência da construção das questões e da perícia do entrevistador  Objetivo
<b>Questionário para avaliar o diário do doente (Indireto)</b>	Qualitativo	Fáceis de utilizar  Podem explicar comportamento do doente  Pouco onerosos	Recolha de informação momentânea  Dependente da precisão do questionário  Subjetivo
<b>Resposta Clínica</b>	Qualitativo	Pouco dispendioso e de fácil aplicação	Influência de outros fatores
<b>Avaliação clínica - Opinião do médico (Indireto)</b>	Qualitativo	Fácil de utilizar	Baixo valor preditivo

<b>Contagem de comprimidos (Indireto)</b>	Quantitativo	Fácil de utilizar  Pouco oneroso	Sem informação acerca da posologia  O doente pode esquecer ou retirar comprimidos
<b>Registo de dispensa de medicamentos - reabastecimento de terapêutica (Indireto)</b>	Quantitativo	Não invasivo da privacidade  Resultados para longos períodos e para grandes amostrais  Objetivo	Limitado ao fato de a dispensa ser num único local  Falta de feed-back com o doente
<b>Sistemas eletrónicos (Indireto)</b>	Quantitativo	Informação da posologia e dos vários medicamentos	Oneroso e requer grande logística

**Tabela 1\_ Métodos Diretos vs Métodos Indiretos [3]**

É importante perceber quais os métodos e fatores que podem influenciar a adesão à terapêutica. Existem diversos métodos que explicam a adesão e são também diversas as causas que a determinam. Assim, ao analisar esta temática como um todo, conclui-se que é importante que os profissionais de saúde tenham em conta, no planeamento e abordagem das suas intervenções, as atitudes e valores dos indivíduos.

Não existe um “método ideal” que possa ser seguido por todos e para todos, existem sim estratégias que podem e devem ser adotadas, mediante as circunstâncias, os indivíduos e suas características individuais e, também, as características do profissional de saúde. [2]

### 3. Metodologia

A nossa amostra populacional foi constituída por um número de 23 doentes seguidos nas consultas de Reumatologia e Dermatologia, 13 do sexo masculino e 10 do sexo feminino em que os critérios de inclusão tidos em consideração foram:

1. Estar instituída terapêutica com fármacos biológicos;
2. Pertencerem às consultas de Reumatologia e Dermatologia;
3. Existirem registos de cedência de medicação durante o ano de 2011 nos SF;
4. Ser o doente a levantar, mensalmente, a medicação.
5. Ter dado o consentimento informado por escrito de participação no estudo.

Para a nossa amostra populacional não definimos critérios de exclusão, contudo, dois doentes abandonaram o estudo.

Este estudo foi desenhado segundo um esquema de consultas farmacêuticas com base no Método de Dáder, adaptado à realidade do hospital. O seguimento farmacoterapêutico realizado neste grupo de doentes seguiu a metodologia a baixo descrita:

- a) 1ª Consulta
- b) Fase de estudo/avaliação
- c) 2º Consulta/fase de intervenção com aplicação do Teste Morisky
- d) Consultas posteriores: avaliar e resolver resultados negativos da medicação e informar o médico prescriptor, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente, aumentar a adesão e deste modo contribuir para uma terapêutica mais custo-efetiva.

Inicialmente, partiu-se de uma pesquisa bibliográfica que descreve o Método de Dáder [7], concluindo-se que este método fornecia ferramentas úteis e bastante exequíveis de forma a implementar as consultas farmacêuticas no CHCB. Posteriormente, foram elaborados os inquéritos que serviram de base ao levantamento da informação pretendida e implementados nas consultas (anexo 1 e 2).

O ponto d) não incluído neste trabalho será executado pelos farmacêuticos afetos ao ambulatório do CHCB e tem como objetivo concretizar as intervenções farmacêuticas e transmitir as informações relevantes ao médico através de uma pasta partilhada.

Procedeu-se à recolha de informação existente nos SF, com base na calendarização da cedência dos medicamentos de modo a saber com antecedência se o doente levantava a medicação na data prevista.

Na 1ª consulta procedeu-se à recolha de informação acerca do doente, com a finalidade de identificar a patologia do doente e ainda outros fatores que poderiam condicionar a adesão como dados demográficos (nome, idade, profissão), dados sócio - económicos (com quem vive, hábitos de vida, atividade física), perfil farmacoterapêutico (fármacos utilizados, efeitos secundários, dificuldades na administração, outros), avaliação da noção que o doente tem da sua adesão à terapêutica e da sua patologia /diagnóstico, aplicando o inquérito (anexo I).

Após a 1ª consulta, as informações dadas pelo doente foram objeto de uma fase de estudo/avaliação sob o ponto de vista farmacoterapêutico com a finalidade de identificar os seguintes parâmetros:

- Avaliação do grau de conhecimento do doente acerca da sua medicação e da sua patologia
- Análise dos aspetos referidos na 1ª consulta no sentido de conhecer todos os problemas mencionados
- Elaboração do perfil farmacoterapêutico do doente
- Verificação da adesão à terapêutica, avaliando o histórico da calendarização das cedências do medicamento biológico

As segundas consultas foram agendadas um mês depois da primeira, com o objetivo de complementar a informação recolhida na 1ª consulta e fase de avaliação, identificar alterações da terapêutica e esclarecer dúvidas que o doente pudesse apresentar.

Nesta consulta também se aplicou um teste para medir o grau de adesão à terapêutica do doente. O teste de Morisky que inclui quatro questões relacionadas com a toma de medicamentos, considera o doente aderente se este responder **Não** a todas as questões.

#### **Aplicação do Teste Morisky**

O teste de Morisky, como já descrito, é composto por quatro questões que visam avaliar o comportamento do doente em relação ao uso habitual do medicamento.

O doente é classificado no grupo de alto grau de adesão, quando todas as respostas são negativas. Quando uma a duas respostas são afirmativas, o doente é classificado no grupo de média adesão e se três ou quatro respostas são afirmativas é classificado no grupo de baixa adesão. Esta avaliação permite discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é do tipo intencional ou não intencional. [8]

No seguimento das consultas foi criado um campo “Outras Informações”. Este campo destinou-se a informações que o doente exteriorizava espontaneamente na consulta.

Após a recolha de toda a informação foram analisados, avaliados e tratados os resultados.

## 4. Apresentação e discussão dos Resultados

- Dados obtidos nas primeiras consultas: n=23 doentes

No inquérito realizado à nossa amostra populacional, uma das questões colocadas tinha como finalidade saber a idade do doente. Apresenta-se de seguida o gráfico com os resultados obtidos:

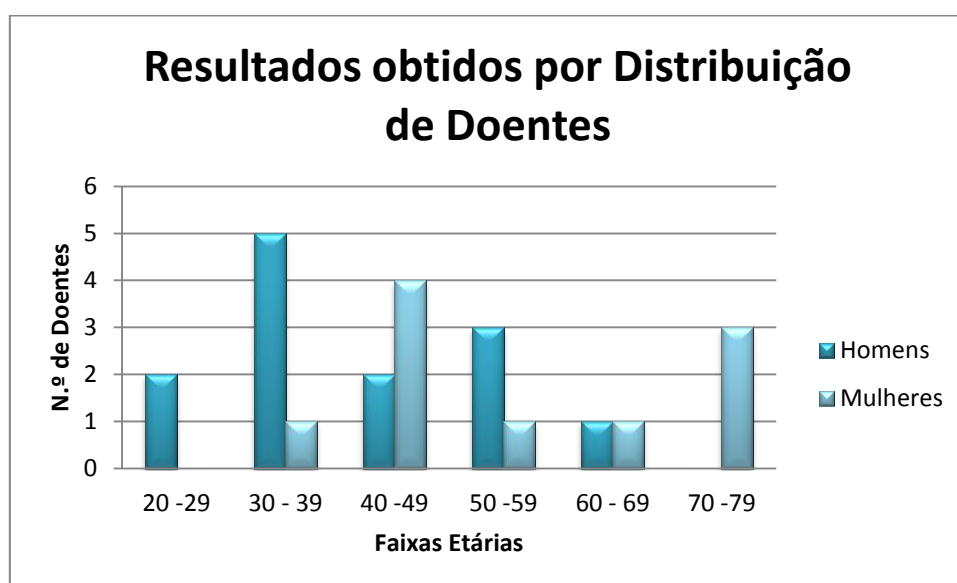


Gráfico 1 \_ Resultados obtidos por Distribuição de Doentes

De realçar que nos dados obtidos, constatámos que a doença afeta homens e mulheres, com um pico de incidência entre os 30 e os 50 anos, embora possa ocorrer em qualquer idade como representa o nosso gráfico.

Consideramos ainda importante que abaixo dos 40 anos temos mais doentes do sexo masculino e acima dos 40 mais doentes do sexo feminino.

Na população por nós estudada, a distribuição por patologia revelou os seguintes dados:

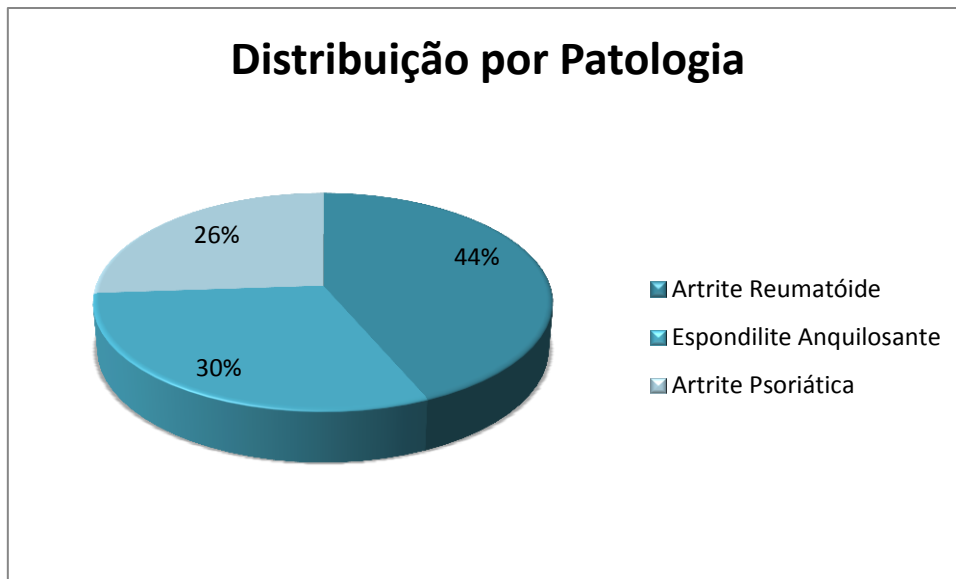


Gráfico 2 \_ Distribuição por Patologia

De referir que os dados apresentados estão de acordo com as patologias que devem ser seguidas nas consultas de especialidade de Reumatologia e Dermatologia, consideradas neste trabalho. Como a norma número 067/2011 da DGS dita, “As doenças reumáticas inflamatórias são entidades pouco frequentes que apresentam um elevado grau de complexidade diagnóstica e terapêutica.” [5]

Na população por nós estudada, a distribuição de doentes por fármaco biológico, revelou os seguintes dados:

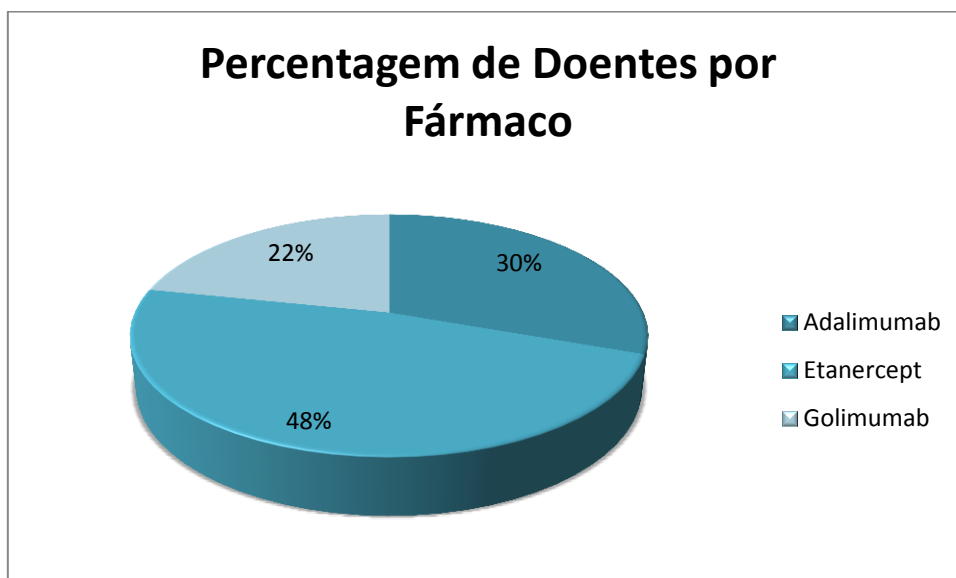


Gráfico 3 \_ Percentagem de Doentes por Fármaco

De referir que os fármacos apresentados são os recomendados pela norma número 067/2011 da DGS para as patologias apresentadas no sentido de não só o prognóstico dos doentes reumáticos, como tornar a remissão da doença uma meta alcançável. [10]

Dada a importância dos fármacos biológicos fez-se o levantamento da duração do tratamento com estes fármacos, obtendo-se os seguintes dados:

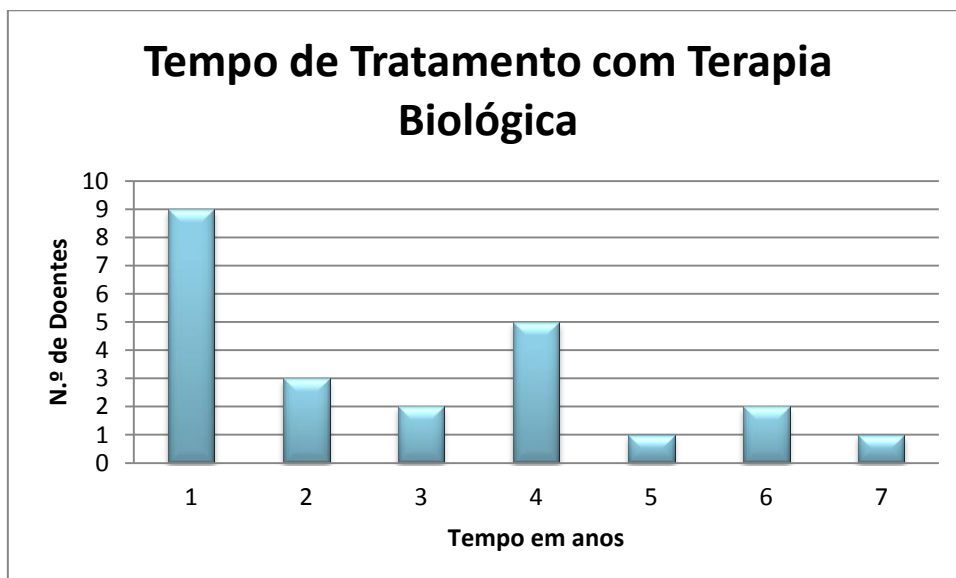


Gráfico 4 \_ Tempo de Tratamento com Terapia Biológica

No inquérito realizado à nossa amostra populacional, uma das questões colocadas tinha como finalidade saber se o doente mantinha a sua atividade profissional. A seguir, apresenta-se o gráfico com os resultados:



Gráfico 5 \_ Atividade Profissional

De referir que esta questão por nós colocada foi considerada muito importante para o nosso trabalho pois está descrito que fatores como a pobreza, um status socioeconómico inferior, o analfabetismo e o desemprego colocam os doentes em situação de desvantagem, podendo

levar a uma diminuição da adesão à terapêutica ou a um abandono e desinteresse total pela sua doença. [9]

Nesta linha de pensamento, fizemos o levantamento da atividade profissional e fizemos cruzamento da atividade profissional com a idade dos doentes:

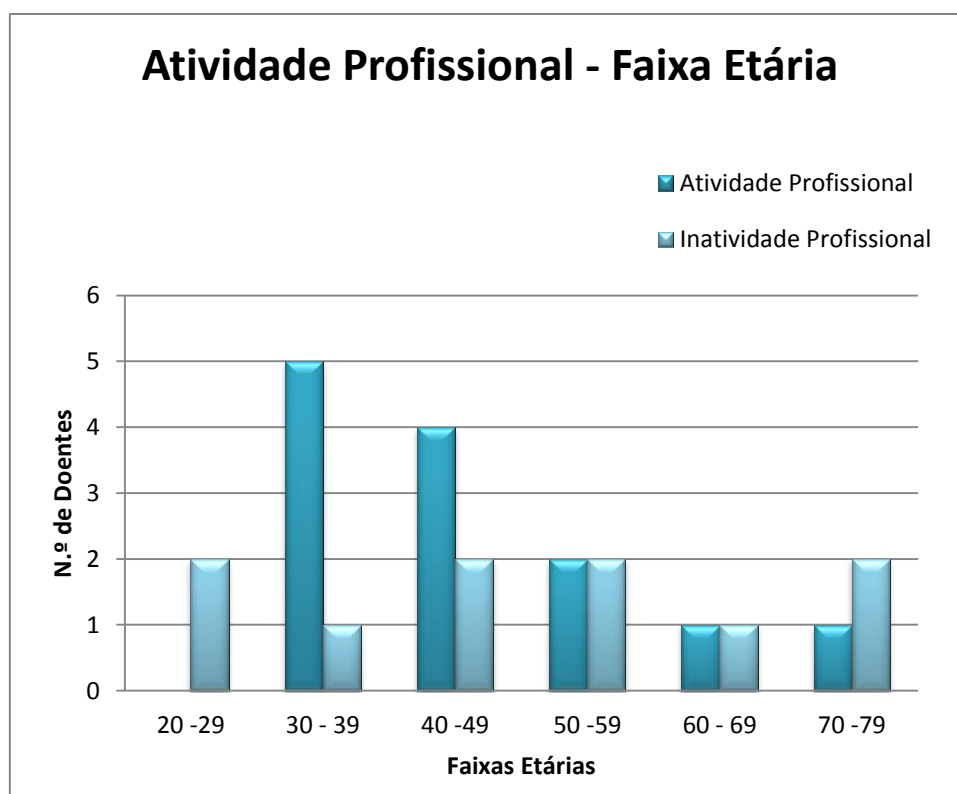
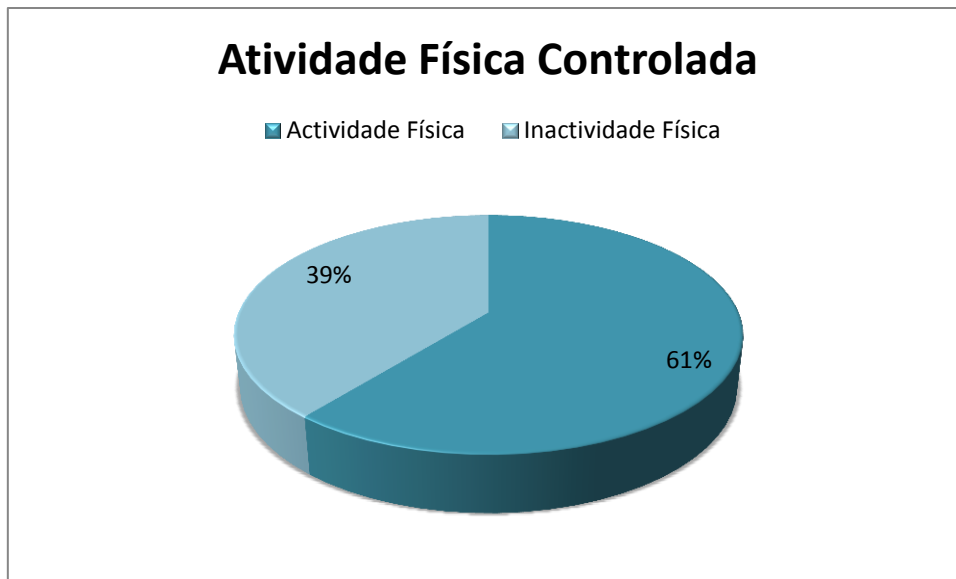


Gráfico 6 \_ Atividade Profissional vs Faixa Etária

Felizmente que pudemos constatar que os doentes sem atividade profissional eram os mais idosos, com a exceção da faixa etária dos 20-29 que está relacionado com a percentagem nacional. Pela análise do gráfico constatámos que 5 doentes pertencentes às faixas etárias acima dos 50 anos não exerciam atividade profissional estando relacionada com as limitações próprias da doença. Os outros 5 doentes sem atividade profissional pertencentes às faixas etárias dos 30-39 e 40-49 não estavam relacionados com a doença.

Outra questão colocada à nossa amostra populacional tinha como finalidade saber se o doente mantinha atividade física controlada. Apresenta-se em seguida o gráfico com os resultados obtidos:



**Gráfico 7 \_ Atividade Física Controlada**

De referir que esta questão por nós colocada foi considerada muito importante para o nosso trabalho, pois está descrito que a atividade física moderada e controlada é de capital importância nestas doenças. Como se pode constatar os doentes são incentivados pelo médico a praticar exercício físico controlado dado existir uma percentagem de 61% (14 doentes) com atividade física.

De realçar ainda que um dos aspetos descritos na bibliografia consultada diz respeito à inclusão incondicional de exercício físico no tratamento dos pacientes, o que pode proporcionar, não apenas melhora no quadro específico da doença, mas também reduzir a possibilidade do desenvolvimento de co-morbidades que podem agravar a funcionalidade do doente. [11]

Programas de exercícios mais intensos podem ser seguros e efetivos no tratamento da doença, porém devem ser vistos com cautela quando aplicados a pacientes com grau acentuado de dano articular. [11]

Em suma, o que parece ser fundamental no tratamento da doença é a inclusão da prática regular de exercício físico na rotina da vida diária do paciente o que, em conjunto com a terapia farmacológica, pode proporcionar maior independência e qualidade na vida dos portadores de doenças reumáticas. [11]

Relacionando a atividade física com a atividade profissional e as limitações que as doenças reumáticas muitas vezes implicam, pensamos ser pertinente fazer o cruzamento destes dados, aferindo o número de doentes sem atividade física - 39% (9 doentes) e sem atividade profissional. Apresenta-se de seguida o gráfico com os resultados obtidos:

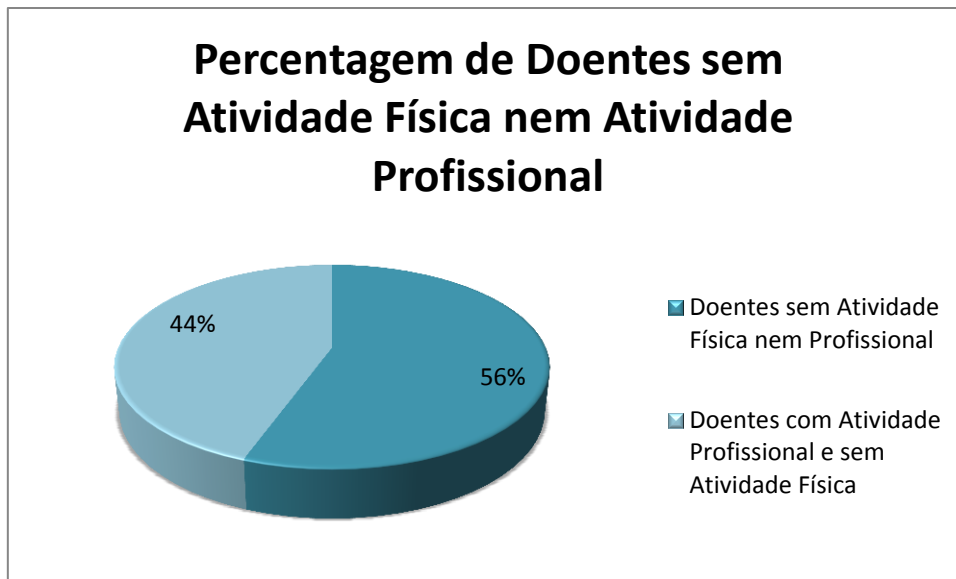


Gráfico 8 \_ Percentagem de Doentes sem Atividade Física e sem Atividade Profissional

Da análise do gráfico podemos concluir que, de um universo de 9 doentes sem atividade profissional, 5 (56%) também não exercem atividade física, revelando a elevada importância que as limitações da doença impõem na vida pessoal dos doentes.

Estando descrito que os medicamentos constituem uma importante causa de morbilidade e mortalidade, evitável em alguns casos. O seguimento farmacoterapêutico pode evitar o aparecimento de resultados negativos associados à medicação.[13] Neste sentido, fez-se um levantamento da medicação concomitante de cada doente. Apresentam-se os resultados no gráfico seguinte:

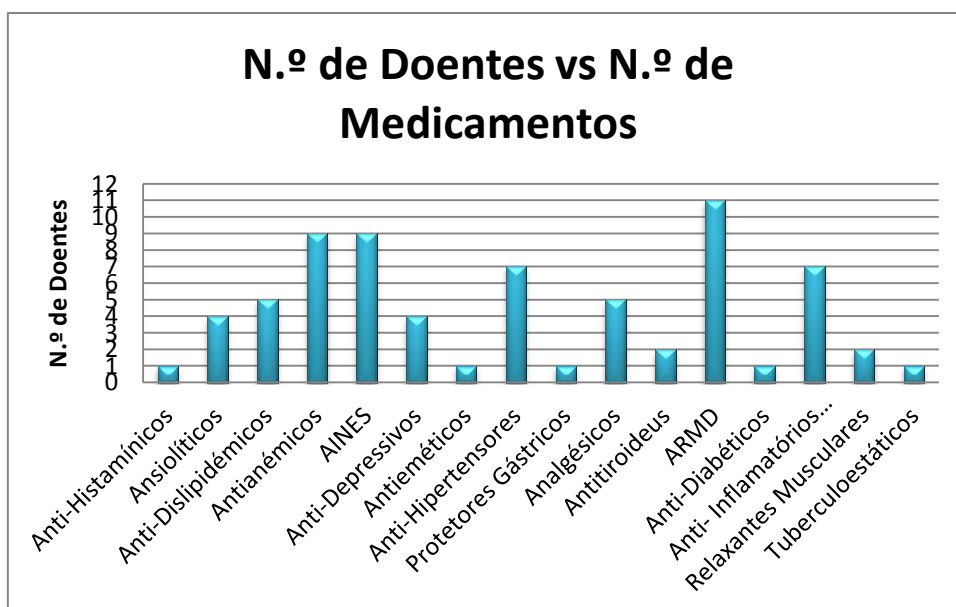


Gráfico 9 \_ N.º de Doentes vs N.º de Medicamentos

Esta informação por nos recolhida foi útil para informar o doente acerca de efeitos secundários e cuidados a ter aquando as administrações. E ainda confirmar se existia duplicação terapêutica.

Outra questão colocada a nossa amostra populacional tinha a finalidade de saber o número de medicamentos que o doente tomava. Apresenta-se de seguida o gráfico com os resultados obtidos:

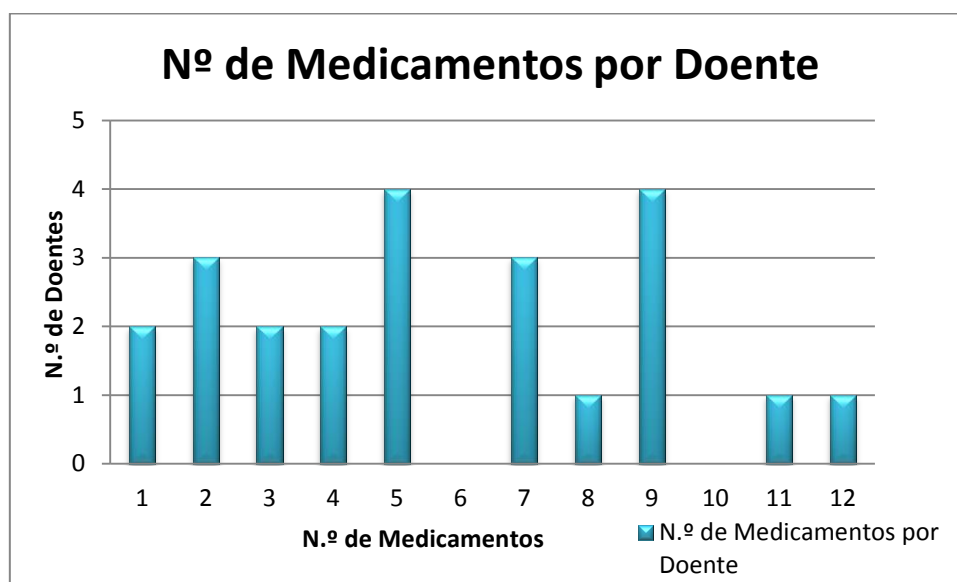


Gráfico 10 \_ Nº de Medicamentos por Doente

Dado estar descrito a importância da polimedicação na adesão à terapêutica, considerámos que esta questão era fundamental para o nosso trabalho.

Segundo a literatura, é considerado polimedicado o doente que tem instituída uma terapêutica de 4 ou mais medicamentos. [14]

A polimedicação aumenta o risco da ocorrência de resultados clínicos indesejáveis, no entanto, face às múltiplas patologias a que o doente está frequentemente sujeito há habitualmente necessidade de instituir terapêutica múltipla, sem que se possa generalizar que a polimedicação seja inapropriada. Uma terapêutica apropriada significa que o risco da utilização do medicamento é inferior aos benefícios esperados, sendo de evitar o uso de medicamentos inapropriados ao doente. Quanto maior o número de medicamentos a que o doente está submetido, maior a probabilidade de estar sujeito a medicamentos inapropriados e maior probabilidade de ocorrência de efeitos adversos. [14]

De acordo com a literatura, é considerado polimedicado o doente que tem instituído uma terapêutica de 4 ou mais medicamentos, com base nesta informação, verificámos que na nossa amostra temos 16 doentes polimedificados. Fizemos o cruzamento dos 16 doentes

polimedicados com percentagem de adesão recolhida pela aplicação dos métodos já descritos. Apresenta-se de seguida o gráfico com os resultados recolhidos:

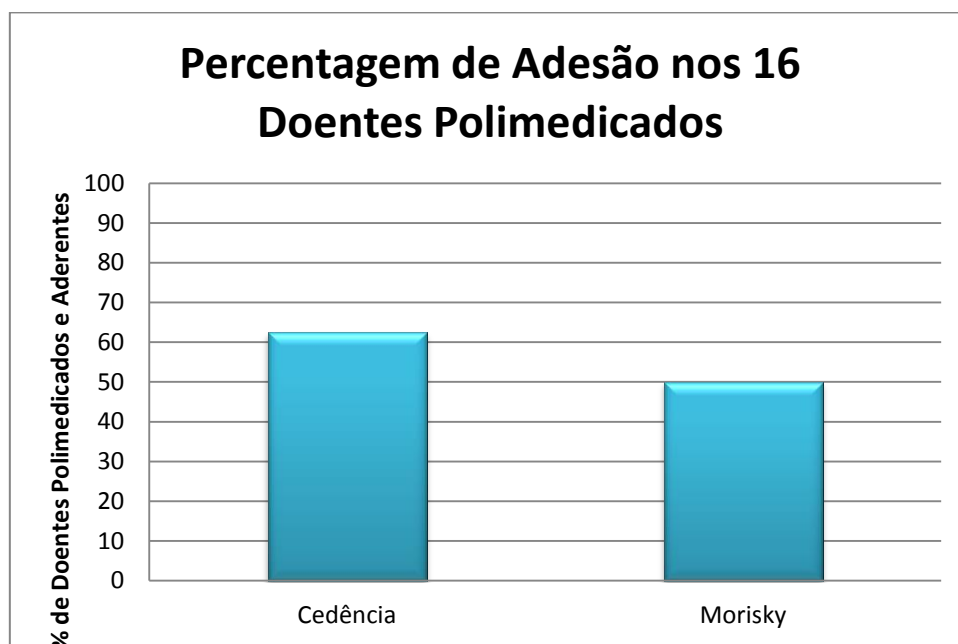


Gráfico 11 \_ Percentagem de Adesão nos 16 Doentes Polimedicados

Pela análise do gráfico concluímos que a polimedicação é um elemento redutor na adesão à terapêutica, pois o número de doentes aderentes segundo a metodologia da cedência por calendarização é de 10 doentes e segundo o método de Morisky é de 8 doentes. Este gráfico permite ainda evidenciar a importância das consultas farmacêuticas no aconselhamento e esclarecimento dos doentes relativamente à sua terapêutica.

Outra questão colocada no nosso inquérito tinha como finalidade saber a origem dos medicamentos prescritos, no sentido de fazer o levantamento do número de médicos prescritores. Apresenta-se de seguida os resultados obtidos:

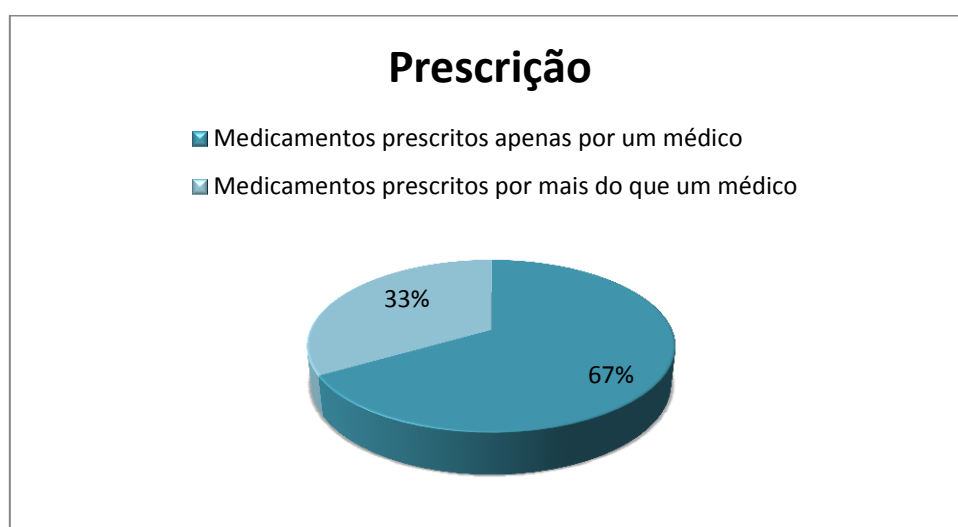


Gráfico 12 \_ Prescrição

Da análise do gráfico pudemos concluir que uma percentagem significativa da nossa amostra (8 doentes) tinha como prescriptor, além do médico da consulta de especialidade, outro médico.

Neste sentido fez-se o levantamento da especialidade do segundo prescriptor. Apresenta-se de seguida os dados no seguinte gráfico:

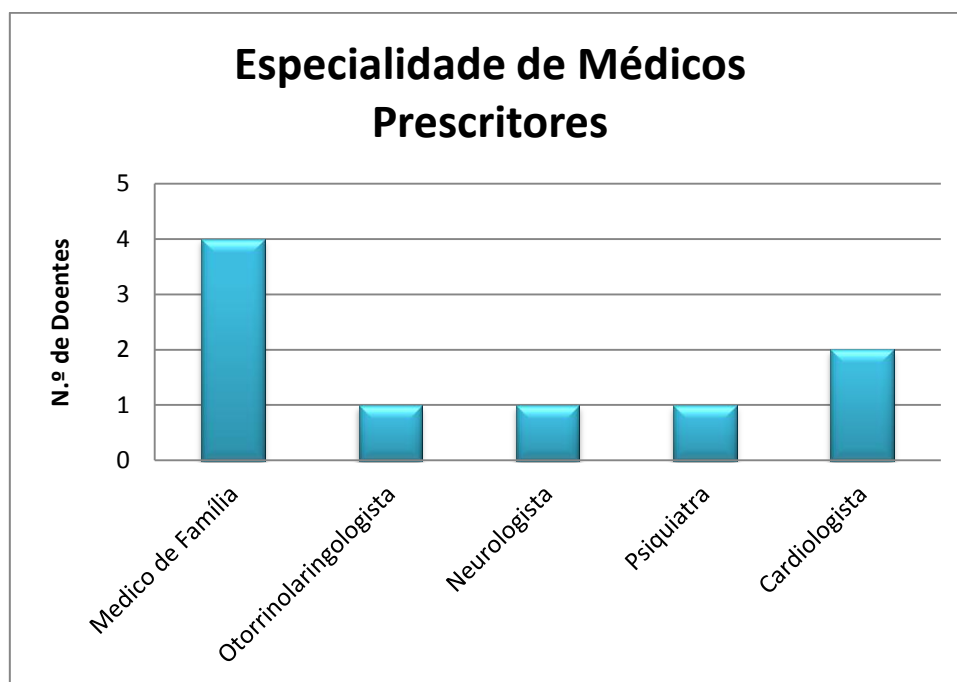


Gráfico 13 \_ Especialidade de Médicos Prescritores

Este gráfico evidencia não só a importância da partilha dos cuidados de saúde com o médico de família bem como a necessidade de os doentes recorrerem a outros especialistas.

O analfabetismo, as crenças e costumes, à semelhança dos fatores económicos influencia a adesão à terapêutica por parte dos doentes. Quando os doentes não conhecem as indicações terapêuticas dos seus medicamentos, muitas vezes não compreendem a importância de os tomar de acordo com as indicações dos profissionais de saúde. [2]

Neste sentido uma das questões do nosso inquérito tinha como finalidade averiguar até que ponto o doente era conhecedor da terapêutica instituída. Apresenta-se de seguida o gráfico com os resultados obtidos:

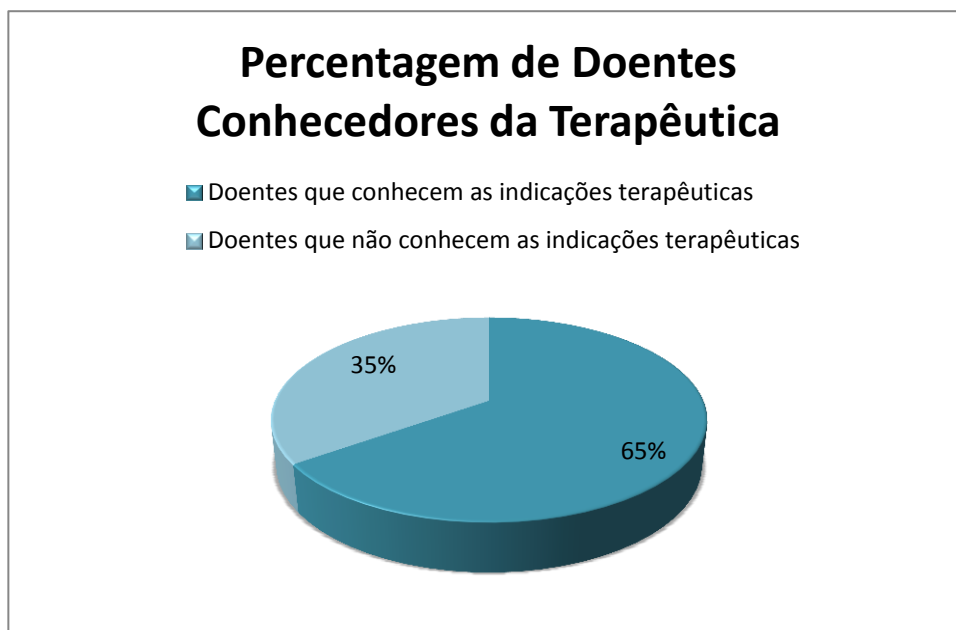


Gráfico 14 \_ Percentagem de Doentes Conhecedores da Terapêutica

Da análise do gráfico constatámos que uma percentagem significativa da nossa amostra (8 doentes) não estava devidamente informada sobre as indicações da sua terapêutica. Em consulta posterior, estes doentes serão objeto de uma consulta mais detalhada no sentido de os esclarecer sobre a sua doença e terapêutica.

Está descrito em bibliografia consultada, que a adesão à terapêutica na nossa amostra, doentes com terapêutica biológica, é amplamente determinada pela capacidade ou não de autonomia dos doentes.

Uma das questões colocadas no nosso inquérito tinha como finalidade avaliar o grau de dependência dos nossos doentes. Apresenta-se de seguida os dados no gráfico seguinte:

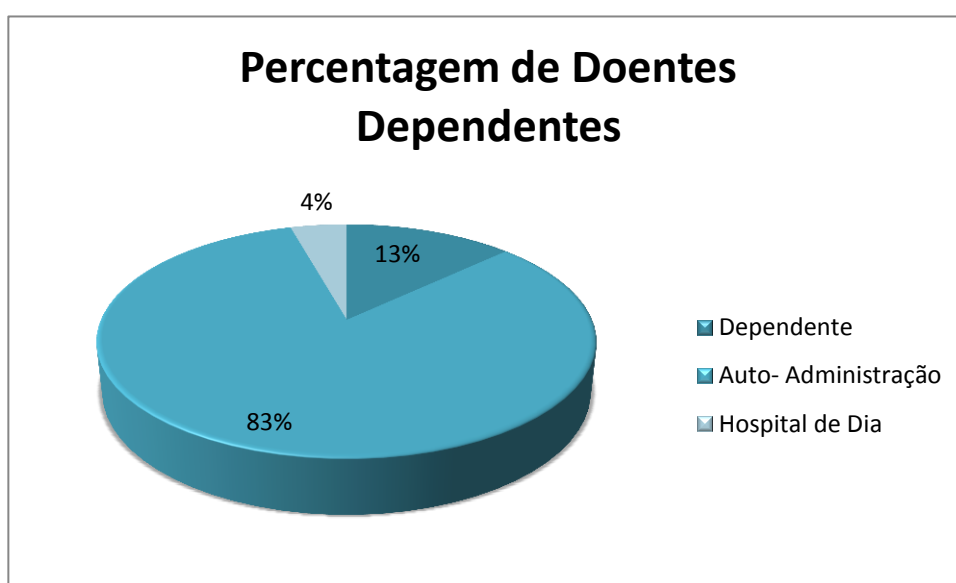


Gráfico 15 \_ Percentagem de Doentes Dependentes

Pela análise do gráfico constatámos 83% de doentes (19 doentes) são autónomos, 4% de doentes (1 doente) desloca-se mensalmente ao Hospital de Dia por apresentar dificuldade na auto-administração e não ter ninguém na família que o possa auxiliar, 13% de doentes (3 doentes) apresentam dependência de terceiros (familiares) que administram a medicação ao doente. Em conclusão 4 doentes são dependentes na nossa amostra sendo que a deslocação do doente ao hospital de Dia tem como finalidade garantir a administração e conseqüentemente a adesão, nos restantes doentes os prestadores de cuidados são devidamente esclarecidos sobre a importância da administração da terapêutica.

O cenário ideal no tratamento farmacológico dos doentes crónicos é uma adesão de 100%. No entanto, o esquecimento é uma situação recorrente em muitas situações [12], o que torna fundamental que o doente esteja devidamente informado acerca de como proceder caso falhe uma toma.

Uma das questões colocadas no nosso inquérito tinha como finalidade averiguar como o doente procedia em caso de esquecimento. Apresenta-se de seguida os dados obtidos:

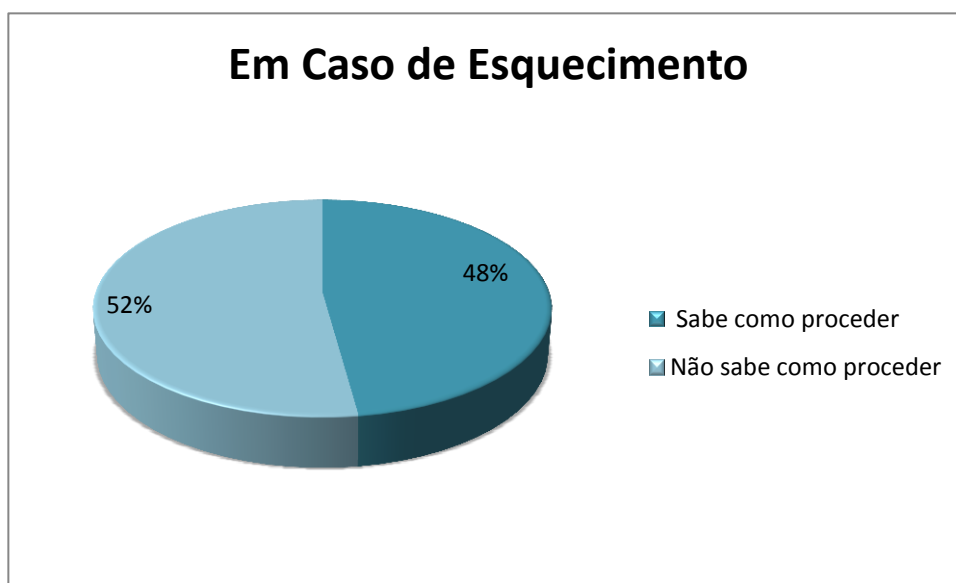


Gráfico 16 \_ Em Caso de Esquecimento

Como podemos constatar da análise do gráfico apenas 48% de doentes (11) demonstraram na consulta saber como proceder, 52% de doentes (12) demonstraram não estar devidamente esclarecidos pelo que de imediato o farmacêutico cedeu a informação, certificando-se que o doente tinha ficado totalmente informado de como proceder no futuro.

Todos os dados apresentados até ao momento foram, como já descrito, recolhidos na primeira consulta. De seguida iremos apresentar os dados recolhidos nas segundas consultas, estas tiveram como objetivo seguir os mesmos doentes e avaliar outros parâmetros que iremos descrever.

- **Dados obtidos nas segundas consultas: n=21 doentes**

De realçar que a nossa amostra populacional diminuiu dado que dois dos 23 doentes que iniciaram o estudo não compareceram à segunda consulta pelo que os dados obtidos referem-se a 21 doentes.

O doente aderente, não é aquele que apenas não omite ou falha tomas, mas sim, aquele que segue todas indicações dos profissionais de saúde. O desenvolvimento de uma relação de empatia entre o profissional de saúde e o doente é muito importante para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança entre ambos, mostrando-se de extrema relevância para a aceitação das sugestões dadas relativas ao tratamento. [2]

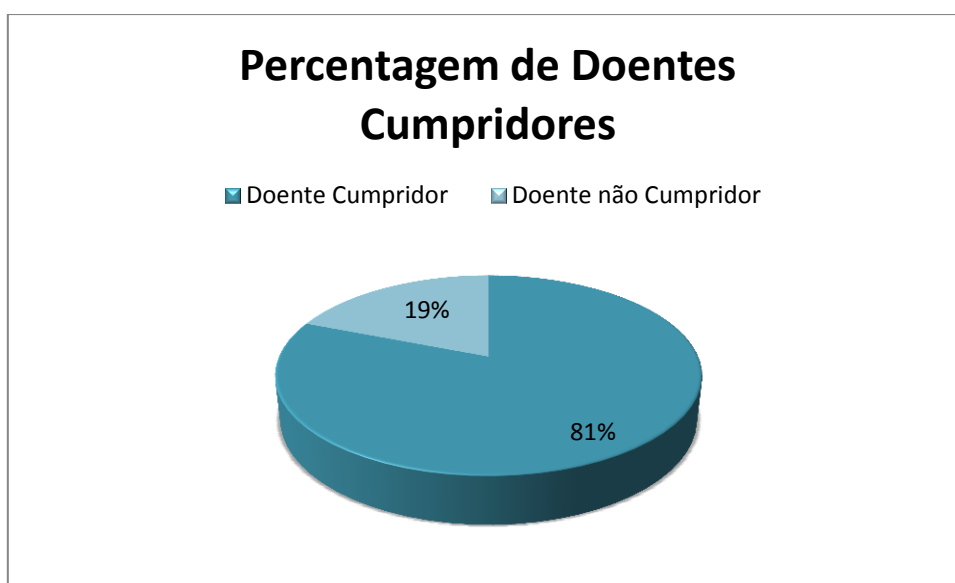


Gráfico 17 \_ Percentagem de Doentes Cumpridores

Pela análise do gráfico 81% dos doentes (17) são cumpridores e 19% (4) apresentam dificuldade em cumprir o que lhes foi recomendado. Estes quatro doentes quando questionados na consulta sobre o motivo que os levava a não cumprir, todos referiram que confiavam no seu médico e viam nele um amigo, podendo concluir que não era a relação médico- doente que estava em causa.

De realçar que consultámos os registos médicos existentes no sentido de confirmar a informação dada pelo doente, constatámos assim que a informação era concordante.

Face ao exposto relacionámos o sexo e a idade com o número de doentes não cumpridores. Apresenta-se de seguida os dados obtidos:

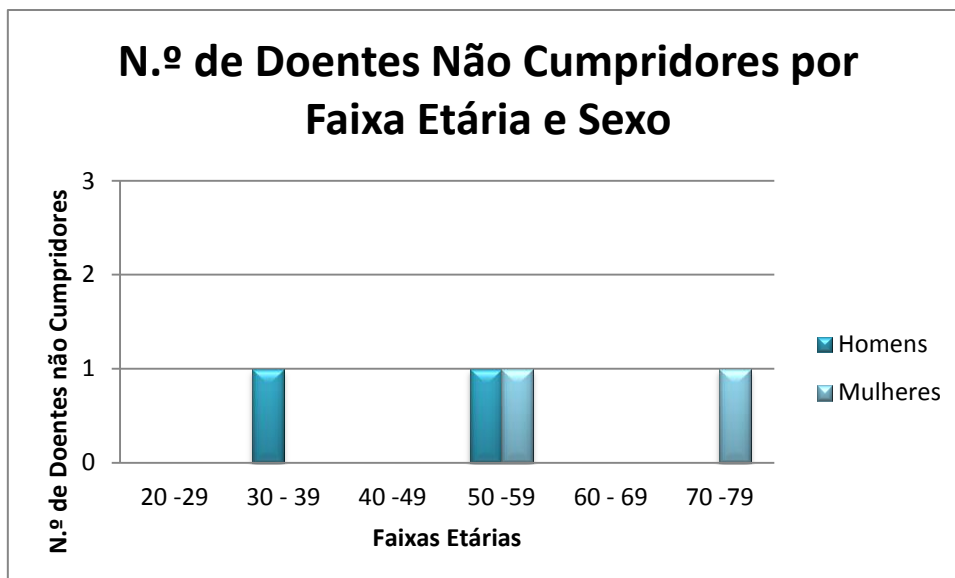


Gráfico 18 \_ N.º de Doentes Não Cumpridores por Faixa Etária e Sexo

Pela análise do gráfico constatámos que ambos os sexos estão presentes, pelo que não permite relacionar o não cumprimento com o sexo. E ainda, que as faixas etárias presentes são indiferenciadas pelo que não permite relacionar o não cumprimento com a idade.

A farmacovigilância é um aspeto muito importante no tratamento de qualquer doente. Contudo, muitos doentes que experienciam efeitos adversos (descritos ou não descritos), nem sempre os reportam aos profissionais de saúde.

No inquérito aplicado nas segundas consultas uma das questões tinha como finalidade saber se os doentes tinham reportado efeitos adversos ao médico. Apresenta-se de seguida os dados no seguinte gráfico:

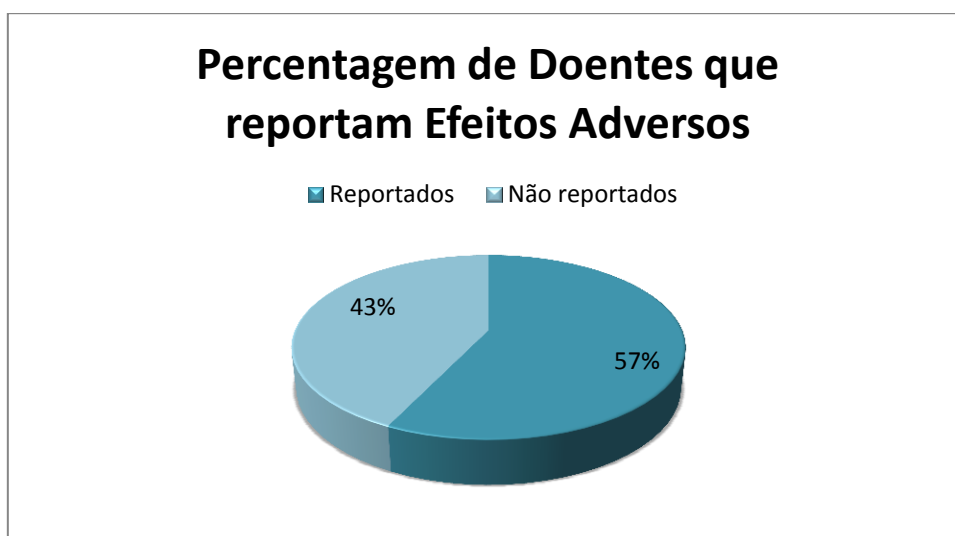


Gráfico 19 \_ Percentagem de efeitos Adversos Reportados

Pela análise do gráfico 57% dos doentes (12) referiram efeitos adversos ao médico e 19% (9) não referiram.

De realçar que consultámos os registos médicos existentes, no sentido de confirmar a informação dada pelo doente e constatámos assim que a informação era concordante.

Na próxima consulta os doentes serão incentivados a referir os efeitos adversos de modo a compreenderem o papel fundamental do farmacêutico na minimização dos mesmos.

O SF como já foi referido ao longo deste trabalho serve também para tornar mais estreita a relação Farmacêutico-Doente. Nesta linha de pensamento incluímos no nosso inquérito um campo em que os doentes eram incentivados a fornecer algumas informações de forma espontânea. Apresenta-se em seguida o gráfico com os resultados obtidos:

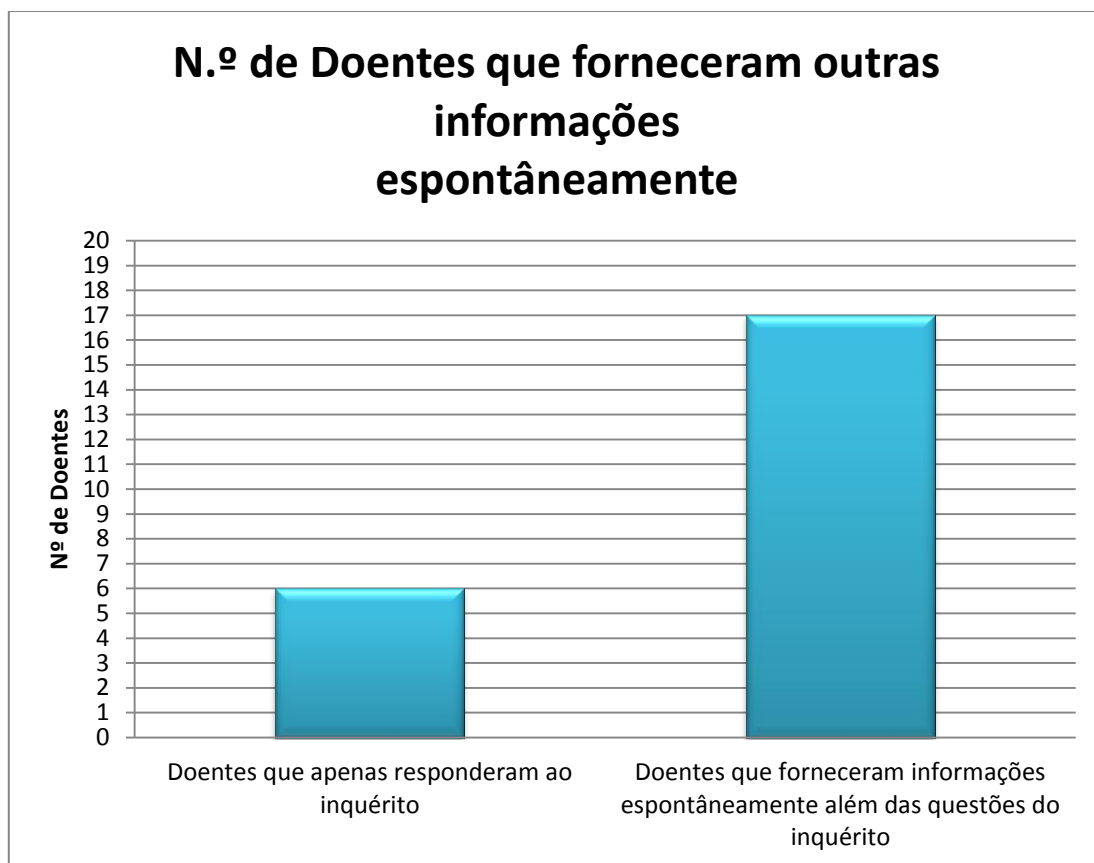


Gráfico 20 \_ N.º de Doentes que fornecem outras informações espontaneamente

Da análise do gráfico pudemos constatar que um número considerável da nossa amostra (17 doentes) forneceu informações adicionais ao inquérito que lhes foi feito. De referir que este campo foi transversal à primeira e segunda consultas, isto é, a qualquer momento do estudo, o doente podia facultar essas informações, no entanto estas informações foram recolhidas, maioritariamente, aquando a segunda consulta, o que demonstra um clima de confiança entre o profissional e o doente.

Após análise dos campos constatámos que os doentes referiam principalmente, outras terapêuticas que já tinham tido, intervenções cirúrgicas às quais já tinham sido submetidos e algumas preocupações com efeitos adversos a medicamentos. Constatámos ainda que os doentes, na sua generalidade, se tornavam mais expansivos na segunda consulta, demonstrando desta forma um aumento de confiança no farmacêutico e a consistência da relação Farmacêutico-Doente.

Aquando a realização da segunda consulta aplicámos as questões respeitantes a um dos métodos indirectos utilizados no nosso trabalho para avaliar a adesão:

- **Método Indireto utilizado:** Aplicação do Teste de Morisky

Os questionários para avaliação da adesão à terapêutica têm como principais vantagens o custo relativamente baixo e a sua fácil aplicação. O teste de Morisky além dessas vantagens permite ainda diferenciar a não adesão intencional e a não intencional. [8]

Ao aplicar o teste à nossa amostra populacional n= 21, obtiveram-se os seguintes resultados:



Gráfico 21 \_ Nº de Respostas ao Teste de Morisky

Da análise do gráfico constatamos que oito doentes são totalmente aderentes, os restantes doentes apresentam adesão parcial.

De realçar que o teste de morisky só considera o doente aderente se responder não a todas as questões como se representa no gráfico seguinte:

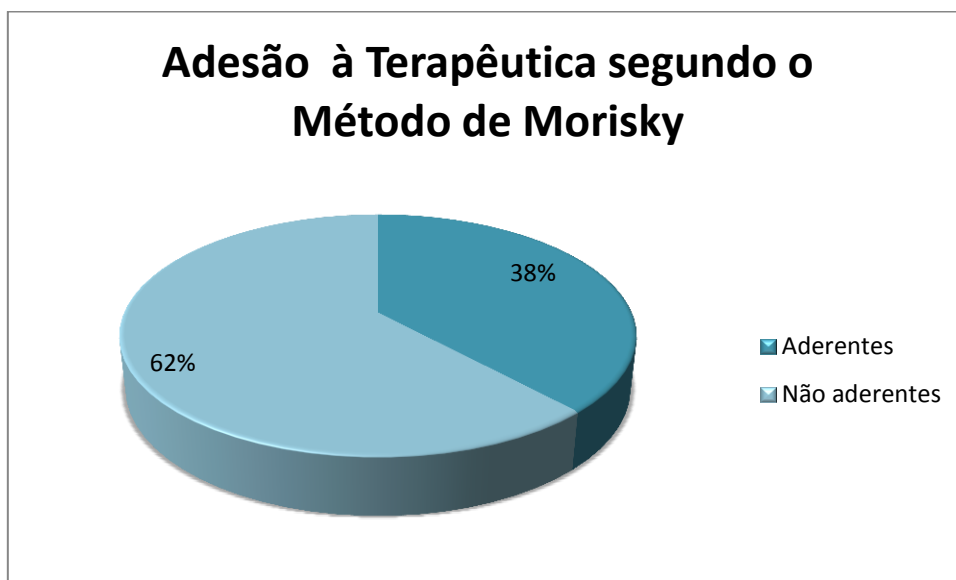


Gráfico 22 \_ Adesão à Terapêutica Segundo o Método de Morisky

Pela análise deste gráfico confirmamos que 38% de doentes (8) são aderentes e 62% (13) são não aderentes, confirmando o descrito no gráfico anterior.

- **Método Indireto utilizado:** Monitorização do registo da cedência da medicação

Após a aplicação do teste de Morisky fez-se o levantamento dos registos existentes nos SF, respeitantes à cedência dos medicamentos por calendarização. Após o tratamento dos dados obtivemos o gráfico a seguir representado:

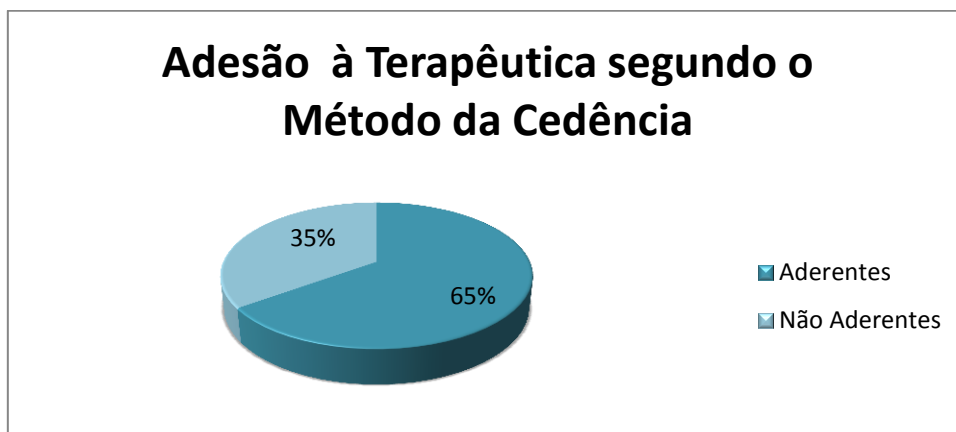


Gráfico 23 \_ Adesão à Terapêutica segundo o Método da Cedência

Pela análise do gráfico verificámos que 65% dos doentes (14) são aderentes e 35% dos doentes (7) não aderentes.

Pelos resultados dos dois métodos apresentados verifica-se uma discrepância que se pode explicar por:

Os métodos indiretos utilizados têm ambos limitações e não são comparáveis como se apresenta na tabela seguinte:

<b>Cedência da Medicação</b>	<b>Morisky</b>
O facto do doente levantar o medicamento não garante a sua administração	O doente pode não ter a noção da sua adesão efetiva
A falta de tempo do farmacêutico para questionar o doente da falta de adesão justificada (infecção, cirurgia, etc.)	O doente, na presença de um profissional de saúde, pode falsear as respostas
	Reduzido número de questões
	Questões muito simples [Atreja et al 2005]
<b>Métodos Indiretos não comparáveis</b>	

**Tabela 2\_ Limitações dos métodos indiretos usados**

Face ao exposto, com a implementação da consulta farmacêutica, este trabalho permitiu avaliar os parâmetros que influenciam a adesão e que são fundamentais para o uso correto e racional do medicamento e por outro lado esclarecer questões do doente relativamente à sua medicação e aos seus problemas de saúde e promover um acompanhamento mais eficaz e efetivo dos doentes crónicos através de uma abordagem multidisciplinar e integrada.

## 5. Conclusões

Embora a notificação dos doentes não aderentes ao médico prescritor já fosse uma prática comum nos SF do CHCB, com a implementação desta consulta, detetaram-se alguns fatores, que condicionavam a adesão à terapêutica comprometendo, assim, a eficácia do tratamento. Deste modo o farmacêutico hospitalar pôde sensibilizar o doente acerca da sua corresponsabilidade e colaboração na sua terapêutica medicamentosa, desempenhando um papel fundamental na deteção de problemas de adesão à terapêutica, possibilitando a intervenção assertiva nesta área na perspetiva de melhoria da utilização do medicamento.

Em relação aos parâmetros avaliados podemos concluir:

1. No respeitante à faixa etária e ao sexo, constatámos que os doentes estão distribuídos pelas diferentes faixas etárias e pelos dois sexos, apresentando um pico de incidência entre os 30 e os 50 anos e existem mais doentes do sexo masculino abaixo dos 40 anos e acima dos 40 mais doentes do sexo masculino.
2. Quanto às patologias seguidas na consulta farmacêutica, segundo a norma 067/2011 da DGS, devem ser seguidas nas especialidades de Reumatologia e Dermatologia como confirma o nosso trabalho. De referir ainda que os fármacos prescritos são os recomendados pela norma.
3. Confirmámos ainda que os doentes sem atividade profissional relacionada com as limitações próprias da doença são apenas 5 doentes, o que em nosso entender é revelador de um bom controlo clínico, assim como a grande maioria tem atividade física controlada incentivada pelo médico.
4. Tendo a polimedicação um efeito redutor na adesão, constatámos que na nossa amostra existiam 16 doentes polimedicados, tendo prescritos mais de 4 medicamentos pertencentes a diferentes grupos farmacoterapêuticos. Pudemos ainda concluir que nestes doentes a prescrição é feita quer pelo médico de família quer por médicos de especialidade, o que evidencia a importância da partilha dos cuidados de saúde.
5. Sendo de extrema importância o conhecimento dos doentes sobre a sua terapêutica constatámos que apenas 8 doentes não estavam devidamente informados. Sendo a dependência um fator limitante na adesão, confirmámos pela análise dos dados, que a maioria dos nossos doentes são autónomos, no entanto, apercebemo-nos que apenas 11 doentes demonstraram saber como proceder em caso de esquecimento.
6. Dado a relação de confiança médico-doente ser de extrema importância, concluímos que 17 dos nossos doentes cumpriam e aceitavam as sugestões fornecidas pelo médico relativas ao seu tratamento.
7. Relativamente aos efeitos adversos reportados, 12 dos nossos doentes referiram ao seu médico, o que é revelador de um clima de confiança extremamente benéfico.
8. No respeitante aos métodos indiretos aplicados concluímos não serem comparáveis pois ambos apresentam limitações já descritas no nosso trabalho.

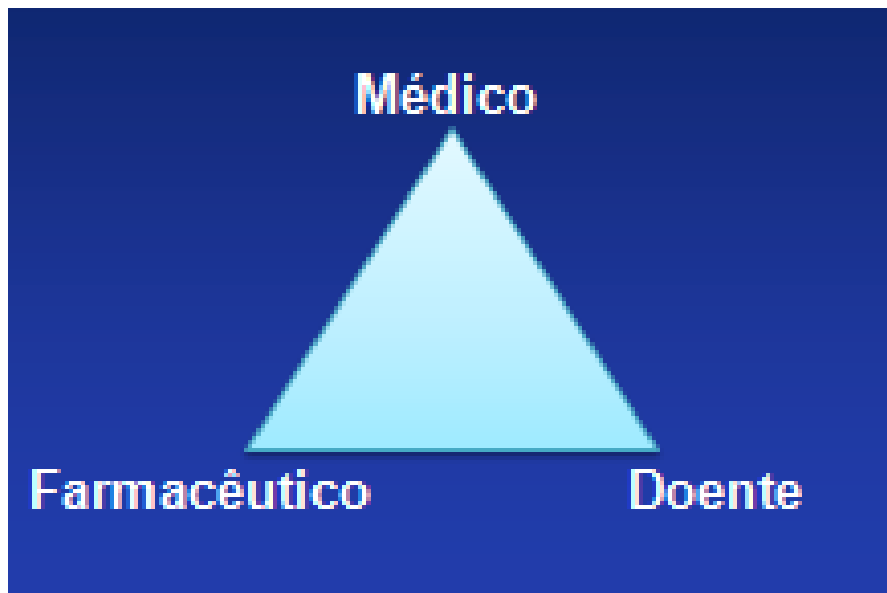
Estes parâmetros em nosso entender foram considerados fundamentais para avaliar a adesão numa consulta de seguimento farmacoterapêutico.

Acresce que não gostaria de terminar esta conclusão sem fazer uma crítica construtiva ao trabalho desenvolvido:

1. Em meu entender a amostra populacional por nós estudada foi reduzida, o que não permite transpor a realidade do CHCB para outras realidades hospitalares com maiores dimensões.
2. O limite temporal para a execução deste trabalho impediu que eu realizasse as consultas sucessivas, não permitindo assim, recolher mais informação que seria pertinente ser analisada neste trabalho e ser divulgada aos médicos das consultas em reuniões periódicas.

De salientar ainda, que em meu entender, e num futuro próximo...

- Monitorizar a adesão poderá ser o melhor investimento no controlo das doenças crónicas
- Os sistemas de saúde podem e devem evoluir para novos desafios
- Aumentar a adesão em termos individuais, aumenta a segurança do doente
- Importante dinamizar a tríade:



## 6. Bibliografia

- [1] Santos, H. M. et al. Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico. Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona. 2007
- [2] Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium. 2001
- [3] Lopes, Ana Rita et al. Boas Práticas de Farmácia Hospitalar no Âmbito da Infecção VIH/SIDA. 2008. Consultado em 2012: <http://www.sida.pt>
- [4] Apifarma, Comunicado: Portugueses Têm Menos Acesso a Medicamentos de Última Geração. Lisboa. 2010. Consultado em 2012: <http://www.apifarma.pt>
- [5] Prescrição de Agentes Biológicos nas Doenças Reumáticas. DGS, 067/2001. Consultado em 2012: <http://www.dgs.pt>
- [6] Reach Gérard. Can Technology Improve Adherence to Long-Term Therapies? Journal of diabetes Science and Technology. Vol. 3. Issue 3. May 2009.
- [7] Machuca, M., Fernández-Llimós, F., Faus, MJ. Método Dáder. Guia de Seguimento Farmacoterapêutico. GIAF-UGR. 2003.
- [8] Bem, A. J. Confiabilidade e Análise de Desempenho de dois questionários de Avaliação de Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire. Porto Santo. 2011.
- [9] Ambrósio C., Barcelos, A. Fármacos Biotecnológicos. Serviço de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro E.P.E Abbott Laboratórios, Lda.
- [10] Bugalho, A., Carneiro, A. V. Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas. Centro de Estudos Baseado na Evidência. Lisboa. 2004.
- [11] Wladimir Kulkam et al. Artrite Reumatóide e Exercício Físico: Resgate histórico e Cenário Actual. Revista Brasileira de Actividade Física e Saúde, vol.14. 2009.
- [12] Santos, H., Iglesias, P. Seguimento Farmacoterapêutico. Boletim do Centro de Informação do Medicamento. Ordem dos Farmacêuticos. 2008
- [13] Cabral, M. V.; Silva, P. A. A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Apifarma. 2010

[14] Soares, M.<sup>a</sup> Augusta M. S. Avaliação da Terapêutica Potencialmente Inapropriada no Doente Geriátrico. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. 2009.

# Capítulo II - Farmácia Hospitalar

## 1. Introdução

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SF), regulamentados por diploma governamental, constituem uma estrutura importante dos cuidados de saúde dispensados em meio hospitalar. As atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares, ou serviços a eles ligados são designados por “atividades de Farmácia Hospitalar”. Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares são o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino. [1]

A equipa dos SF dos CHCB é constituída por: 10 Farmacêuticos, 6 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), 6 Assistentes Operacionais (AO) e 1 Assistente Técnico Administrativo.

Os SF possuem instalações e equipamento que permitem o desempenho de boas práticas em Farmácia Hospitalar de acordo com o manual da Farmácia Hospitalar, do ministério da saúde, (conselho executivo da farmácia) e ordem dos farmacêuticos (Conselho do colégio de Especialidade em Farmácia Hospitalar).

Os Serviços Farmacêuticos estão sujeitos à orientação geral dos órgãos da Administração, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício.

O meu estágio decorreu durante o período entre 18 de junho e 03 de agosto de 2012 nos SF do CHCB.

## 2. Logística

A gestão e organização dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos têm várias fases, como, seleção, aquisição, receção, armazenamento e distribuição. [1]

A gestão de existências deve satisfazer as necessidades de todos os utentes do hospital em relação a medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos.

## 2.1. Seleção

A seleção de medicamentos é um processo contínuo, multidisciplinar e participativo que tem por objetivo a aquisição dos medicamentos mais adequados às necessidades farmacoterapêuticas dos doentes da responsabilidade do hospital, tendo em conta a qualidade, segurança, eficácia e economia. [2]

A seleção de medicamentos tem por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e as necessidades terapêuticas dos doentes do hospital. A seleção de medicamentos a incluir no Guia da Instituição feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, tem em linha de conta critérios baseados nas necessidades terapêuticas dos doentes, na melhoria da sua qualidade de vida e em critérios fármaco- económicos. [1]

De forma a complementar o leque de medicamentos de que o hospital se pode munir para satisfazer as suas necessidades, é elaborado e divulgado internamente na página de intranet, o Guia Terapêutico do CHCB, EPE, ficando assim disponível para fácil consulta.

## 2.2. Aquisição

A aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é efetuada pelos Serviços Farmacêuticos em articulação com o Serviço de Aprovisionamento, sendo um farmacêutico responsável por este procedimento. [1]

Esta atividade é suportada pelo Sistema de gestão integrado do circuito do medicamento (CGICM) dos Serviços Farmacêuticos, que regista a data e número do pedido, a descrição do fornecedor, enumeração e identificação dos produtos e respetivas quantidades a pedir, com base em pontos de encomenda previamente definidos.

Nesta secção tomei conhecimento que cada produto tem um ponto de encomenda baseado no consumo dos últimos meses e atualizado periodicamente de acordo com as tendências de consumo. Os produtos que se encontram abaixo do ponto de encomenda são sujeitos a uma análise detalhada produto a produto, dando atenção ao stock atual, ao consumo dos últimos 6 meses, ao consumo do mês anterior e à previsão do que se pensa gastar no próximo mês.

Assim, vi que a quantidade a adquirir está diretamente relacionada com o tipo de produto (classificação ABC, que relaciona a quantidade existente no stock e o valor monetário que esse stock representa), consumo regular ou irregular, tipo de aquisição, condicionantes de fornecedores, como portes e tipo de embalagens e diretrizes do Conselho de Administração e instruções do Aprovisionamento.

Tomei conhecimento também que a aquisição de produtos pode ser feita por concurso público centralizado (catálogo telemático do ACSS), concurso público limitado (da própria instituição), por negociação direta com laboratórios, por consultas diretas ou através de compras urgentes a fornecedores locais, como farmácias e empresas de distribuição farmacêutica.

Constatei que o circuito de aquisição se inicia com o pedido de compra que os Serviços Farmacêuticos efetuam ao Serviço de Aprovisionamento, que emite uma nota de encomenda. Esta nota de encomenda é enviada ao Conselho de Administração para assinar, passando pelo Serviço financeiro para cabimento e é enviada ao fornecedor.

### **2.3. Receção e conferência de produtos adquiridos**

Os Serviços Farmacêuticos como local de receção de medicamentos e produtos farmacêuticos no Hospital, garantem a qualidade dos produtos recebidos. Todos os produtos recebidos são sujeitos a um apertado controlo em termos de verificação de conformidade. [2]

Desta forma a receção de medicamentos contempla uma conferência qualitativa por parte da farmácia (lotes, prazos de validade e condições de embalagem), e quantitativa, por parte do aprovisionamento (quantidade e preço), conferência da guia de remessa com nota de encomenda, conferência da nota de entrega, conferência, registo e arquivo da documentação em casos particulares como matérias-primas, hemoderivados (conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED, que ficam arquivados junto com a respetiva fatura em dossiers específicos por ordem de entrada) e psicotrópicos. A entrada dos produtos deve ser registada e enviada a guia de remessa ao Serviço de Aprovisionamento.

Neste setor, pude observar que a receção de produtos é um procedimento cooperativo entre os Serviços Farmacêuticos e o Serviço de Aprovisionamento. O Técnico de Farmácia e Administrativo do Serviço de Aprovisionamento fazem conferência técnica e administrativa. Também observei a verificação das conformidades, arquivo de documentação e tomei conhecimento que o Serviço de Aprovisionamento lança as entradas na aplicação informática e os SF conferem diariamente lotes e validades das encomendas. Finalmente, a encomenda é levada para o devido local de armazenamento.

## 2.4. Armazenamento

Para um armazenamento de qualidade devem ser criadas as condições necessárias para garantir espaço, segurança, temperatura adequada e ausência de luz. [3]

O armazenamento adequado dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos é um fator fundamental para possibilitar um serviço de qualidade prestado pela farmácia.

Os parâmetros de temperatura e humidade são monitorizados continuamente e registados por sistema informático apropriado com a colocação de Loggers nas diferentes áreas da farmácia. Os medicamentos são arrumados nas prateleiras ou gavetas de modo a haver circulação de ar entre eles e devem estar devidamente rotulados e arrumados, segundo a classificação do CHNM (Código Hospitalar nacional do medicamento - infarmed) por ordem alfabética e segundo o princípio de “primeiro chegado - primeiro saído” tendo sempre presente o prazo de validade.

Durante o período de contacto com o armazém, tomei consciência dos locais de armazenamento dos SF do CHCB:

- 10 - Armazém central dos SF
- 11- Farmácia satélite do Hospital do Fundão
- 12- Armazém Dose unitária (Boxes, Kardex e FDS)
- 13 - Farmacotecnia - citotóxicos e nutrição parentérica (NP)
- 14 - Pyxis Bloco Operatório
- 15 - Pyxis da Urgência pediátrica
- 16 - Pyxis da Urgência geral/SO
- 17 - Pyxis da Urgência Geral
- 18 - Armazém quarentena
- 20 - Ambulatório

Em contacto com a atividade diária do armazém pude familiarizar-me com a disposição dos medicamentos em estantes deslizantes, subdivididas por: geral, medicação de ambulatório, anestésicos, material de penso, antibióticos, formas de uso oftálmico, anticoncecionais e

leites. Em estantes fixas, encontram-se: nutrição parentérica e citotóxicos. Os medicamentos citotóxicos encontram-se devidamente separados dos outros medicamentos, acompanhados de kit de emergência.

Quanto aos medicamentos de frio, vi que se encontram armazenados em câmaras frigoríficas com sensores de temperatura (entre 2o- 8oC), registo e dispositivo de alarme automático.

Em relação a medicamentos hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos tomei conhecimento que existe legislação específica e um controle mais rigoroso.

Os estupefacientes e psicotrópicos encontram-se armazenados no cofre de fechadura dupla e as suas entradas e saídas são registadas.

Os medicamentos fotossensíveis encontram-se na sua localização alfabética revestidos de material opaco, ou se são de alta rotação, as gavetas onde se encontram, são também revestidas de material opaco.

Relativamente aos inflamáveis pude conhecer o seu local de armazenamento individualizado do restante armazém: sala com porta corta-fogo de fecho automático de abertura para o exterior, paredes resistentes ao fogo, com vão exterior fusível, com chão impermeável, inclinado, rebaixado e drenado para bacia coletora, não ligado ao esgoto.

Pude conhecer ainda a sala de injetáveis de grande volume com espaço adequado e paletes no sentido de poder existir troca das mesmas e manter-se assim um espaço limpo e ajustado, às dimensões destes produtos. A sala de desinfetantes possui prateleiras e espaço adequado.

Também tomei conhecimento que os Gases Medicinais, apesar de a sua gestão ser da responsabilidade dos Serviços Farmacêuticos, estes se encontram num espaço físico exterior de acordo com as normas da DGS. [4]

Na atividade diária do armazém tive contacto com os demais medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos e sua forma de armazenamento. Acompanhei e participei de auditorias diárias ao stock físico através do cruzamento de dados colhidos e dados informáticos. Este tipo de auditoria consiste em contagens diárias de produtos de acordo com a classificação ABC de forma a despistar erros e corrigi-los, se eventualmente existirem, permitindo o inventário permanente e uma contagem contínua pelas diferentes classes.

Mensalmente, é elaborada uma lista de produtos cuja validade expira dentro de 4 meses. Essa lista é enviada ao Farmacêutico responsável do sector que avalia a possibilidade de escoar esses produtos contactando outros hospitais, ou o Serviço de Aproveitamento, que posteriormente, contacta os fornecedores. Com a mesma regularidade, é efetuado o controlo

das gavetas de stock, de apoio à sala de preparação em dose individual diária que inclui a verificação das validades e correta arrumação dos medicamentos. Após este controlo é feito o registo informático de medicamentos reembalados, com validade limite inferior a 6 meses. Também uma vez por mês, é feito em colaboração com os Serviços Farmacêuticos e o Serviço de aprovisionamento o abate de quantidades não devolvidas e elaborada a nota de abate com devida justificação, assinada pelo diretor do serviço, que posteriormente é enviada ao CA.

## **3. Distribuição**

O despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro de Saúde e da Saúde, de 30 Dezembro de 1991, publicado no Diário da República nº23 - 2ª série de 28 de Janeiro de 1992, converte em imperativo legal, o sistema de distribuição de medicamentos, que anos de experiência e reflexão continuam a demonstrar como sendo o mais seguro e eficaz: sistema de distribuição individual diária em dose unitária.

### **3.1 Distribuição tradicional**

Nem sempre é viável a distribuição de medicamentos em dose unitária, existindo alternativas de distribuição de medicamentos, como por exemplo, a distribuição por níveis, com o objetivo de melhorar a eficácia e segurança do sistema de distribuição tradicional. Assim, poderão coexistir, complementando-se, mais do que uma variante do sistema de distribuição tradicional. [3]

Em cada serviço clínico (SC) é estabelecido um stock fixo, de acordo com o Diretor, Enfermeiro Chefe e Farmacêutico responsável pelo serviço, atendendo às características do mesmo. A reposição dos stocks é periódica e após verificação dos stocks existentes na enfermaria, feita pelo enfermeiro responsável em colaboração com o técnico de diagnóstico e terapêutica, é elaborado o pedido de reposição. O stock é repostado pela farmácia, mas o armazenamento é da responsabilidade do SC. O SC envia à farmácia o pedido com os medicamentos em falta, informaticamente. O TDT utilizando leitores óticos (PDA) prepara a medicação e esta é entregue ao SC depois de dada saída na aplicação informática. Trimestralmente, os stocks dos SC são verificados por um TDT, com objetivo de verificar prazos de validade, quantidades e correto armazenamento.

## **3.2 Sistema de reposição de stocks nivelados**

Neste sistema de distribuição de medicamentos, há reposição de stocks nivelados previamente definidos pelos farmacêuticos, enfermeiros e médicos dos respetivos serviços clínicos. A reposição dos stocks é feita de acordo com a periodicidade previamente definida e são dispensadas as quantidades necessárias para atingir o stock máximo. O carro é entregue no respetivo SC e trocado por outro que será alvo do mesmo procedimento. Os produtos que estão em falta nos carros são dispensados e imputados com o auxílio de um leitor ótico. A conferência das validades é da responsabilidade da farmácia e são verificadas mensalmente, com registo do nome do colaborador e afixado no respetivo carro. [3]

## **3.3 Distribuição semiautomática (Pyxis®)**

Este sistema de distribuição de medicamentos consiste em pequenos armazéns avançados da farmácia, controlados informaticamente. Este é também um sistema de distribuição por níveis, uma vez que é pré definido um stock quantitativo. Quando um medicamento necessário é retirado do Pyxis no serviço é gerado um consumo, informaticamente, que atualiza a realidade do stock, permitindo à farmácia, visualizar informaticamente e organizar a reposição. A reposição é feita por um TDT, assim como a conferência mensal das validades.

O que distingue este sistema de distribuição, dos carros clássicos de reposição é, o registo de quem retira, a quem é administrado o medicamento e quem o repõe. Em suma, o controlo total do circuito do medicamento.

Durante o meu estágio e no período onde integrei as atividades do armazém central tive oportunidade de participar na preparação da medicação, reposição do Pyxis e a conferência de stocks e de validades dos medicamentos nele existentes. [4]

## **3.4. Distribuição de medicamentos a doentes em regime de ambulatório**

A dispensa de medicamentos em regime de ambulatório permite que os doentes possam seguir as suas terapêuticas, sem que para isso tenham de permanecer internados. Este regime traz vantagens a nível económico na medida em que reduz os gastos com o número de internamentos hospitalares, vantagens no âmbito da segurança, uma vez que, há uma diminuição dos riscos inerentes a um internamento (p.e. infeções nosocomiais) e a vantagem para o doente de poder continuar o seu tratamento em ambiente familiar e na maioria poder fazer a sua vida normal. [1]

A dispensa de medicamentos neste regime justifica-se pela necessidade de haver um maior controlo e vigilância em determinadas terapêuticas, em consequência de efeitos secundários graves, necessidade de assegurar e promover a adesão dos doentes à terapêutica e também pelo facto de a comparticipação destes medicamentos ser a 100%, daí a dispensa ser pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalares. [1]

Para que essa distribuição seja feita em condições apropriadas e alcance os objetivos desejados, além da medicação, os SF fornecem aos doentes folhetos com informação adequada à utilização correta dos medicamentos e reforçam a importância da adesão terapêutica, complementando assim, a informação verbal.

Esta atividade é desempenhada por um técnico superior de saúde com experiência hospitalar.

Aos Serviços Farmacêuticos não é permitida a venda de medicamentos ao público, excepto em situações em que:

- Na localidade não exista farmácia particular;
- Se verifique emergência individual ou coletiva, se apure não haver no mercado local os medicamentos necessários; sendo importante as farmácias hospitalares terem prova da inexistência do medicamento, confirmada por carimbo da farmácia.
- As farmácias pertençam a Santas Casas da Misericórdia que já possuam alvará de venda ao público.

O preço de venda dos medicamentos nestes casos não está regulamentado. As farmácias hospitalares devem cobrar aos doentes o preço de custo desse medicamento. [5]

A dispensa de medicamentos em regime de ambulatório destina-se a:

- Doentes atendidos em consultas externas;
- Medicamentos cujo fornecimento seja abrangido pela legislação ou quando autorizados pelo Conselho de Administração.
- Medicamentos com maior controlo e vigilância devido aos seus efeitos secundários graves.
- Medicamentos com necessidade de assegurar a adesão à terapêutica.

A dispensa de medicamentos neste regime pode também destinar-se a doentes internados no momento da alta, em casos excecionais, ou para completar o tratamento, ou tratando-se de medicamentos exclusivos hospitalares.

Devidamente legislados, encontram-se os grupos terapêuticos dos quais fazem parte os medicamentos cedidos no ambulatório do CHCB: Foro Oncológico, Seropositivos (VIH/SIDA), Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Hepatite C, Hemofilia, Planeamento Familiar, Tuberculose, Insuficiência Renal Crónica e Artrite Reumatóide.

Contudo existem outras patologias legisladas mas que este hospital não acompanha: Foro Psiquiátrico, Medicina e Transplatação (renal e cardíaca), Fibrose Quística, Síndrome Lennox - Gastaut, Doença de Machado Josep, Acromegália, Paramiloidose, Hormona de Crescimento e Síndrome de Allagille e Fallot. [6]

Neste sector pude acompanhar o procedimento de dispensa de medicamentos que se inicia com a prescrição do Médico e que seguidamente é validada pelo farmacêutico. Em situações em que a prescrição (eletrónica ou em papel) não está conforme ou suscita qualquer dúvida ao farmacêutico, este contacta o médico. Perante prescrição conforme prepara-se a medicação, confere-se, faculta-se a informação por via verbal ou escrita necessária ao doente ou prestador de cuidados e por fim dá-se saída no sistema informático. A prescrição eletrónica foi instituída de forma a diminuir os erros associados à prescrição e encontra-se em fase de expansão nas consultas externas.

Também observei que a prescrição médica deve conter a identificação do doente, a identificação do médico e a sua assinatura, a instituição de emissão (neste caso CHCB), a data, o medicamento designado por DCI, dosagem, posologia, forma farmacêutica, número de unidades a dispensar e duração do tratamento ou data da próxima consulta, permitindo calcular o número de unidades a dispensar. Sempre que a duração do tratamento é superior a um mês, à exceção dos contraceptivos, são feitas dispensas parcelares mensais. Casos em que os doentes moram a mais de 25 Km do Hospital, os medicamentos são enviados pelo correio, exceto medicamentos derivados do plasma, talidomida, contraceptivos e medicamentos de frio.

Para além da dispensa dos medicamentos legislados, também tomei conhecimento da dispensa de medicamentos de alguns grupos terapêuticos autorizados pelo Conselho de Administração do CHCB como: Hipertensão Pulmonar, Hepatite B e Manipulados.

Aquando da dispensa deve ser registado o lote e a pessoa a quem é dispensado o medicamento, verificada a rotulagem, o medicamento e o seu prazo de validade.

A dispensa em ambulatório é auxiliada pelo dispensador automático Consis. O Consis é um dispensador que consiste num armário onde se encontram medicamentos com maior rotação e dimensões próprias a este tipo de armazenamento.

Semanalmente faz-se a contagem do stock e o pedido de reposição para este sector.

Todos os lotes, dosagens e quantidades das cedências são conferidos no dia seguinte pelo farmacêutico. Depois de conferidas e corrigidas as não conformidades, as prescrições são arquivadas em pastas por especialidades e/ou medicamento de autorização caso a caso. As prescrições em formato eletrónico estão disponíveis no sistema informático.

No momento da conferência, as receitas com terapêuticas prescritas passíveis de serem faturadas a entidades competentes, como a Administração Regional de Saúde, Associação Central de Sistemas de Saúde ou prescritas noutros Hospitais, são separadas, para posteriormente serem enviadas para os Serviços Financeiros, ficando cópia nos SF.

Tomei conhecimento também que o principal objetivo do Farmacêutico neste âmbito é promover a boa utilização do medicamento. Assim, os folhetos informativos dos medicamentos são elaborados com linguagem simples e toda informação que contêm é revista periodicamente para garantir uma informação de qualidade e o mais atualizada possível. Além da cedência de folhetos informativos, também são colocados pictogramas nas embalagens, de forma a auxiliar uma melhor compreensão e mais correta administração dos fármacos.

O seguimento Farmacoterapêutico é também uma das funções do farmacêutico hospitalar, avaliando a adesão à terapêutica quer pelo controlo dos stocks dispensados, quer pelo controlo de reações adversas, garantindo a continuidade do tratamento.

Doentes com Esclerose Múltipla, Hepatite B e C, Hipertensão Pulmonar, Esclerose Lateral Amiotrófica e doentes que fazem terapêuticas biológicas são alvo de monitorização mais “apertada”, promovendo assim uma maior vigilância e controle de patologias crónicas e de fármacos com valor económico mais significativo.

Os SF do CHCB, com base na posologia prescrita pelo médico fornecem o medicamento para 30 dias, fazendo assim a calendarização da data do próximo levantamento. Esta metodologia permite sinalizar ao médico prescritor a falta de adesão do doente.

No decorrer do ano 2012 os SF implementaram as consultas de adesão, nas quais tive oportunidade de participar, auxiliando na aplicação de questionários, que permitiram conhecer melhor o doente, nomeadamente, terapêuticas adjuvantes, efeitos adversos e problemas sociais e económicos.

Durante o período em que estive no ambulatório foi solicitado aos doentes, que colaborassem no inquérito anual, com a finalidade de avaliar o serviço prestado pela farmácia numa perspetiva de melhoria contínua, tendo em consideração o Sistema de Gestão da qualidade implementado.

### **3.5. Medicamentos de circuito especial sujeitos a legislação restrita**

Neste grupo de medicamentos incluem-se os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos e medicamentos derivados do plasma.

#### **3.5.1. Hemoderivados é a designação utilizada para referir um medicamento derivado do plasma humano.**

A dispensa de hemoderivados é regulamentada pelo Despacho n.º 1051/2000 (2ª série) do Ministério da Saúde. Os medicamentos derivados do plasma são fornecidos perante prescrição específica na forma de um impresso próprio referido no Despacho n.º 1051/2000, de 14 de Setembro. [7]

Este impresso com duas vias (“Via Farmácia” e “Via Serviço”) contém 4 quadros (de A a D). O Farmacêutico confere os quadros A (identificação do médico, serviço, doente e justificação clínica) e B (identificação do medicamento, dosagem e posologia) e preenche o quadro C correspondente à distribuição. O impresso em duplicado é arquivado na Farmácia e no Serviço onde foi prescrito. O quadro D do impresso é preenchido pelo enfermeiro responsável pela administração do hemoderivado.

Os hemoderivados podem ser cedidos (à exceção de plasma fresco congelado, que é distribuído pelo Serviço de Imunoterapia) aos demais serviços e doentes em regime de ambulatório, atendidos nas consultas externas (ex. doentes hemofílicos).

Relativamente a este tipo de medicamentos pude observar que o farmacêutico recebe a requisição, valida-a após análise e em caso de dúvida ou não conformidade contacta o médico prescritor. Aquando da validação, o farmacêutico calcula a quantidade necessária para assegurar o tratamento prescrito pelo médico, cede a medicação, estima o fim do tratamento, e coloca etiquetas identificativas em cada unidade para garantir que aquele medicamento é administrado ao doente correto. Terminado o tratamento, os produtos não administrados são devolvidos à Farmácia. O Farmacêutico também é responsável pelo encerramento do circuito de hemoderivados, isto é, no fim do tratamento o farmacêutico dirige-se ao serviço clínico, confere o quadro correspondente à administração do medicamento e dá o aval para o arquivo do impresso no processo clínico do doente. Acompanhei também este circuito.

Este controlo mais restrito dos hemoderivados estabelece uma metodologia adequada à pesquisa de eventual relação de causalidade entre a administração terapêutica destes medicamentos e a deteção de doença infecciosa transmissível pelo sangue, além de controlar a

correta administração do respetivo medicamento ao doente e conformidade na devolução das embalagens, que não foram administradas. O despacho acima referido decreta procedimentos de registo de todos os atos de requisição clínica, distribuição e administração aos doentes. O encerramento deste circuito é um dos parâmetros implementados, do programa de Gestão do Risco instituído nos SF do CHCB.

### **3.5.2. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP)**

MEP são medicamentos que contêm como princípio ativo uma substância compreendida nas tabelas I-A, II-C e IV à exceção das benzodiazepinas do Decreto de Lei n.º 61/94 de 12 de Outubro. Todos os MEP devido às suas características, particularidades e legislação própria obedecem a um procedimento específico devido a necessidade de controlo efetivo. [8]

Este controlo é da responsabilidade do Farmacêutico afeto ao sector de ambulatório e um Assistente Técnico Administrativo, que regista os movimentos em programa informático próprio.

A dispensa destes medicamentos só pode ocorrer mediante o “Anexo X”, que tem de ser devidamente preenchido pelos enfermeiros, aquando da administração de cada unidade de MEP, e assinado pelo diretor do serviço ou legal substituto. [8]

O stock de MEP existente em cada serviço clínico foi definido consoante as necessidades do próprio serviço, e avaliadas em acordo com Serviços Farmacêuticos, encontrando-se devidamente armazenados em cofre de dupla fechadura.

Cada requisição contém apenas uma substância ativa. O enfermeiro é responsável por preencher este documento com a identificação do doente, processo clínico, dosagem, medicamento administrado, data da administração e assinatura de quem administrou, posteriormente é assinado pelo Diretor do Serviço ou legal substituto.

Este tipo de dispensa funciona como uma reposição por níveis. Aquando da reposição o Farmacêutico faz a validação. Em caso de dúvida ou não conformidade no preenchimento da requisição, é contactado o enfermeiro responsável por aquele registo. Após a validação, a requisição é assinada por quem cede e por quem recebe os MEP. O original do documento fica nos Serviços Farmacêuticos para posteriormente ser assinado pelo diretor ou legal substituto e o duplicado acompanha a medicação para posterior arquivo no Serviço Clínico.

O Farmacêutico imputa informaticamente os MEP e regista os respetivos lotes cedidos, possibilitando saber quais os lotes existentes nos diferentes serviços a qualquer momento.

No dia que segue à dispensa são confirmados todos os movimentos de MEP e entregues os originais ao Assistente Técnico para que proceda aos registos necessários e recolha da assinatura do Diretor dos Serviços Farmacêuticos.

Relativamente aos MEP, aquando do meu contacto com o Ambulatório no CHCB, tomei conhecimento que o Farmacêutico recebe os registos de administração, valida os mesmos, calcula a quantidade consumida e a reposição, cede a medicação, faz o registo do lote, imputa a medicação no sistema informático e faz a conferência no dia seguinte. O Assistente Técnico separa as requisições por substância ativa, numera, identifica os movimentos, regista os movimentos desde que o medicamento entrou até ter sido administrado ou abatido. Finalmente, é enviado, trimestralmente, ao Infarmed todos os movimentos de medicamentos estupefacientes e Psicotrópicos.

O CHCB possui dois armazéns onde se encontram os MEP. Em cada um deles há um armário metálico com dupla fechadura especificamente destinado para este efeito.

Semanalmente, procede-se à contagem dos MEP com a presença do Farmacêutico e o Assistente Técnico. Em caso de uma não conformidade faz-se a conferência de todos os fornecimentos e respetivos registos desde a última contagem a fim de chegar à deteção da causa e posterior correção da não conformidade.

Mensalmente, o Farmacêutico responsável pelo Ambulatório, desloca-se aos Serviços Clínicos assegurando-se que os stocks estão em conformidade, confere as validades e faz eventuais trocas de MEP com validade reduzida. Estes últimos são encaminhados para um Serviço Clínico cujo consumo tenha uma maior rotação, de forma a evitar desperdícios, atividade que também pude observar.

### **3.6 Distribuição em dose individual diária**

A distribuição em dose individual diária tem como objetivo aumentar a segurança do circuito do medicamento, conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes, diminuir os riscos de interações, racionalizar a terapêutica, atribuir mais corretamente os custos e reduzir os desperdícios. Todas as prescrições médicas são validadas pelo farmacêutico antes da elaboração do perfil farmacoterapêutico. [3]

Os medicamentos são dispensados em doses individuais diárias, e distribuídos de acordo com o perfil farmacoterapêutico, para um período máximo de 24 horas, e sempre por toma. Esta metodologia permite aumentar a segurança do medicamento, conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico do doente, reduzir o risco de interações, racionalizar a terapêutica e

reduzir o tempo dos enfermeiros dedicados aos medicamentos, deixando-os mais disponíveis para o acompanhamento do doente. [4]

Antes da preparação da medicação, a prescrição médica em suporte informático ou em papel é validada pelo farmacêutico. É da sua responsabilidade verificar dosagem, frequência, via de administração, interações entre fármacos, duplicação de terapêuticas, posologias inadequadas, duração do tratamento e tempo de antibioterapia. No caso dos injetáveis, o farmacêutico analisa a velocidade de perfusão e a dose, efetua cálculos para determinar o número de ampolas necessárias e analisa a sua estabilidade após diluição.

As prescrições em papel são transcritas pelo farmacêutico para o sistema informático após validação. O registo informatizado e individualizado da medicação, que cada doente recebe enquanto permanece internado no hospital, possibilita a monitorização da terapêutica no sistema de gestão integrado do circuito do medicamento (diagnóstico, alergias, dietas). A validação permite analisar e detetar eventuais não conformidades como por exemplo, duplicação da medicação, erro da dose, intervalo posológico inadequado e possíveis interações de medicamentos.

Nas situações em que o doente faz medicação do domicílio, esta também consta na prescrição médica, num item específico de medicação do domicílio sendo que a designação do medicamento vem no campo das observações e esta não é enviada para o SC. Esta medicação proveniente do domicílio é armazenada, devidamente identificada no SC, com o nome do doente e sob a vigilância do enfermeiro.

O sistema informático na aplicação onde o farmacêutico valida a prescrição emite alertas sobre alergias, doses máximas, preenchimento de impresso de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos ou hemoderivados e medicação de justificação obrigatória que visam uma maior segurança da terapêutica do doente. Este ponto inclui-se no programa de gestão do risco dos SF do CHCB. Associado a este programa também, são colocadas, aquando a preparação da medicação, etiquetas nas gavetas dos doentes, que permitem alertar para nomes de doentes semelhantes, chamando a atenção do TDT que prepara a medicação, do farmacêutico que a confere e do enfermeiro que a administra.

Qualquer questão relacionada com a prescrição médica é resolvida de imediato com o médico prescritor ou com o enfermeiro via telefone.

Após a validação é impresso o perfil farmacoterapêutico de cada doente e a informação é enviada para os sistemas de distribuição semiautomáticos (FDS e Kardex) para se proceder à preparação da medicação. O KARDEX faz a dispensa dos medicamentos por princípio ativo e o FDS permite a reembalagem de formas orais sólidas. Este tipo de equipamento é fundamental na redução de erros, e do tempo para executar a atividade, permitindo ainda uma melhor

racionalização do stock, melhorando a qualidade do trabalho e libertando os TDT para outras atividades como, as visitas aos SC no respeitante à monitorização de prazos de validade, sinalética e armazenamento correto dos medicamentos.

A prescrição on-line, depois de validada pelo farmacêutico, é enviada informaticamente para o sistema de reembalagem e a medicação é preparada por um TDT, que é responsável pela identificação das gavetas de medicação com o nome do doente, processo, cama e serviço clínico a que pertence e pela preparação da medicação de acordo com o perfil farmacoterapêutico do doente para um período de 24h.

A medicação depois de preparada é sujeita a conferência quantitativa e qualitativa pelo farmacêutico que, posteriormente, procede à imputação. O farmacêutico efetua ainda o registo de erros relacionados com a preparação da medicação, preenchendo o relatório de não conformidades. Posteriormente, todas as alterações de medicação são preparadas pelo farmacêutico.

O transporte da medicação deve ser seguro, feito de forma a garantir a integridade e qualidade da medicação, pelo que os módulos são levados fechados até ao SC por um assistente operacional.

Todas as prescrições online, após a entrega da medicação, são validadas pelo farmacêutico até às 19h (hora do fecho dos SF) que envia a medicação até à próxima entrega de dose unitária. Fora dos horários estabelecidos (19h), apenas é fornecida a terapêutica de carácter urgente ficando o pedido a cargo do enfermeiro.

Toda a medicação não administrada deve ser devolvida à Farmácia, onde é contabilizada e revertida. O Farmacêutico também regista erros relacionados com a medicação enviada para os serviços, através do preenchimento do relatório de não conformidades.

Neste sector acompanhei com os técnicos superiores de saúde (TSS) todas as atividades descritas.

## **4. Farmacotecnia**

Atualmente, a indústria farmacêutica dá resposta a muitas das necessidades dos doentes, reduzindo assim, a necessidade dos hospitais produzirem formas magistrais, antissépticos/desinfetantes e outros, na mesma escala que produziam há alguns anos atrás, pois a indústria farmacêutica tem vindo ao longo dos anos a desenvolver capacidade de resposta para as diferentes especialidades, tais como dermatologia, oftalmologia e pediatria.

Contudo, esta não é uma prática morta e a prova disso é que no CHCB se preparam mensalmente várias dezenas de medicamentos manipulados.

Atualmente, as preparações que se fazem no CHCB, destinam-se essencialmente a doentes individuais e específicos, como são exemplo alguns doentes pediátricos e doentes adultos que, pontualmente, necessitam de preparações dispensadas em ambulatório.

A reembalagem de formas sólidas unitárias que a indústria não comercializa individualmente, ou ainda que comercializadas, são de difícil leitura, é uma das atividades da responsabilidade do farmacêutico hospitalar afeto ao sector de farmacotecnia. Também se preparam formulações estéreis e preparações não estéreis.

Assim, a farmacotecnia compreende as seguintes áreas de produção:

1. Preparação de Formas Magistrais e Oficiais não estéreis (manipulados)
2. Preparação de Formas estéreis (Citotóxicos, NP e outros)
3. Reembalagem de medicamentos e Produção de água purificada

Apesar da realidade hospitalar no que respeita à preparação de medicamentos se ter alterado ao longo do tempo, mantém-se a exigência de produzir preparações farmacêuticas seguras e eficazes.

#### **4.1. Preparação de fórmulas magistrais**

As matérias-primas para a produção de fórmulas magistrais são encomendadas de acordo com o consumo e/ou prazo de validade. Após a receção, estas ficam disponíveis para utilização se responderem aos requisitos, a saber: (1) se vier acompanhada de boletim analítico e se o mesmo estiver em conformidade com a farmacopeia; (2) e a matéria-prima corresponder ao produto rececionado no que respeita ao lote e prazo de validade. Na ausência do boletim analítico, estas permanecem em quarentena até que o fornecedor envie o boletim e o farmacêutico o valide, certificando-se que este respeita todos os requisitos para a utilização segura da matéria-prima, de acordo com a farmacopeia portuguesa, europeia ou de qualquer um dos seus estados membros ou americana.

A preparação de fórmulas magistrais inicia-se com o pedido de requisição de manipulado em suporte informático, sendo que o farmacêutico o recebe e valida de acordo com a prescrição médica ou necessidade do serviço.

É criada, informaticamente, uma guia de produção com emissão da ficha de produção e rótulo. Inicia-se a preparação do manipulado de acordo com a ficha técnica elaborada com

base na farmacopeia, e no final efetua-se o controlo de qualidade no produto após a preparação, verificando-se os seguintes parâmetros: caracteres organoléticos (coloração, odor, partículas visíveis a olho nu), pH e quantidade preparada. Se todos os parâmetros estão conformes, o manipulado está em condições de ser validado e distribuído.

A validade das matérias-primas irá condicionar o produto final. Para formas magistrais, o manipulado terá uma validade igual ao período de utilização se este não ultrapassar os 30 dias. Se o tratamento tiver uma duração superior a 30 dias, 30 dias será a validade do manipulado. No caso das matérias prima terem uma validade inferior a 30 dias, a validade do manipulado será igual ao término da validade da matéria-prima.

Para as preparações oficinais, considera-se a validade da ficha técnica do manipulado, decorrente dos estudos de estabilidade efetuados, sendo esta validade sempre condicionada pelas validades das matérias-primas utilizadas.

Durante o meu período de estágio nos SF, auxiliei a preparação de um xarope de citrato de cafeína a 2%, duas soluções de formol a 10% e uma solução de ácido acético a 3%.

## **4.2 Preparações estéreis**

A preparação de formas estéreis é feita em área limpa, a entrada de pessoal é feita por antecâmaras e o material por acesso próprio.

O farmacêutico para proceder a este tipo de preparações equipa-se com vestuário protetor: luvas, bata com dupla proteção, touca, óculos de proteção, máscara e proteção para pés.

### **4.2.1 Preparação de nutrição parentérica e outras preparações estéreis**

O decurso da preparação de nutrição parentérica e outras preparações estéreis ocorre segundo normas e procedimentos de trabalho escritos, procedimentos normalizados de manutenção e limpeza e procedimento de manipulação.

A preparação de formas estéreis é feita numa sala limpa, em que a entrada de pessoal é feita por antecâmaras, local onde se procede à higienização. Este tipo de salas limpas tem superfícies lisas, impermeáveis e sem juntas que minimizam a acumulação de partículas ou microrganismos. A entrada e saída de material é feita por um transfer, com portas de duplo encravamento e, tudo o que entra no transfer é desinfetado com álcool a 70%.

O farmacêutico para proceder a este tipo de preparações equipa-se com vestuário protetor: luvas, bata, touca, máscara e proteção para pés.

Antes de entrar na câmara é importante verificar a diferença de pressão e a temperatura. A temperatura deve estar no intervalo de 18,5° C a 23,5° C. A pressão no interior da câmara de preparação é mais elevada (aproximadamente 3-4mm H<sub>2</sub>O) do que na antecâmara (cerca de 1-2mm H<sub>2</sub>O) permitindo, que o ar exterior não contamine as zonas limpas. O controlo da temperatura é fundamental para garantir a estabilidade química e microbiológica dos fármacos ou das bolsas de nutrição parentérica, que pelo seu conteúdo rico em nutrientes, constituem um meio ótimo para o desenvolvimento de microrganismos. Os valores de pressão e temperatura são diariamente registados por um farmacêutico para controlo no âmbito da gestão da qualidade.

Antes de iniciar a preparação, o farmacêutico valida a prescrição médica em suporte informático, e verifica a concentração final da mistura, estabilidade, incompatibilidades, posologia e volume prescrito, de acordo com as características do doente, condições de administração e duração do tratamento. Outros requisitos indispensáveis a verificar são a data de prescrição, os dados do doente e a compatibilidade dos componentes da mistura.

Antes de iniciar a preparação procede-se à limpeza e desinfeção da superfície com álcool a 70%. A preparação decorre de acordo com o protocolo estabelecido e a manipulação é feita segundo técnica asséptica. Após a preparação, a superfície da câmara volta a ser limpa com álcool a 70%.

O procedimento de preparação inclui a identificação da mistura com os seus componentes, metodologia de aditivação, material de acondicionamento, via de administração, condições de conservação e validade. Diariamente são registadas todas as preparações da câmara de fluxo laminar horizontal.

Na ficha diária de controlo de qualidade constam parâmetros como integridade física da embalagem, ausência de partículas, precipitados e separação de fases, para garantir a qualidade da preparação.

Semestralmente, a câmara de fluxo laminar é sujeita a ensaios de verificação. O relatório de ensaios da câmara compreende o ensaio do ruído, ensaio de fumos e ensaio de penetração aos filtros HEPA (que pretende verificar a integridade dos mesmos), ensaio de iluminância, ensaio da velocidade do ar à entrada e ensaio da contagem de partículas.

A câmara de fluxo laminar deve ser ligada, pelo menos 30 minutos antes de se iniciar a manipulação, uma vez que se alcança a estabilidade passado este tempo

Antes de iniciar o trabalho assegura-se que todo o material necessário à preparação está presente e em boas condições. A câmara de fluxo de ar laminar é limpa e desinfetada antes e depois da preparação com álcool a 70%.

A aditivação da bolsa com a MIV é feita manualmente e a ordem de mistura dos diversos componentes está devidamente definida: primeiro eletrólitos e oligoelementos, seguindo-se as multivitaminas e por ultimo a alanina-glutamina. Antes, durante e depois da preparação, realizam-se verificações da mistura, como cor, limpidez se aplicável, ausência de formação de precipitados, ausência de separação de fases e integridade da bolsa. A folha de trabalho é assinada pelo farmacêutico que procedeu à preparação da mistura.

Por fim, a preparação deve ser armazenada até ser administrada ao doente de acordo com os seus requisitos de conservação e qualidade.

Para garantir a qualidade de todo o processo de preparação é feito o controlo microbiológico relativamente:

- a) Ao produto final. Este controlo avalia a técnica de assepsia em que o preparador opera. Assim, são retiradas duas amostras da bolsa de nutrição reconstituída e enviadas ao laboratório.
- b) Ao filtro. Para avaliar a qualidade dos filtros, são colocadas placas com meios de cultura para bactérias (gelose de chocolate) e para fungos (Meio de Sabouraud) durante 24h.

Neste sector preparei 12 bolsas de NP e auxiliei a preparação de alglucosidase.

#### **4.2.2 Produtos citotóxicos**

O decurso da preparação de citotóxicos ocorre segundo normas e procedimentos de trabalho escritos, procedimentos normalizados de manutenção e limpeza, tratamento de derrames e procedimentos de manipulação.

Não poderão preparar citotóxicos, grávidas ou mães a amamentar, indivíduos que já tenham efetuado um tratamento de quimioterapia ou tenham alergias a fármacos. O farmacêutico preparador tem uma vigilância médica regular, na instituição, com uma periodicidade de 6 meses.

O farmacêutico para proceder a este tipo de preparações equipa-se com vestuário protetor: luvas, bata com dupla proteção, touca, óculos de proteção, máscara e proteção para pés.

A prescrição médica e a validação do farmacêutico antecedem sempre a preparação de citotóxicos. O material necessário à preparação é introduzido na câmara a partir do transfer, previamente, desinfetado com álcool a 70%. Uma vez validadas todas as condicionantes, a preparação é levada a cabo e o produto final é devidamente rotulado.

O material rejeitado que esteve em contacto com os citotóxicos é encaminhado para contentores específicos “biobox”, existentes na câmara e posteriormente rotulados e acondicionados em sacos vermelhos para posterior inceneração.

Na ficha diária de controlo de qualidade constam parâmetros como, integridade física do material de acondicionamento, ausência de partículas, precipitados e ausência de separação de fases. Estes parâmetros são confirmados após a preparação.

Semestralmente, a câmara de fluxo laminar é sujeita a ensaios de verificação. O relatório de ensaios da câmara de segurança biológica compreende o ensaio do ruído, fumos e fluxo de ar, ensaio de penetração aos filtros HEPA (que pretende verificar a integridade dos mesmos), ensaio de iluminância, ensaio da velocidade do ar à entrada e ensaio da velocidade do ar descendente.

Normas de utilização da câmara de fluxo de ar laminar:

Ligar a câmara de fluxo laminar pelo menos 30 minutos antes de se iniciar a manipulação para sua estabilização. À semelhança da câmara de fluxo laminar horizontal, também a câmara de fluxo laminar vertical necessita de controlo de pressão e temperatura. A temperatura deve ser inferior a 25° C. A pressão no interior da câmara de preparação é negativa, garantindo que o ar exterior não fique contaminado com partículas de citotóxicos. Na sala limpa de preparação de citotóxicos, a pressão na antecâmara é positiva, para garantir a higienização do ambiente, onde o operador se equipa. Os valores de pressão e temperatura são diariamente registados por um farmacêutico para controlo de qualidade, no âmbito da gestão de qualidade.

Antes de iniciar a preparação procede-se à limpeza e desinfeção da superfície com álcool a 70%. A preparação decorre de acordo com o protocolo estabelecido e a manipulação é feita segundo técnica asséptica. No final das preparações, a superfície da câmara volta a ser limpa com álcool a 70%.

Em caso de derrame, existem normas escritas acerca do procedimento a ter em caso de acidente ou derrame do produto citotóxico. Em áreas onde existem medicamentos citotóxicos (armazém 10, sala de preparação e sala de receção de encomendas) existe um kit contendo todo o material necessário para proceder a uma limpeza segura em situação de derrame.

À semelhança da câmara de fluxo laminar horizontal, também na câmara de fluxo laminar vertical, para garantir a qualidade de todo o processo de preparação, é sujeita a um controlo microbiológico relativamente:

- c) Ao produto final. Este controlo avalia a técnica de assepsia em que o preparador opera. Assim, é feita uma preparação de água e soro fisiológico como sendo o produto final e enviada essa amostra ao laboratório.
- d) Ao filtro. Para avaliar a qualidade dos filtros, são colocadas placas com meios de cultura para bactérias (gelose de chocolate) e para fungos (Meio de Sabouraud) durante 24h.

Neste sector auxiliei a preparação de citotóxicos, colocando a medicação no transfer, verificando a rotulagem das preparações com os respetivos protocolos impressos da aplicação informática e preparando a pré medicação necessária de acordo com a ficha do protocolo impressa que acompanha a entrega da medicação.

### **4.3 Reembalagem de medicamentos**

A reembalagem e rotulagem de medicamentos individualizados é efetuada de forma a garantir a segurança e qualidade do medicamento.

A possibilidade da farmácia dispor do medicamento na dose prescrita, de forma individualizada, reduzindo o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação a administrar, minimizando os riscos de contaminação do medicamento, reduzindo os erros de administração e uma maior economia, justifica a reembalagem de medicamentos.

Para uma identificação correta do medicamento reembalado, no rótulo consta o nome (DCI), dosagem, lote, nome do laboratório e prazo de validade. O prazo de validade do medicamento reembalado, nos SF do CHCB, é de 6 meses. Contudo, caso a validade do medicamento original seja inferior a 6 meses, é atribuída a validade original do medicamento.

O desblisteramento dos medicamentos e posterior carregamento do sistema de reembalagem decorre de acordo com condições de higienização:

- O operador usa bata, mascara e luvas
- As cassetes do FDS são desinfetadas com álcool a 70%

Além disso o medicamento reembalado é protegido dos agentes ambientais (luz, temperatura e humidade), assegurando a sua utilização segura.

O farmacêutico valida todos os carregamentos do equipamento de embalagem (FDS), a partir do relatório de carregamento emitido pelo sistema informático do equipamento, de forma a garantir a qualidade deste processo. Anexadas ao relatório, são ainda, as cartonagens dos medicamentos carregados onde consta o lote, prazo de validade e marca comercial.

Além da validação do registo do carregamento da FDS, o farmacêutico valida também a embalagem de comprimidos e suas frações. Fazendo a validação não só do registo como da própria manga, verificando a integridade das formas peros e a rotulagem.

#### **4.4 Preparação de água**

A água preparada pelos SF é desmineralizada. É preparada apenas a quantidade necessária para a sua utilização de forma a evitar excedentes e o seu armazenamento.

A produção de água purificada é feita a partir da água da rede que abastece o hospital, passando por uma resina onde ficam retidos os iões, dando lugar a água desionizada própria para a utilização na formulação de preparações não estéreis. A água produzida por este processo corresponde aos requisitos da monografia da farmacopeia portuguesa, podendo por isso, ser utilizada na preparação de formulações não estéreis.

Neste setor da farmacotecnia, da mesma forma que em todos os outros setores, existem normas escritas sobre os procedimentos, verificação de todo o equipamento e registos devidamente arquivados. O registo dos procedimentos efetuados é também arquivado.

### **5. Farmacovigilância**

Todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos hospitalares, integram a estrutura do Sistema Nacional de Farmacovigilância, tendo a obrigação de enviar informação sobre reações adversas que ocorram com o uso de medicamentos. Assim os hospitais constituem unidades de farmacovigilância, sendo de primordial importância pela inovação e agressividade de muitos dos fármacos usados nesses hospitais. [1]

O papel do farmacêutico não se limita à responsabilidade de dispensar o medicamento na dose e condições corretas, acompanhado de informação para uma adequada utilização, mas também contribuir para a deteção de quaisquer reações adversas que possam surgir da sua utilização. O farmacêutico deve participar em programas de monitorização e colaborar com o

Sistema Nacional de Farmacovigilância, em articulação com os médicos prescritores, na deteção de reações adversas e sua notificação para o Centro Nacional de Farmacovigilância (CNF) do INFARMED. [3]

Uma das atividades do farmacêutico hospitalar é a participação ativa na notificação de suspeitas de RAM, sendo uma atividade transversal a todos os sectores da farmácia. A notificação implica o preenchimento do impresso próprio pelo clínico com o apoio do farmacêutico, podendo, posteriormente, ser contactado no sentido de fornecer informações adicionais ou alguns esclarecimentos. Seguidamente, uma cópia do impresso é enviada para a CFT e o original é enviado ao INFARMED. Todavia, já se encontra disponível um portal onde através do qual é possível reportar suspeitas de RAM. [4]

## 6. Ensaio clínico

A investigação clínica num hospital exige a presença de equipas multidisciplinares, que permitam um desenvolvimento mais eficaz do ensaio clínico. Os serviços farmacêuticos hospitalares constituem um dos elementos básicos que permitem otimizar a gestão dos medicamentos em investigação, assim como garantir a máxima segurança e eficácia dos estudos. [2]

O Farmacêutico Hospitalar é o responsável pelo armazenamento e dispensa dos medicamentos experimentais, de acordo com a Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto, que transpõe para a ordem jurídica nacional, a Diretiva Europeia sobre Ensaio Clínico, Diretiva n.º 2001/20/CE. [1]

Os ensaios clínicos são uma das áreas em que o farmacêutico hospitalar tem um papel ativo, sendo responsável pela receção, armazenamento e dispensa dos fármacos neles envolvidos.

Nos ensaios clínicos, o farmacêutico intervém na avaliação dos dossiers, integra as reuniões de EC e reúne toda a documentação necessária e exigida por lei. [9]

Nos SF do CHCB, este tipo de medicamentos encontram-se armazenados em armário próprio separados da restante medicação e divididos por ensaio clínico. Os registos de humidade e temperatura são enviados periodicamente ao centro de estudo.

Os doentes que integram o ensaio clínico são devidamente identificados. Esta identificação é importante na medida em que, no mesmo período de tempo, doentes diferentes podem estar em estadios diferentes do ensaio no que diz respeito à evolução gradual das dosagens.

Após validação da prescrição, o farmacêutico dispensa os medicamentos e de forma análoga à dispensa em ambulatório, também a dispensa de medicamentos envolvidos no ensaio clínico é acompanhada pela informação dada pelo farmacêutico ao doente acerca da posologia e outros cuidados a ter com a medicação. O doente nas várias visitas devolve a medicação não administrada e leva nova medicação para o domicílio. A medicação devolvida pelo doente com a sua identificação é enviada ao promotor depois de confirmada pela farmácia.

Na documentação do ensaio clínico existe um resumo esquematizado, com informação relativa ao ensaio em curso, registo de stock e um diário onde são registadas todas as ocorrências, como a receção ou dispensa de medicamentos. No final do procedimento o ensaio clínico é encerrado e arquivado durante 15 anos na farmácia. [4]

Nesta área tomei conhecimento do procedimento geral de um ensaio clínico, dando especial atenção à documentação necessária e ao papel do farmacêutico nesta atividade.

## 7. Farmácia clínica

O papel do farmacêutico clínico converge para uma intervenção farmacêutica baseada no doente. Para isso, o farmacêutico integra visitas e reuniões clínicas, acompanha diretamente o doente nos serviços, prestando apoio contínuo aos médicos e enfermeiros desse serviço. [1]

Esta participação permite maximizar a sua intervenção direta através da emissão de opinião sobre a terapêutica instituída a um doente, esquemas posológicos, formas e vias de administração de fármacos, deteção e ou prevenção de efeitos secundários, interações fármaco-fármaco ou fármaco-nutriente, deteção de doentes desnutridos ou com défices nutricionais específicos e vigilância do cumprimento de protocolos terapêuticos instituídos ou deteção da necessidade da sua implementação, etc. Esta participação permite uma contribuição mais eficaz do farmacêutico para a racionalização da terapêutica e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente. [2]

Durante as visitas aos serviços clínicos foi-me possível tomar conhecimento que o farmacêutico se inteira do historial clínico do doente, assegura que a medicação dispensada é a mais adequada possível, controla o tempo de antibioterapia e a utilização de antibióticos de uso restrito, monitoriza a utilização de medicamentos (ex. biotecnologia e antirretrovirais e outros cujo consumo se destaque como é exemplo o paracetamol IV), acompanha a nutrição artificial e fornece informação de medicamentos aos profissionais de saúde. [4]

Nestas visitas, o farmacêutico também analisa a relação dos medicamentos com a notificação de efeitos adversos, analisa alternativas e mudanças de via de administração de intravenosa

para via oral quando aplicável e sugere ajustes de doses ou alternativas terapêuticas menos dispendiosas. Também da responsabilidade do Farmacêutico é a informação solicitada por outros profissionais de saúde sobre o medicamento.

Durante o meu estágio nos SF do CHCB, tive oportunidade de acompanhar o Farmacêutico nas visitas médicas e nas reuniões multidisciplinares nos serviços clínicos.

## 8. Farmacocinética

A farmacocinética clínica tem por objetivo a administração correta do medicamento com bases no doseamento sérico de fármaco, traduzindo um ajuste terapêutico individualizado. Este ajuste permite a administração segura de fármacos com reduzido índice terapêutico, ou com farmacocinética variável, evitando sobredosagem ou subdosagem do fármaco. [1]

Durante o meu estágio nos SF do CHCB tive oportunidade de acompanhar o processo de monitorização de um fármaco num doente. Este processo inicia-se com o pedido de monitorização, segue-se a recolha de dados como os valores das colheitas, o horário das tomas, peso e altura do doente que são introduzidos no sistema informático. Este efetua os cálculos, e dá os valores do pico máximo e mínimo do fármaco e propõe um esquema posológico da dose adequada, o que permite individualizar e otimizar a terapêutica do doente. Por fim é feito um relatório com toda a informação, incluindo a dose a ser indicada ao doente, em que a cópia é enviada ao médico e o original é arquivado na farmácia.

O médico analisa a proposta do regime terapêutico podendo aceitá-lo ou recusá-lo. Contudo, a taxa de aceitação por parte do médico no CHCB nestes casos de monitorização é de 98%.

## 9. Informação de medicamentos

Os SF hospitalares compilam e tratam a informação científica sobre medicamentos, sendo o farmacêutico responsável por divulgar essa informação a restantes profissionais de saúde e aos doentes.

A crescente complexidade e número de novos medicamentos requerem uma maior atenção a esta área de trabalho do farmacêutico.

Existe dois tipos de informação prestada pelos SF:

- a) A informação passiva, que está relacionada com questões colocadas pelos profissionais de saúde.

- b) A informação ativa, que parte espontaneamente dos SF sob a forma de seminários/palestras, elaboração de folhetos informativos (ambulatório e internamento) e elaboração de newsletter.

Os serviços farmacêuticos também são um recetáculo de informação proveniente, não só da indústria farmacêutica, que promove sessões de esclarecimento de fármacos, como a nível hospitalar existem sessões clínicas semanais em que os diferentes serviços clínicos participam.

Neste sector tive oportunidade de assistir a uma sessão de esclarecimento por parte da indústria farmacêutica acerca do medicamento fingolimod com indicação terapêutica para EM, o qual comparativamente com o interferão b-1a demonstra menos probabilidade de desenvolvimento de PLM. No seguimento deste esclarecimento foi-me solicitado a elaboração de um pequeno trabalho acerca da doença PML que se encontra em anexo.

Assisti também a uma sessão clínica subordinada ao tem “Ginecologia Oncológica”.

## 10. Gestão do risco

O CHCB dispõe de um programa de gestão do risco implementado de forma a garantir uma maior segurança no circuito do medicamento.

No âmbito do processo de acreditação em qualidade do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, segundo o modelo da Joint Commission International (JCI), os SF elaboraram um procedimento interno sobre normas e sinalética de segurança com vista a ser aplicado a todos os serviços com medicamentos. [18]

O programa de gestão do risco associado ao uso de medicamentos compreende medidas adequadas em cada área da farmácia, como já foi sendo falado ao longo deste documento.

Assim, nos armazéns, todos os medicamentos estão sinalizados com logotipos que alertam para medicamentos com formas de dosagens diferentes, embalagens semelhantes, ou medicamentos perigosos. Alguns injetáveis possuem um rótulo informativo acerca da obrigação de diluição ou não.

No ambulatório, a dispensa de medicamentos é acompanhada de pictogramas que dão ao doente informação acerca de como deve tomar a medicação: com ou sem alimentos, ao deitar, guardar no frigorífico, etc. E são dispensados folhetos informativos. Também afeto ao ambulatório está o encerramento do circuito de hemoderivados que visa aumentar a segurança do uso associado a estes medicamentos.

Na dose unitária, existe sinalética que alerta para a existência de doentes com nomes semelhantes. Também a conferência de prescrições médicas, a implementação da prescrição médica eletrónica e o sistema de alerta do programa informático com alergias, interações e doses máximas integram este programa de gestão do risco.

No sector de farmacotecnia, existe sinalética para formas partidas (meios e quartos) e sinalética relativamente à toxicidade (elevada, intermédia, reduzida) dos manipulados.

A Farmacovigilância é uma atividade transversal a todos os profissionais de saúde e também esta abrangida pelo programa de gestão do risco associado ao circuito do medicamento.

A utilização destas estratégias, tornou-se uma ferramenta útil na prevenção de erros associados ao uso de medicamentos, promovendo uma maior segurança na sua utilização.

## 11. Acreditação e Qualidade

A qualidade é cada vez mais um conceito de extrema importância no sentido de melhoria contínua da segurança no circuito do medicamento.

Um sistema de Garantia da Qualidade tem como base, a existência de procedimentos padronizados. Os procedimentos devem ser escritos, (escrever o que se faz, fazer o que se escreve), documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos. De salientar, o papel relevante da segurança e proteção do pessoal, medicamentos, instalações e equipamentos, ou seja, a gestão do erro e de outros riscos. Para uma correta gestão do risco, torna-se imprescindível implementar planos de segurança. [1]

Neste sentido, os SF do CHCB têm um conjunto de procedimentos internos e operativos padronizados onde constam normas para a execução do produto, rentabilizando a gestão de recursos, com o objetivo de satisfazer o utente.

Além das normas e procedimentos, há um conjunto de indicadores estabelecidos que dão aos SF um feedback da qualidade em que operam. De acordo com a informação fornecida pelos indicadores de qualidade são estabelecidos objetivos de forma a dinamizar o trabalho de cada sector. Quando eventualmente os objetivos não são alcançados elaboram-se ações corretivas no sentido de melhoria contínua.

De acordo com estas ações os SF do CHCB estão certificados pela ISO 9001/2008 e acreditados pela JCI. A acreditação pela JCI e certificação pela ISO 9001/2008, são processos voluntários que demonstram o empenho em melhorar continuamente a segurança do doente.

## 12. Conclusão

Após o meu estágio no SF do CHCB pude verificar que a dinâmica e profissionalismo da equipa que constitui o serviço, assegura a terapêutica medicamentosa dos utentes do hospital com o rigor e empenho que se traduz na prestação de um serviço de elevada qualidade.

Ao farmacêutico, enquanto especialista do medicamento, cabe-lhe a responsabilidade de gerir a terapêutica dos seus doentes com base no vasto conhecimento que possui e que em última análise se traduz em ganhos em saúde.

Na atualidade, com a escassez de recursos emergente, o farmacêutico depara-se com novos desafios e a inovação torna-se um imperativo na sua prática diária.

A afirmação crescente da profissão de farmacêutico hospitalar faz com que comece a ser solicitado para prestar informação sobre as implicações que as características dos medicamentos possam ter sobre o perfil clínico dos doentes.

O futuro da profissão passa pela valorização crescente das intervenções farmacêuticas, que tanto contribuem para o (des)empenho do farmacêutico hospitalar.

Este estágio realizado em Farmácia Hospitalar foi uma experiência extremamente enriquecedora, dando-me a possibilidade de integração numa equipa dinâmica e com vasto sentido de organização. Esta integração permitiu-me adquirir competências e alargar conhecimentos mais concretamente na atividade diária da Farmácia Hospitalar e do papel do farmacêutico neste contexto.

## 12. Bibliografia

- [1] Manual da Farmácia Hospitalar, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Ministério da Saúde.
- [2] Manual de Apoio ao Estagiário da Licenciatura - Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar, Universidade de Lisboa - Faculdade de Farmácia, Lisboa, 2002.
- [3] Boas Práticas em Farmácia Hospitalar, 1999, Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, Ordem dos Farmacêuticos.
- [4] Procedimentos Internos e Operativos
- [5] Decreto-Lei n.º 44 204, de 22 de Fevereiro de 1962. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [6] Lista de Participação de Medicamentos de Uso Exclusivo Hospitalar.
- [7] Despacho n.º 1051/2000, de 14 de Setembro de 2000. Legislação farmacêutica Compilada. INFARMED
- [8] Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro de 1994. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [9] Decreto-Lei n.º 97/94, de 9 de Abril. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [10] Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª Edição. Janeiro 2011
- [11] ISO 9001:2008 - Norma Portuguesa, Sistemas de gestão da qualidade. Novembro 2008.
- [12] Despacho n.º 1051/2000, de 14 de Setembro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [13] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [14] Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Diário da República.
- [15] Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [16] Despacho n.º 18419/2010, de 13 de Dezembro de 2010. Diário da República.

[17] Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED

[18] Normas e Sinalética de Segurança Para Medicamentos No Centro Hospitalar Cova Da Beira, E. P. E.

# Capítulo III - Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A Farmácia Comunitária é um estabelecimento de saúde onde profissionais especializados prestam Cuidados Farmacêuticos que englobam um conjunto de processos como a cedência, indicação, revisão da terapêutica, educação para a saúde, farmacovigilância e o seguimento farmacoterapêutico, promovendo o uso racional do medicamento. [1]

Este relatório é referente ao estágio curricular no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas realizado entre 17 de Setembro e 15 de Dezembro de 2012 na Farmácia Moderna em Esmoriz.

A Farmácia Moderna é uma farmácia pertencente ao grupo Holon. Esta pertença permite à farmácia operar de acordo com algumas características que a distingue de outras farmácias fora do conceito Holon.

O grupo Holon pretende ser uma marca de farmácias que tem por objetivo a prestação de um serviço de excelência à comunidade. O modelo de gestão operacional proposto pelo grupo Holon tem em atenção as especificidades de cada Farmácia e assenta em pressupostos base de intervenção nos seus modelos operacionais e funcionais, com o objetivo de as tornar mais eficientes e competitivas no contexto farmacêutico. [2]

## 2. Organização da Farmácia

### 2.1. Enquadramento legislativo da farmácia comunitária em Portugal

O funcionamento das Farmácias Comunitárias decorre sob conduta do Decreto de Lei n.º307/2007, de 31 de Agosto, que aprova o regime jurídico das Farmácias de Oficina.

Em Portugal, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED) é a entidade pública responsável por regular e supervisionar as Farmácias Comunitárias.

## 2.2. Recursos Humanos

Diretora Técnica: Dra. Rosa Maria Rôla

Farmacêutica Adjunta: Dra. Cristina Santos

Farmacêutica: Dra. Mafalda Silva

Técnicos de Farmácia: Lígia Godinho e Gisela Branco

Ajudantes Técnicos: Pedro Inácio

Gestora: Dra. Rita Rôla

Auxiliar de Limpeza: Emerência Silva

O farmacêutico tem a responsabilidade de promover a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, prestando o melhor aconselhamento sobre o uso racional do medicamento e monitorização dos doentes, entre outras atividades no âmbito dos cuidados farmacêuticos. É também da sua responsabilidade garantir a máxima qualidade do serviço que presta, tendo o dever de respeitar e aderir aos princípios enunciados no seu código de ética.

A formação contínua é uma obrigação profissional, sendo que o farmacêutico deve manter-se informado a nível científico, ético e legal e assumir um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente. Neste sentido, os farmacêuticos e técnicos da FM frequentam formações contínuas em diversas áreas, possibilitando assim a prestação de um serviço assente no conhecimento e informação atualizada.

Durante o meu período de estágio na FM tive oportunidade de fazer várias formações, juntamente com a restante equipa, subordinadas aos temas, “Queda de Cabelo”, “Técnicas de Atendimento ao Público” e “Geriatría Veterinária”, o que me permitiu aprofundar conhecimentos em áreas particulares da farmácia comunitária.

As tarefas delegadas no pessoal de apoio são supervisionadas e avaliadas pelo farmacêutico. Por outro lado, também o farmacêutico deve garantir que o pessoal de apoio possua formação adequada às funções que desempenha. [1]

## 2.3. Instalações e Equipamentos

A FM tem instalações e equipamentos de acordo com a Norma 1 das Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária, devendo realçar a sua localização, acesso e sinalização adequados segundo a legislação em vigor, como irei descrever:

A FM tem uma localização que permite o bom acesso dos seus utentes.

No exterior, está devidamente sinalizada com o símbolo “cruz verde”, nome da farmácia e do diretor técnico. O horário de funcionamento farmácia, assim como, indicação de farmácias em regime de serviço ou de disponibilidade do concelho e contato do farmacêutico responsável, são informações visíveis do exterior.

No seu interior, a FM é dotada de um espaço iluminado e ventilado com normas de limpeza e higiene. As superfícies de trabalho, armários e prateleiras são lisos laváveis de forma a facilitar o processo de limpeza e tornando mais eficaz.

A indicação da existência de livro de reclamações é uma informação que se encontra no interior da farmácia.

O interior da FM é composto por um espaço amplo dotado de alguns bancos onde os utentes podem aguardar o seu atendimento. Existem seis postos de atendimento “em pé” e um gabinete reservado ao atendimento sentado.

Os farmacêuticos e restantes colaboradores da farmácia apresentam-se devidamente identificados com o nome e título profissional.

Numa zona mais reservada da farmácia há um espaço adequado à receção e conferência de encomendas e o gabinete da direção técnica.

No piso inferior encontra-se o armazém com condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação adequadas aos produtos nele presentes e que são, periodicamente, verificadas e alvo de registo. Ainda no piso inferior existe uma sala de reuniões, dois gabinetes destinados aos vários serviços que a farmácia presta aos seus utentes e o laboratório, dotado de todo o material necessário à manipulação, como balanças, material de vidro e restante material essencial de laboratório.

A FM, para proteger os doentes, possui dois dispositivos de chamada urgente para entidade de segurança pública e possui camaras de vigilância. Também possui sistema de alarme contra incêndios e extintores de incêndio em local acessível e ainda sinalizadores de saída.

O programa informático que serve de suporte ao funcionamento da FM é o Sifarma 2000.

Assim, no início do estágio, tomei conhecimento das generalidades e especificidades das instalações e equipamentos da FM, auxiliando o início das atividades inerentes à prática diária da farmácia.

## **2.4 Informação**

Atendendo ao objetivo central do farmacêutico comunitário que é o atendimento segundo um conhecimento de qualidade e o mais atualizado possível, a farmácia deve ser dotada de informação que dê suporte a esta prática. Assim, a farmácia tem fontes de informação de caráter obrigatório, como o Prontuário Terapêutico 10 e a Farmacopeia 9.0. [1]

Além destas fontes, a FM dispõe de uma biblioteca onde reúne toda a documentação científica auxiliar do decurso da sua atividade. Desta biblioteca fazem parte:

- Índice Nacional Terapêutico
- Simpósio Terapêutico
- Mapa Terapêutico
- Farmacopeia
- Formulário galénico
- Martindale, The Extra Pharmacopeia

Durante o meu estágio tive a possibilidade de consultar estas fontes no sentido de aprofundar e adquirir conhecimentos necessários à execução das minhas tarefas. Constatei também que esta área está de acordo com as Boas Práticas Farmacêuticas.

## **3. Medicamentos e outros produtos de saúde**

A cedência do medicamento é 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]

Os medicamentos são classificados, quanto à cedência ao público, em medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preencham 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 seja indispensável aprofundar;
- d) Destinam-se a ser administrados por via parentérica. [3]

Além do medicamento, existem outros produtos de saúde que é importante referir, tais como:

- Medicamento genérico: 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;
- Psicotrópico e estupefaciente: atuam ao nível do sistema nervoso central e apresentam propriedades sedativas, narcóticas e “euforizantes”, podendo causar dependência e conduzir à toxicomania;
- Preparação oficial: qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço;
- Preparação magistral: qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica;
- Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos: medicamento ou produto obtido a partir de substâncias, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios. Entende-se por produto farmacêutico homeopático qualquer produto homeopático que reúna, cumulativamente, as seguintes características:
  - a) Administração por via oral ou tópica;

- b) Grau de diluição que garanta a inocuidade do produto, não devendo este conter mais de uma parte por 1000 de tintura-mãe, nem mais de 1/100 da mais pequena dose eventualmente utilizada em alopátia para as substâncias ativas, cuja presença num medicamento alopático obrigue a prescrição médica:
- c) Ausência de indicações terapêuticas especiais no rótulo ou em qualquer informação relativa ao produto [3].
- Produtos Fitoterapêuticos: qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas, uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas, ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas;
  - Produtos para alimentação especial: categoria de géneros alimentícios destinados a satisfazer as necessidades nutricionais dos doentes e para consumo sob supervisão médica, capacidade diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabolitos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares, ou por uma combinação de ambos [4].
  - Produtos e suplementos alimentares: géneros alimentícios que se destinam a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal, e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estremes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, em diversas formas farmacêuticas que se destinam a ser tomadas em unidades medidas de quantidade reduzida.
  - Produto cosmético: qualquer substância ou mistura destinada a ser posta 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 [5].
  - Dispositivo médico: qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses mesmos meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:

- Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou manutenção de uma doença;
  - Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
  - Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;
  - Controlo da conceção.
- 
- Medicamento de uso veterinário: toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, para promoção do bem-estar e estado higieno-sanitário, correção ou modificação das funções orgânicas ou para diagnóstico médico, quer às instalações dos animais e ambiente que os rodeia ou a atividades relacionadas com estes ou com os produtos de origem animal [3,6].

Durante o meu estágio na FM tive oportunidade de conhecer os mais variados produtos solicitados pelos clientes da farmácia, conhecer as suas características e benefícios, permitindo-me adquirir um vasto conhecimento e ter noção da diversidade.

## **4. Aprovisionamento e Armazenamento**

As atividades relacionadas com o aprovisionamento, armazenamento, e a gestão dos stocks dos medicamentos e produtos de saúde existentes na farmácia são de extrema importância, uma vez que deles depende o bom funcionamento da farmácia, permitindo, em última análise, a prestação de um serviço de elevada qualidade. O sistema informático usado na FM (Sifarma 2000) presta um serviço fundamental na gestão das encomendas e respetivos stocks.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de participar no armazenamento e conferência de medicamentos e outros produtos farmacêuticos.

### **4.1 Fornecedores e critérios para a sua seleção**

A escolha do fornecedor implica a análise de vários aspetos que devem ser tidos em linha de conta como as condições de entrega por parte do fornecedor: frequência de entrega, tempo

de entrega e tipo de produtos por ele disponibilizados, preço praticado e respetivas condições comerciais.

Com base nestes aspetos, que me foram explicados pela colega da área, é definido um fornecedor principal. Os restantes são solicitados quando o fornecedor principal não tem condições para responder, em tempo útil, aos pedidos da farmácia. Assim, de acordo com os critérios supracitados é estabelecida uma ordem de preferência entre eles.

A FM trabalha com vários fornecedores sendo a ordem de preferência no ato da encomenda a seguinte:

1. Udifar
2. Cooprofar
3. Plural
4. Alliance Healthcare
5. Cofanor

Os fornecedores apresentam-se como cooperativas farmacêuticas, que negociam diretamente com os laboratórios de produtos farmacêuticos, obtendo assim condições mais favoráveis, relativamente aos que seriam obtidos a nível individual por farmácia.

Durante a minha permanência nesta área tive a oportunidade de aplicar e acompanhar na prática os critérios de seleção apresentados.

## **4.2 Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde**

A aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde essenciais à prática diária da farmácia tem por base critérios que permitem uma gestão racional do seu stock. Esses critérios estão relacionados com o stock máximo e mínimo definidos para cada produto, permitindo a fluidez da dispensa ao longo do tempo. O stock máximo e mínimo de cada produto tem como objetivo evitar ruturas de stock ou desperdício financeiro. A gestão dos stocks máximos e mínimos e encomendas é assegurada automaticamente pelo Sifarma 2000. Além das encomendas diárias, são feitas encomendas instantâneas para dar resposta na dispensa de medicamentos urgentes para o utente.

Existem outros fatores envolventes que interferem na aquisição de produtos para a farmácia como sejam a proximidade a hospitais e a centros de saúde, ou a meios rurais ou a grandes centros que condicionam os hábitos de prescrição e por consequência a aquisição de determinados medicamentos ou produtos de saúde.

A sazonalidade é outro fator que se interpõe no momento da encomenda dependendo da época do ano em que é feita. Temos o exemplo das vacinas da gripe que são comercializadas de forma massiva no período de Outubro a Dezembro inclusive. Outro exemplo, é a comercialização de protetores solares cuja procura aumenta no final da Primavera e durante todo o Verão.

### **4.3 Encomendas: elaboração, transmissão, receção e conferência**

A cooperação do sistema informático no que respeita à elaboração da encomenda é de elevada importância para o funcionamento da farmácia.

Como já foi referido anteriormente, os produtos têm na sua ficha de produto um stock mínimo e máximo que previamente foi definido com base no histórico de vendas. Com o objetivo de evitar ruturas de stock, no momento da cedência, cada produto que fica abaixo do stock mínimo é enviado para uma listagem de proposta de encomenda feita pelo sistema informático.

Posteriormente, o farmacêutico avalia a proposta de encomenda feita pela aplicação informática, podendo, acrescentar ou retirar produtos da encomenda, assim como alterar o fornecedor. Por último, o farmacêutico valida a proposta, tornando-se esta na encomenda efetiva e envia-a ao fornecedor. A elaboração de encomendas, pelo farmacêutico, foi uma atividade que teve oportunidade de observar, podendo acompanhar as diferentes fases já descritas.

A receção da encomenda é feita mediante a fatura e ou guia de remessa. Os produtos são lidos por um leitor ótico associado ao sistema informático, dando especial atenção à integridade do produto e o prazo de validade. Outro aspeto importante no ato da receção é verificar a concordância entre a quantidade faturada pelo fornecedor e a quantidade recebida, assim como, verificar o preço de custo, a margem e o preço de venda.

Este controlo no momento da receção permite que no ato da cedência, o prazo de validade, o preço de custo e preço de venda estejam atualizados, promovendo uma cedência segura.

Durante o meu período de estágio na FM rececionei as encomendas e procedi à sua conferência, como já referido.

### **4.4 Armazenamento**

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos, matérias-primas e matérias de embalagem obedecem a normas que permitam um bom estado de conservação. Assim, de

acordo com essas normas, o local de armazenamento possui condições de temperatura, humidade e ventilação de forma a garantir a estabilidade do produto. Para isso, existem na farmácia, dispositivos para monitorizar os parâmetros de temperatura e humidade, periodicamente, e é feito o seu registo, não devendo estes ultrapassar os 25°C de temperatura e os 60% de humidade.

Durante o estágio acompanhei os registos diários de humidade e temperatura da FM.

O armazenamento dos produtos é feito com base no princípio “first in, first out”, sendo a sua arrumação feita de acordo com os prazos de validade, de forma a minimizar o tempo de permanência do produto na farmácia.

Na área da farmácia visível ao utente encontram-se expostos produtos de:

- Dermocosmética
- Puericultura
- Cuidado Capilar
- Higiene Oral
- Higiene Intima
- Suplementos Alimentares
- Anticoncecionais físicos
- MNSRM Sazonais

No interior do balcão existem gavetas onde estão dispostos por ordem alfabética:

- Contracetivos orais
- Produtos de uso oftálmico
- Gotas orais
- Produtos de Aplicação nasal
- Produtos de aplicação auricular
- Dispositivos médicos
- Produtos de Higiene oral
- MNSRM

No que respeita a MSRM, estes encontram-se dispostos em gavetas, por ordem alfabética e segundo a sua forma farmacêutica. Neste conjunto de gavetas encontram-se:

- Comprimidos
- Cápsulas
- Ampolas
- Granulados

- Comprimidos efervescentes

Em zona da farmácia não visível nem acessível aos utentes encontram-se:

- Xaropes
- Pomadas e Cremes
- Medicamentos de uso externo
- Dispositivos médicos
- Medicamentos de uso veterinário

Organizados por ordem alfabética em estantes devidamente identificadas.

Os MEP encontram arrumados em gavetas independentes dos restantes medicamentos e produtos farmacêuticos, tal como sugere o Manual de Boas Práticas da OF.

Num piso inferior existe um armazém onde são armazenados maiores quantidades de medicamentos e outros produtos farmacêuticos. O armazém é composto por estantes, onde todos os produtos se dispõem consoante o seu segmento e dentro dele por ordem alfabética.

Os medicamentos do circuito de frio são armazenados no frigorífico onde existe um dispositivo que permite monitorizar a temperatura do mesmo.

O armazenamento dos diferentes produtos na FM foi uma atividade que executei durante o estágio em farmácia comunitária, realçando a importância do correto armazenamento para uma cedência segura e eficaz.

## **4.5 Devoluções**

Na prática diária da farmácia, as devoluções são um procedimento comum. Os motivos que levam a uma devolução são diversos, podendo ser devolvidos produtos que não foram encomendados, produtos danificados, produtos que apresentam alterações que colocam a sua utilização segura em causa, produtos que atingiram o limite do prazo de validade ou que estão muito perto de o atingir, lotes cujo INFARMED ordenou a sua recolha ou medicamentos que foram retirados do mercado.

Para efetuar a devolução, os produtos são inseridos na aplicação destinada a este procedimento, sendo necessário indicar o motivo da devolução. São impressos 3 documentos de nota de devolução, seguindo 2 para o armazenista e um exemplar é arquivado na farmácia.

Durante o meu estágio na FM tive oportunidade de elaborar várias devoluções de acordo com o descrito anteriormente.

## **4.6 Margens legais de comercializações na marcação de preços**

Os preços dos medicamentos comparticipados pelo SNS praticados pelas farmácias são regulamentados pelo INFARMED.

No caso dos MNSRM aplica-se uma margem de lucro estipulada pela farmácia [7], tendo em conta o IVA a que está sujeito (6% ou 23%) e são impressas etiquetas autocolantes que contêm o preço de venda do produto.

Durante o meu estágio tive a possibilidade de imprimir várias etiquetas e participar assim neste processo.

## **4.7 Controlo de prazos de validade**

O controlo do prazo de validade dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos é fundamental no que respeita à cedência segura por parte do farmacêutico e uma utilização inócua por parte do utente. Assim, mensalmente, é emitida uma listagem onde constam os produtos, cujos prazos de validade terminam dentro de 6 meses. Relativamente a estes produtos é estudada uma estratégia para minimizar o desperdício. Esses produtos podem ainda ser vendidos, se o seu consumo ocorrer antes do final do prazo de validade, ou podem ser contactados os seus laboratórios, com o objetivo de trocar o produto por outro com maior prazo de validade ou por nota de crédito.

A verificação dos prazos de validade foi uma das inúmeras tarefas que tive oportunidade de desempenhar, enquanto estagiária da FM.

## **5. Cedência de medicamentos e outros produtos farmacêuticos**

A cedência do medicamento é o ato profissional em que o farmacêutico, 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 seu uso correto. O farmacêutico avalia a medicação

dispensada, com o objetivo de identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM), protegendo o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação [1].

## 5.1 Atendimento

O farmacêutico, enquanto profissional de saúde deve, em todas as situações da sua prática diária, focar-se na pessoa do doente, primando pela qualidade dos Cuidados Farmacêuticos prestados. Assim, o farmacêutico presta um serviço com a competência e credibilidade que lhe compete, promovendo o uso racional do medicamento, conduzindo o atendimento de acordo com o seu código deontológico. [8]

Cabe ao farmacêutico fazer o levantamento sobre as necessidades relacionadas com o tratamento farmacológico, os problemas de saúde ou ainda alguma informação pertinente sobre a saúde do doente. São atos profissionais que devem estar presentes aquando a dispensa de medicamentos.[9]

A forma que o farmacêutico usa para comunicar com o utente é de extrema importância para que se faça entender de forma correta, podendo esta comunicação ser verbal e auxiliada por informação escrita.

O farmacêutico deve mostrar interesse no discurso do utente, de modo a que ele sinta, no final da cedência do medicamento, que tem um profissional em quem pode confiar, relativamente à sua saúde. [9]

A linguagem usada pelo farmacêutico aquando o atendimento não deve ser padronizada, mas deve ser flexível, adaptando-se ao tipo de utente presente, mediante a sua idade, nível socioeconómico, optando muitas vezes por uma linguagem menos técnica e mais comum.

O desenvolvimento de uma relação de empatia entre o profissional de saúde e o doente é muito importante para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança entre ambos, mostrando-se de extrema relevância para a aceitação das sugestões dadas relativas ao tratamento. [10]

Durante o meu estágio na FM tive oportunidade de interagir com os utentes, de ajustar o discurso de acordo com os diferentes utentes, com o objetivo de obter a melhor informação possível por parte do doente e assim efetuar o melhor aconselhamento possível na cedência do medicamento.

## 5.2 Validade e autenticidade das prescrições

A receita médica pode ser preenchida manual ou informaticamente, tendo no máximo quatro medicamentos por receita e no máximo 2 do mesmo medicamento, exceto para medicamentos de embalagem unitária [12].

Os parâmetros de validação tidos em conta numa prescrição médica são os seguintes:

- Número da receita e a sua forma em código de barras;
- Local de prescrição e código de barras do mesmo quando possível;
- Identificação do médico prescriptor (nome e especialidade médica, uma vez há medicamentos que só podem ser prescritos por algumas especialidades médicas) e respetivo código de barras;
- Identificação do utente (nome e número de utente);
- Regime especial de comparticipação de medicamentos, representado pelas siglas “R” e ou “O”, se aplicável;
- Designação do medicamento sob a forma de DCI ou nome genérico para as substâncias ativas em que existam medicamentos genéricos autorizados;
- Dosagem, forma farmacêutica, número de embalagens, dimensão da embalagem e posologia;
- Identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos, quando aplicável [13].
- Data de prescrição, que permite verificar se esta se encontra dentro do prazo de validade que é de 30 dias contabilizados de forma contínua desde o dia de prescrição, com a exceção das receitas renováveis, que têm validade durante 6 meses [14].
- Assinatura e vinheta do médico [13]

Fez parte da minha atividade, enquanto estagiária na FM, avaliar a autenticidade e validade das prescrições médicas.

## 5.3 Interpretação da prescrição médica

Depois da receita validada segue-se a interpretação da prescrição. A prescrição informática torna-se uma vantagem, na medida em que as caligrafias dúbias deixam de constituir um problema, resultando na diminuição de erros associados à prescrição, promovendo uma dispensa mais segura.

Uma vez que as prescrições manuscritas continuam a ser utilizadas pelos médicos ao abrigo de uma exceção devidamente legislada, em caso de dúvida, relativamente aos medicamentos

que vêm prescritos, o farmacêutico deve confirmar com os restantes colegas as informações lidas e se necessário contactar o médico prescriptor.

Durante o atendimento, o farmacêutico deve recorrer a perguntas abertas a quem se destina a terapêutica, deve certificar-se que o utente conhece a forma correta de tomar a medicação, se sabe a razão pela qual vai tomar a medicação e se é ou não medicação habitual.

Nesta fase, o objetivo principal do farmacêutico é certificar-se que o doente é esclarecido o melhor possível.

O atendimento pode ser feito em quatro modalidades:

- 1) Venda com receita médica
- 2) Venda suspensa
- 3) Venda sem receita médica
- 4) Serviços

A venda com receita médica é a modalidade que permite ao doente usufruir da comparticipação do respetivo organismo. A venda suspensa permite que o doente não fique impedido de levar a cabo a sua terapêutica de forma aderente pelo facto de não ter receita médica. Contudo, cabe ao farmacêutico avaliar de forma consciente a situação de urgência deste tipo de cedência. A venda suspensa é também utilizada nos casos em que o doente, com receita médica, não quer levar todos os medicamentos prescritos de uma só vez, tendo 30 dias para regularizar a situação.

A venda sem receita é reservada a produtos de venda livre. E os serviços serão expostos em maior detalhe no ponto 8.

No momento da cedência o farmacêutico deve especial atenção ao princípio ativo, dosagem, e ao número de unidades. Outro ponto que deve captar a atenção do farmacêutico é o prazo de validade do produto, a estabilidade do medicamento e o estado da embalagem.

No fim do atendimento é impressa, no verso da prescrição, toda a informação relativa aos medicamentos prescritos. Se, eventualmente, ocorrer a substituição entre medicamentos do mesmo grupo homogéneo, o farmacêutico deve certificar-se que o doente concorda com a substituição, sendo que este último assina essa mesma opção, no verso da receita, em campo próprio.

A interpretação de prescrições médicas e cedências de medicamentos sujeitos a receita médica foram atividades que executei, tal como descrito, durante este estágio.

## 5.4 Verificação do receituário após dispensa

Após a dispensa da medicação com prescrição médica, as receitas são alvo de uma verificação de forma a corrigir possíveis erros que, eventualmente, possam ter ocorrido durante a dispensa.

Assim, depois da dispensa verifica-se:

- O organismo em que foi faturada a receita;
- A assinatura do médico prescritor;
- A data da prescrição
- Os medicamentos dispensados;
- A assinatura do doente;
- A assinatura do farmacêutico;
- A data e carimbo da farmácia.

Se tudo estiver conforme, as receitas são organizadas em lotes para posterior processamento e faturação. Caso tenha ocorrido algum erro, contata-se de imediato o doente a fim de tentar corrigir o erro.

Após a dispensa, procedi à verificação das receitas, o que me permitiu apreender e solidificar as regras de faturação, assim como, aumentar a atenção para possíveis erros que possam ocorrer no ato da dispensa.

Na validação referida tem também de se ter presente os diferentes regimes de comparticipação.

A comparticipação de MSRM é um processo que permite ao utente pagar um valor mais baixo do que o custo real do medicamento, existindo a possibilidade de comparticipação através de regime geral ou regime especial.

Cada um dos organismos apresenta diferentes percentagens de comparticipação, que variam consoante o tipo de medicamento. No regime geral de comparticipação (SNS), o estado faz a comparticipação com base nos preços de referência atribuídos aos grupos homogêneos. No regime especial, a comparticipação ocorre segundo um modelo de complementaridade entre um sistema e um subsistema.

Durante a interpretação da prescrição tive em atenção os organismos de comparticipação e executei o procedimento adequado a cada uma das situações, isto é, introdução do organismo de comparticipação na aplicação informática, com necessidade de cópia da receita ou não, de acordo com o regime de complementaridade.

## **5.5 Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes**

Devido ao rigoroso controlo a que estes medicamentos são sujeitos, a dispensa de MEP tem particularidades que a distingue das restantes dispensas. Contrariamente ao que se verificava anteriormente, o modelo de prescrição para MEP é o mesmo que para os restantes medicamentos. A diferença na dispensa prende-se com a questão de enviar para o INFARMED a informação relacionada com estes medicamentos, ficando uma cópia da receita arquivada na farmácia.

Ao longo do estágio em farmácia comunitária tive oportunidade de assistir e proceder à dispensa de MEP, fazendo a recolha de informação relativamente, ao médico prescriptor, utente e individuo que levanta a prescrição, de modo a reunir toda a informação necessária para posterior envio ao Infarmed.

## **5.6 Farmacovigilância**

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].

O farmacêutico tem o dever de comunicar com brevidade, as suspeitas de reações adversas de que tenha conhecimento e que possam ter sido causadas por medicamentos, promovendo a notificação das mesmas ao Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF). [1]

O procedimento a ter no caso de suspeita de reação adversa a um medicamento é semelhante ao procedimento levado a cabo nos serviços farmacêuticos hospitalares que inclui o preenchimento da ficha de notificação de RAM, sendo posteriormente, enviado ao INFARMED.

Durante o meu estágio não surgiram situações de RAM, no entanto, o procedimento foi-me explicado pela farmacêutica responsável, dando-me oportunidade de rever, teoricamente, o processo de notificação à semelhança do que aconteceu no estágio em farmácia hospitalar.

# **6. A intervenção do Farmacêutico na Automedicação**

As funções assumidas pelo farmacêutico na sociedade portuguesa traduzem-se numa afirmação crescente que ultrapassa o seu papel enquanto técnico do medicamento. O aconselhamento sobre o uso racional dos fármacos e a monitorização dos utentes inscrevem-

se na necessidade de encontrar formas mais coerentes de funcionamento do sistema de saúde em Portugal e no mundo. [1]

Sendo a farmácia o local de primeira escolha para muitos utentes quando se deparam com um problema de saúde, o farmacêutico é responsável pela escolha correta na seleção de um MNSRM. Assim, o farmacêutico deve saber distinguir um problema de saúde menor, o qual pode, eventualmente resolver com um MNSRM, e um problema com maior gravidade, que necessita obrigatoriamente de referência médica.

Com a intervenção e aconselhamento na automedicação o farmacêutico pretende evitar problemas graves e certificar-se que não haja interferência com outros problemas de saúde do doente.

Durante este estágio, tive oportunidade de assistir e mais tarde poder aconselhar o MNSR ou outros produtos, de acordo com a situação apresentada pelo utente, de forma a garantir a saúde e bem-estar do mesmo.

## **6.1 Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene**

Para situar os produtos cosméticos no seu contexto, é conveniente referir a definição de produtos cosméticos e de higiene corporal de acordo com a legislação sanitária em vigor nos vários países, e em especial, na Comunidade Europeia. Assim, produtos cosméticos são substâncias ou preparados que se destinam à aplicação nas diversas partes superficiais do corpo humano (epiderme, sistemas pilosos e capilares, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou dentes e mucosa bucal, com o objetivo exclusivo ou principal de os limpar, perfumar ou proteger, a fim de manter o bom estado destas estruturas.

A dermofarmácia representa uma perspetiva farmacêutica da cosmética. Refere-se aos produtos elaborados e fabricados numa lógica de produtos farmacêuticos, ou seja, com uma tecnologia elaborada e sujeita a um aconselhamento personalizado, proposto por um farmacêutico, técnico de saúde, com uma preparação universitária, com capacidade de identificar as matérias-primas utilizadas, reconhecer as suas funções e distinguir uma pele saudável de uma pele com disfunções, requerendo, portanto, encaminhamento para o médico. [15]

Para utentes com necessidades ao nível da dermofarmácia, cosmética e higiene, fiz uma primeira abordagem com aconselhamento base. No entanto, nos casos que requeriam uma atenção redobrada, encaminhei o doente para a consulta de dermocosmética, a qual é apresentada no ponto 8 deste capítulo.

## 6.2 Produtos dietéticos

Os Produtos Dietéticos para Alimentação Especial segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de Novembro, constituem uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabolitos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos. [4]

Este tipo de produtos é regulamentado pelo Gabinete de Planeamento e Políticas do Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Em determinadas situações patológicas relacionadas com erros congénitos do metabolismo como a fenilcetonúria (dificuldade da metabolização da fenilalanina), a comparticipação de produtos dietéticos é de 100%, reduzindo assim o esforço financeiro efetuado pelas famílias destes doentes para os alimentar uma vez que se trata de uma patologia que exige uma dieta adequada. [16]

## 6.3 Produtos dietéticos infantis

Na categoria de produtos dietéticos infantis incluem-se os leites e farinhas, boiões de frutas e outros preparados e infusões. Apesar da vasta gama de produtos desta categoria, salienta-se a importância da amamentação logo após o nascimento. O leite materno tem na sua constituição todos os nutrientes que os lactentes precisam para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Como a amamentação com leite materno nem sempre é possível, impõe-se a necessidade recorrer a leites de preparação instantânea disponíveis na farmácia, divididos em leites para lactentes, leites de transição, leites de crescimento e fórmulas especiais sem lactose. Existem também leites destinados a corrigir disfunções, como os hipoalergénicos (HA), anti-regurgitantes (AR), anti-cólicas (AC), antidiarreicos (AD), e anti-obstipação (AO).

No que diz respeito a farinhas, estas podem ser lácteas ou não lácteas consoante a necessidade da preparação com água ou leite.

O aconselhamento destes produtos é sempre um papel fundamental do farmacêutico a fim de fomentar uma correta utilização dos mesmos e em última análise promover o consumo saudável.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de fornecer informação sobre estes produtos de modo a otimizar a cedência dos mesmos.

## **6.4 Fitoterapia e suplementos nutricionais**

A fitoterapia é um método terapêutico com base em princípios ativos de plantas que possuem propriedades terapêuticas.

Os suplementos nutricionais são substâncias que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes. [17]

O papel ativo na informação acerca destes produtos atribui ao farmacêutico o dever de um aconselhamento adequado a cada situação seja de forma individualizada ou concomitantemente com a terapêutica do doente.

Neste estágio, tive oportunidade de conhecer as principais necessidades referidas pelos utentes da FM no que respeita a suplementos nutricionais, aconselhando-os no sentido de uma alimentação saudável e quando necessário o recorrer a um suplemento alimentar no sentido de colmatar falhas na alimentação. Por outro lado, em situações mais específicas e encaminhei os mesmos para consultas de nutrição.

## **6.5 Medicamentos de uso veterinário**

Entende-se por medicamento veterinário toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais, com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário, ou exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas. [18]

Produto de uso veterinário é a substância ou mistura de substâncias, sem indicação terapêutica ou profilática, 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;
- Ao ambiente que rodeia os animais, designadamente às suas instalações. [19]

No que respeita a este grupo de produtos, durante o meu estágio, os mais requeridos na FM foram os desparasitantes internos e externos e contraceptivos para cães e gatos. Também surgiram situações em que houve a necessidade de encaminhar para o médico veterinário.

## **6.6 Dispositivos médicos**

Segundo o Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho, que regulamenta este grupo de produtos, os dispositivos médicos são instrumentos, aparelhos, equipamentos, software, material ou artigo usado isoladamente ou combinado destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos. Podem ser utilizados em seres humanos para fins de diagnósticos, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, lesão ou deficiência; para estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; ou ainda para controlo de concepção. [20]

Os dispositivos médicos que dispensei em maior número, durante este estágio, foram frascos para recolha de amostras biológicas, testes de gravidez, sacos coletores de urina, algálias e material de penso.

## **7. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Moderna**

Enquanto espaço de saúde a farmácia pode oferecer serviços de determinação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos aos doentes, assim como outros serviços ou cuidados farmacêuticos. Com a entrada em vigor da legislação que define os serviços farmacêuticos, as farmácias estão a preparar-se para alargar o leque de oferta dos serviços que prestam na sua missão de estarem ainda mais próximas da população em outros domínios inovadores. [21]

A seguir descrevem-se todos os serviços prestados na Farmácia Moderna:

### **7.1 Determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos**

A determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos permite a medicação de indicadores para avaliação do estado de saúde do doente. Na FM este conjunto de serviços destina-se a todas as pessoas tendo como objetivo monitorizar e controlar a sua saúde:

- Parâmetros Antropométricos

- Pressão Arterial
- Glicemia Capilar
- Colesterol Total
- Triglicéridos
- Ácido úrico
- Testes de Gravidez

Durante o meu estágio tive a possibilidade de participar neste conjunto de serviços que em meu entender são de capital importância para o utente.

## 7.2 Consulta farmacêutica

A Consulta Farmacêutica é um serviço que se destina à avaliação sistemática e objetiva das necessidades dos doentes, com vista a um acompanhamento dos mesmos de forma integrada pelos vários profissionais de saúde, de modo a atingir o controlo das patologias e prevenir as suas complicações.

A consulta realiza-se num espaço adequado e isolado do atendimento geral e destina-se a doentes polimedicados e que sejam clientes fidelizados na farmácia.

Este espaço está de acordo com o descrito na norma n.º 1 do Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária da OF.

Com esta intervenção pretende-se que os profissionais de saúde, fortaleçam laços com o doente, tornando-os mais recetivos para: escutar o doente; pedir ao doente para repetir as ações que deve realizar; efetuar prescrições simples, com linguagem acessível e de fácil compreensão; recorrer a formas de contar os comprimidos ingeridos; contactar o doente caso este falhe a uma consulta; prescrever um regime de tratamento que tenha em consideração os horários diários dos doentes; salientar a importância da adesão ao regime terapêutico em cada consulta efetuada; adaptar a frequência das consultas, consoante as necessidades do doente; realçar e elogiar os esforços do doente para aderir ao regime terapêutico proposto; envolver o cônjuge ou outra pessoa significativa no processo de adesão.[23]

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 63% das causas de morte em todo o mundo. Cerca de metade destas mortes são causadas pelas doenças cardiovasculares, atribuíveis na sua grande maioria à hipercolesterolemia, à hipertensão arterial, à dieta desequilibrada, ao sedentarismo e/ou ao tabagismo.

O aparecimento de uma doença crónica implica, frequentemente, a modificação dos hábitos de vida e também a necessidade de recorrer a métodos terapêuticos.

Muitas vezes, observa-se nestes doentes uma grande dificuldade na gestão da sua terapêutica, com conseqüente falta de adesão aos regimes terapêuticos instituídos pelo médico e uso incorreto dos medicamentos. As falhas na farmacoterapia são responsáveis por uma elevada morbidade e mortalidade, com conseqüentes gastos em saúde.

A Consulta Farmacêutica destina-se a todos os doentes crónicos, com especial destaque para:

- Doentes com patologias descontroladas;
- Doentes polimedicados (revisão da terapêutica);
- Doentes que apresentem queixas sobre a sua medicação e/ou problemas de saúde aquando do atendimento;
- Doentes que manifestem dificuldades na gestão da sua terapêutica;
- Doentes que colocam com frequência questões acerca dos seus medicamentos.
- A Consulta Farmacêutica é realizada exclusivamente por farmacêuticos da equipa da farmácia.

Com a consulta farmacêutica pretende-se:

- Avaliar as necessidades dos doentes crónicos das farmácias Holon (especial destaque para os doentes hipertensos, diabéticos, doentes com dislipidémia/hipercolesterolemia, asma e/ou DPOC);
- Encaminhar os doentes para serviços Holon de acordo com as suas necessidades específicas;
- Controlar de doentes com patologias descontroladas; Promover o uso correto e racional do medicamento;
- Esclarecer questões do doente relativamente à sua medicação e aos seus problemas de saúde;
- Promover o acompanhamento mais eficaz e efetivo dos doentes crónicos através de uma abordagem multidisciplinar e integrada;
- Dinamizar a rotina clínica do farmacêutico;
- Fidelizar os utentes e captar novos utentes.

Os farmacêuticos comunitários portugueses, enquanto profissionais de saúde mais próximos das populações, deverão participar ativamente na promoção da saúde e prevenção da doença. As farmácias deverão cada vez mais assumir-se como centros de prevenção da doença e espaços de saúde por excelência.

Posto isto, deverá existir a disponibilidade do farmacêutico para contactar com o doente num ambiente mais profissional tendo sempre em vista a maior eficácia do serviço prestado nas nossas farmácias. [2]

Durante o meu estágio tive a possibilidade de assistir às consultas diversas consultas atrás referidas.

### **7.3 Preparação de medicação individualizada**

A preparação individualizada da medicação é um serviço direcionado a todas as pessoas que demonstram dificuldade na gestão da sua própria terapêutica:

- Doentes polimedicados
- Doentes que têm um regime terapêutico complexo ou apenas dificuldade em aderir à terapêutica.

Tomar o medicamento certo no dia e hora certos é o objetivo deste serviço, permitindo uma melhor adesão à terapêutica e facilidade na toma, garantindo uma maior efetividade e segurança dos medicamentos. [2]

Durante o meu estágio tive a possibilidade de auxiliar a preparação individualizada da medicação, assim como também foi minha tarefa intervir na divulgação do serviço aos utentes aquando a cedência da medicação.

### **7.4 Administração de vacinas**

O farmacêutico, com formação adequada, administra vacina na farmácia. Este serviço destina-se a todos os indivíduos com prescrição de uma vacina não incluída no Plano Nacional de Vacinação.

A administração de vacinas na farmácia tem como objetivo diminuir a morbilidade e mortalidade associadas a doenças infecciosas alvo de vacinação como sendo gripe, hepatite, cancro do colo do útero, permitindo, significativos ganhos em saúde.[2]

Durante o meu estágio tive a possibilidade de assistir à administração de vacinas e administrar dado que recebi formação prática na cadeira de Farmácia Clínica.

### **7.5 Consulta do Pé diabético**

As consultas do pé diabético são guiadas por um enfermeiro e destinam-se a diabéticos tipo I e tipo II.

Esta consulta tem como objetivo evitar o risco de feridas nos pés e consequentes amputações, podendo o profissional de saúde rastrear outras patologias não identificadas anteriormente, possibilitando também o reencaminhamento do doente para o Centro de Saúde ou Hospital.

Nesta consulta é feita uma avaliação do estado de saúde dos pés dos doentes com diabetes, o corte de unhas saudáveis, o ensino de boas práticas nos cuidados aos pés e o aconselhamento sobre o autocontrolo da diabetes.[2]

Durante o meu estágio não tive a possibilidade de assistir a estas consultas, no entanto, foi-me dada formação pelo profissional responsável pela consulta, com a finalidade de no atendimento, poder divulgar e esclarecer melhor os utentes.

## **7.6 Consulta de nutrição**

As consultas de nutrição são conduzidas por uma nutricionista e destinam-se a crianças, adultos, grávidas, desportistas e idosos com problemas de obesidade, baixo peso, diabetes, colesterol, HTA, distúrbios alimentares, entre outros.

Este serviço tem por objetivo tratar e prevenir doenças relacionadas com a alimentação com vista a ajudar os utentes a alcançarem o peso desejável, aumentar o bem-estar e a sua autoestima.

A consulta consiste em aconselhamento, reeducação e acompanhamento alimentar. As primeiras consultas servem para avaliar a situação em causa, definir o plano alimentar e os objetivos a alcançar. As consultas seguintes são de acompanhamento, apoio motivacional e eventual ajuste do plano inicial. [2]

Durante o meu estágio não tive a possibilidade de assistir a estas consultas, no entanto, foi-me dada formação pelo profissional responsável pela consulta, com a finalidade de no atendimento, poder divulgar e esclarecer melhor os utentes.

## **7.7 Consulta de dermocosmética**

Esta consulta é feita por um farmacêutico com vasta formação em dermocosmética e destina-se a todas as pessoas em geral, tendo por objetivo diagnosticar o tipo de pele e identificar os produtos mais adequados a aplicar. [2]

Durante o meu estágio não tive a possibilidade de assistir a estas consultas, no entanto, foi-me dada formação pelo profissional responsável pela consulta, com a finalidade de no atendimento, poder divulgar e esclarecer melhor os utentes.

## **7.8 Reabilitação auditiva**

Este, é um serviço prestado por um Audiologista e destina-se a pessoas com dificuldades auditivas.

Esta consulta tem por objetivo corrigir perdas auditivas, contemplando vertentes como videoscopia e rastreio auditivo. [2]

Durante o meu estágio não tive a possibilidade de assistir a estas consultas, no entanto, foi-me dada formação pelo profissional responsável pela consulta, com a finalidade de no atendimento, poder divulgar e esclarecer melhor os utentes.

## **7.9 Consulta de podologia**

As consultas de podologia são dirigidas por um podologista e destinam-se a pessoas que necessitam de cuidados podológicos, entre os quais se destaca pessoas com micoses, unhas encravadas, calosidades, transtornos de marcha, verrugas plantares, entre outros problemas.

O objetivo da consulta é prevenir e tratar doenças que afetam o pé desde a infância até à idade adulta. [2]

Durante o meu estágio não tive a possibilidade de assistir a estas consultas, no entanto, foi-me dada formação pelo profissional responsável pela consulta, com a finalidade de no atendimento, poder divulgar e esclarecer melhor os utentes.

## **7.10 Outros serviços**

De referir ainda que a possibilidade de os utentes desta farmácia poderem beneficiar de massagens com fins terapêuticos e de relaxamento.

## **7.11 Gestão de Resíduos de embalagens**

O Valormed é uma sociedade de gestão de resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso, responsável por fazer a recolha das mesmas junto das farmácias e pela sua correta destruição.

Estas embalagens são entregues pelos utentes da farmácia que têm um papel fundamental na divulgação deste serviço e recolha das mesmas.

O papel do farmacêutico neste âmbito prende-se com o dever de promover este programa junto dos utentes e explicar a importância de não ter em casa embalagens com prazos de validade expirados e ainda a importância de serem colocadas no lixo comum.

Na FM existe um contentor onde são depositados estes resíduos entregues pelos utentes que, quando está totalmente cheio é selado e pesado, atividade que teve oportunidade de executar aquando o estágio na FM. Posteriormente este contentor é enviado pelo distribuidor fazendo-se acompanhar por impresso próprio devidamente preenchido. [11]

## **8. Manipulação de medicamentos**

A manipulação de medicamentos apesar de ser em pequena escala na farmácia comunitária deve ocorrer segundo condições que a atividade exige. Assim, na FM a preparação de manipulados ocorre no laboratório com instalações adequadas e material necessário ao tipo de preparações que faz e ao tamanho dos lotes que produz. [1]

Atendendo ao reduzido volume de preparações requeridas à FM, uma grande parte delas, é solicitada à Farmácia Lemos, situada no Porto. Esta solicitação é motivada pela frequência e quantidade dos pedidos serem reduzidos, de tal forma que, sendo estes preparados na FM, haveria um enorme desperdício de matérias-primas.

Na FM realizam-se poucas preparações de manipulados, sendo como exemplo, vaselina salicilada, a qual teve oportunidade de auxiliar na sua preparação.

As preparações efetuadas na FM decorrem segundo uma prescrição médica, ou segundo fonte bibliográfica adequada como sendo a Farmacopeia Portuguesa. Os procedimentos respeitam as boas práticas da manipulação. No seguimento da preparação é atribuído um prazo de validade do preparado de acordo com o definido pela FP, é elaborado um folheto informativo e um rotulo segundo a legislação em vigor.

Para garantir a qualidade das preparações procede-se a todas as verificações necessárias, incluindo no mínimo, a verificação dos caracteres organoléticos e os ensaios não destrutivos, de acordo com a FP.

Todo o processo de manipulação decorre segundo procedimentos gerais e específicos, acompanhado de registo. Assim como os resultados da verificação da qualidade também são devidamente registados na ficha de preparação.

Além do auxílio nas preparações, também efetuei cálculos, registos decorrentes das preparações e resultados da verificação da qualidade de acordo com o descrito no manual de boas práticas.

## 9. Faturação

A faturação a entidades comparticipadas é feita mensalmente. O processamento do receituário é feito com a ajuda do Sifarma 2000, permitindo que a farmácia possa ser reembolsada no montante correspondente à comparticipação de cada um dos respetivos organismos. Após a conferência das receitas elas são organizadas em lotes e por organismo. Seguidamente, são impressos verbetes de identificação do lote. O verbete é um resumo de 30 receitas que constituem o lote e nele constam informações como:

- N.º do lote
- Quantidade de receitas do lote;
- N.º de embalagens referentes a cada receita;
- O PVP;
- O encargo do doente
- O valor comparticipado pela entidade em causa.

O verbete, depois de emitido, é carimbado e anexado às receitas que o constituem o lote. No último dia de cada mês é emitido o fecho dos lotes e para cada organismo, um resumo dos verbetes de lote.

Um outro procedimento a ter, consiste no envio ao INFARMED dos registos relativos aos MEP nos prazos referidos na tabela 3. Estes registos são realizados informaticamente pelo Sifarma 2000, sendo necessário manter em arquivo, pelo período de 3 anos, os duplicados dos documentos enviados.

MEP	Registo de Entradas e Saídas	Balanço	Duplicado das Receitas
Sujeitos a receita médica especial	Mensalmente	Anualmente	Mensalmente
Sujeitos a receita médica normal (benzodiazepinas)	Não Aplicável	Anualmente	Não Aplicável.

Tabela 3: Requisitos de envio obrigatório ao INFARMED [13,22]

As diferentes fases do processo de faturação foram atividades que acompanhei e executei durante este estágio na FM, assim como, acompanhei os registos de envio obrigatório ao Infarmed.

## 10. Conclusão

A consciência de um trabalho dedicado e com a ciência nele implícito, que todos os dias, o farmacêutico oferece à comunidade foi um grande ensinamento do meu estágio em Farmácia Comunitária.

Foi com satisfação que ao longo do tempo vi refletida em cada atividade a aprendizagem de cinco anos de formação superior.

Este estágio foi extremamente enriquecedor, na medida em que, pude acompanhar todas as atividades descritas ao longo deste relatório, sempre com a supervisão do farmacêutico com experiência considerável, que me transmitiu o seu conhecimento, fazendo-me sentir crescer como farmacêutica e como pessoa, a cada dia.

A relação de cumplicidade e confiança entre o farmacêutico e o doente vai muito além da simples dispensa de medicamentos, imperando um papel de profissionalismo e excelência na sociedade.

Este período de contato com a profissão contribuiu ainda mais para a consciencialização da aprendizagem contínua de que a atividade farmacêutica exige, tornando o farmacêutico capaz de abraçar o enorme desafio de servir e servir bem a comunidade.

## 11. Bibliografia

- [1] Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3ª Edição. Conselho Nacional da Qualidade. Ordem dos Farmacêuticos. 2009.
- [2] Grupo Holon. Conceito Holon. 2012. Consultado em 2012: <http://www.grupo-holon.pt>
- [3] Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [4] Decreto-Lei nº216/2008, de 11 de Novembro. Diário da República.
- [5] Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro. Diário da República.
- [6] Decreto-Lei nº 232/99, de 24 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [7] Lei n.º 11/2012, de 8 de março. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [8] Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos
- [9] Machuca, M., Fernández-Llimós, F., Faus, MJ. Método Dáder. Guia de Seguimento Farmacoterapêutico. GIAF-UGR. 2003.
- [10] Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium. 2001
- [11] Valormed. Consultado em 2012: <http://www.valormed.pt>
- [12] Portaria nº137 - A/2012, de 11 de Maio. Diário da república.
- [13] Portaria nº 198/2011, de 18 de Maio. Diário da República.
- [14] Portaria nº 193/2011, de 13 de Maio. Diário da República.
- [15] BARATA, Eduardo A. F., Cosméticos Arte e Ciência. LIDEL, Edições Técnicas, Lda. 2002.
- [16] Despacho n.º 14 319/2005, 29 de Junho de 2005. Diário da República.

- [17] Decreto-lei n.º 136/2003, de 28 de Junho. Diário da República.
- [18] Decreto-lei n.º184/97, de 26 de Julho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [19] Decreto-Lei n.º 237/2009, de 29 de Julho. Diário da Republica.
- [20] Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [21] Associação Nacional das Farmácias. Consultado em 2012: <http://www.anf.pt>
- [22] Decreto Regulamentar n.º61/94, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.
- [23] Decreto-Lei nº 145/2009, 17 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED
- [24] Decreto-Lei nº 48-A/2010, de 13 de Maio. Diário da República.
- [25] Decreto-Lei n.º 220/99, de 16 de Junho. Diário da República.

# Anexos

## 1. Entrevista da 1ª Consulta



### Acompanhamento Farmacoterapêutico, Serviços Farmacêuticos CHCB 1ª Entrevista

#### 1. Identificação e Dados do Doente

Data:	
Código do Doente:	

Nome:	
Data de Nascimento:	
Idade:	
Profissão:	

Com quem vive:	
Hábitos de Vida:	
Actividade Física:	

#### 2. Reconciliação Terapêutica

Fármaco 1: (para cada fármaco serão feitas estas mesmas perguntas)

Quem o receitou?	
Para quê?	
Sente-se melhor com o medicamento?	
Desde quando?	
Quanto? (posologia)	
Como? (com refeição ou hora específica)	
Até quando?	
Alguma dificuldade na utilização?	
Algum efeito secundário?	

#### 3. Fármaco em Estudo:

Quem o receitou?	
Para quê?	
Sente-se melhor com o medicamento?	
Desde quando?	
Quanto? (posologia)	
Como? (com refeição ou hora específica)	
Até quando?	
Alguma dificuldade na utilização?	
Algum efeito secundário?	

## 2. Entrevista da 2ª Consulta



## 2.ª Entrevista

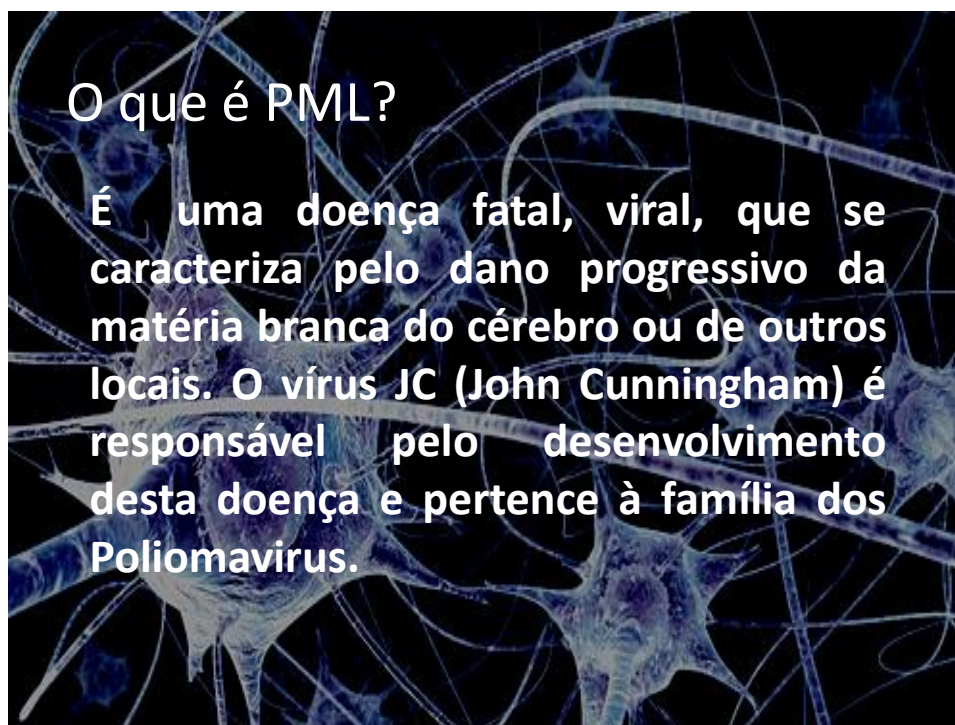
Continua a tomar todos os medicamentos da mesma forma?	
Frequência com que não seguiu os conselhos do médico.	
O que costuma fazer quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações do médico?	
Se na 1ª entrevista foi referido algum efeito secundário, questionar se se mantém.	


Teste de Moriski	Sim	Não
Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação?		
Por vezes é descuidado a tomar a medicação?		
Quando se sente melhor, deixa, por vezes de tomar a medicação?		
Por vezes, sente-se pior quando toma a medicação e deixa de tomar?		

## Farmacovigilância (efeitos adversos descritos no RCM)

Infeções	
Distúrbios do sangue	
Alergias	
Convulsões	
Alterações Oculares (exemplo: uveíte)	
Prurido (comichão)	
Reação no local de injeção (dor, vermelhidão, calor)	
Febre	

3. Trabalho subordinado ao tema PML





## O que é PML?

A Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva ocorre unicamente em indivíduos com o sistema imunitário debilitado, como sejam, doentes transplantados medicados com imunossupressores, a fazer quimioterapia ou que fazem terapias biológicas com determinados fármacos como Natalizumab para a Esclerose Múltipla (EM).



## O que é PML?

É uma doença desmielinizante, o que prejudica a transmissão de impulsos nervosos. Além da destruição da bainha de mielina também são destruídos alguns oligodendrócitos e são produzidas inclusões intracelulares. Apresenta alguma semelhança com EM mas apresenta uma evolução mais rápida.

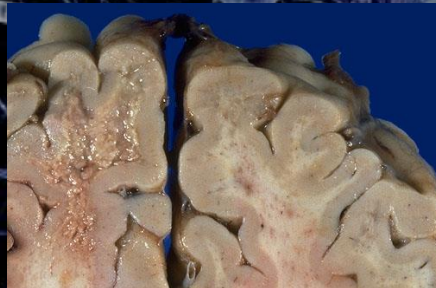
# Sintomas

Os sintomas associados a PML podem ser variados dependendo da zona afetada. Contudo, os mais frequentes são:

- Fraqueza
- Paralisia
- Perda de visão
- Fala prejudicada
- Deficit Cognitivo

# Diagnóstico

- Pode ser feito pela pesquisa de DNA do vírus JC no líquido cefalorraquidiano
- Observação das lesões através de ressonância magnética.
- Biópsia do cérebro



## Tratamento

Atualmente, o melhor tratamento disponível é a reversão do estado imunológico do doente, uma vez que não existem medicamentos eficazes no bloqueio da infecção pelo vírus sem toxicidade. A inversão pode ser alcançada pela troca de plasma para acelerar a remoção dos agentes terapêuticos que aumentam o risco de LMP.

## Tratamento

Vários fármacos novos cujos testes laboratoriais demonstram eficácia contra a infecção pelo vírus JC estão a ser administrados a doentes com PML com autorização especial da FDA (Food and Drug Administration) nos EUA.

## Tratamento

Hexadecyloxypropyl Cidofovir (CMX001), atualmente, é alvo de estudo como uma opção de tratamento para JVC devido à sua capacidade de inibição viral por suprimir a replicação do DNA do vírus JC.

## Prognóstico

Na generalidade, PML tem uma taxa de mortalidade de 30-50% nos primeiros meses após o diagnóstico, mas depende da gravidade da doença subjacente e do tratamento. Aqueles que sobrevivem podem ficar com graves deficiências neurológicas.

# Bibliografia

National Institute of Neurological Disorders  
and Stroke:

[www.ninds.nih.gov](http://www.ninds.nih.gov)

